

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra kulturních a náboženských studií

Umírání a věřící lékař

Bakalářská práce

Autor: MUDr. Ludmila Poživilová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Náboženská výchova
Vedoucí práce: prof. PhDr. Tomáš Petráček, Ph.D., Th.D.
Oponent práce: doc. Mgr. Jan Hojda, Th.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: MUDr. Ludmila Poživilová

Studium: P17K0053

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Náboženská výchova

Název bakalářské práce: Umírání a věřící lékař

Název bakalářské práce AJ: Dying and a Christian Physician

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce je zaměřena na dosud v praxi nedocenené téma poskytování spirituální péče vážně nemocným a umírajícím hospitalizovaným pacientům ze strany lékaře. Teoretický oddíl bude pojednávat o spiritualitě pacienta i lékaře, spirituálních potřebách a spirituální péči z křesťanského hlediska i pohledem paliativní medicíny. Empirická část bude zkoumat současný stav realizace duchovní péče nemocným ze strany lékaře u nás, a to formou dotazníkového šetření mezi pacienty i lékaři.

Tištěné zdroje

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

OPATRŇÝ, Aleš. Spirituální péče o nemocné a umírající. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.

SLÁDEK, Karel. Spiritualita lékaře a bioetika. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-966-3.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2022. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3242-3.

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

Zadávací pracoviště: Katedra kulturních a náboženských studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: prof. PhDr. Tomáš Petráček, Ph.D., Th.D.

Oponent: doc. Mgr. Jan Hojda, Th.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.3.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

MUDr. Ludmila Poživilová

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Tomáši Petráčkovi, Ph.D., Th.D. za jeho cenné připomínky a podněty a celé odborné vedení mé práce.

Poděkování patří též všem respondentům mého výzkumu, lékařům i pacientům, za jejich ochotu a obětovaný čas.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svému drahému manželovi za jeho všestrannou podporu.

MUDr. Ludmila Poživilová

ANOTACE

POŽIVILOVÁ, Ludmila. *Umírání a věřící lékař*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2023. 82 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zabývá konfrontací lékaře-křesťana s umírajícím pacientem, a to se zvláštním zřetelem ke spirituální dimenzi vážně nemocného člověka. Východiskem teoretické části je pohled na umírání optikou paliativní péče a křesťanské víry jako předpoklad vyrovnanosti lékaře se smrtí jeho pacientů i s vlastní smrtí. V hlavní části teoretického úvodu se pak text zaměřuje na roli lékaře v poskytování spirituální podpory jako součásti paliativní péče o nemocného. Praktickou část představuje kvantitativní výzkum ve skupině hematologických pacientů a jejich lékařů ohledně současné praxe poskytování spirituální péče hospitalizovaným nemocným. Bylo provedeno dotazníkové šetření u 37 hospitalizovaných pacientů a 30 hematologů. Ukázalo se, že jak hodnocení spirituality a spirituálních potřeb nemocných, tak spolupráce s nemocničním kaplanem je dle zkušeností a názorů respondentů obou oslovených skupin v současné době spíše okrajovou záležitostí. Výsledky apelují na vhodnou edukaci zdravotníků ve spirituální péči a mohou sloužit k dalšímu výzkumu v dané oblasti.

Klíčová slova: umírání, věřící lékař, spiritualita, paliativní péče, spirituální péče

ANNOTATION

POZIVILOVA, Ludmila. *Dying and a Christian Physician*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2023. 82 pp. Bachelor Degree Thesis.

This bachelor's thesis deals with the confrontation of a Christian doctor with a dying patient, with special reference to the spiritual dimension of the seriously ill person. The starting point of the theoretical part is the view of dying through the lens of palliative care and Christian faith as a prerequisite for the doctor's equanimity with the death of his patients and with his own death. In the main part of the theoretical introduction, the text then focuses on the role of the physician in providing spiritual support as part of palliative care. The practical part presents quantitative research with a group of hematology patients and their physicians regarding the current practice of providing spiritual care to hospitalized patients. A questionnaire survey was conducted with 37 hospitalized patients and 30 hematologists. It turned out that both the assessment of spirituality and spiritual needs of patients and the cooperation with the hospital chaplain is currently rather marginal according to the experiences and opinions of the respondents of both groups. The results call for appropriate education of health professionals in spiritual care and may serve to further research in this area.

Keywords: dying, Christian physician, spirituality, palliative care, spiritual care

OBSAH

Seznam použitých zkratk.....	9
1. Úvod.....	10
2. Teoretická část.....	13
2.1 Smrt a umírání.....	13
2.1.1 Přístup k umírajícímu pacientovi z hlediska paliativní péče.....	13
2.1.2 Pohled na smrt a umírání křesťanskou (resp. katolickou) optikou.....	16
2.2 Paliativní péče.....	18
2.2.1 Obecná a specializovaná paliativní péče.....	21
2.3 Spiritualita a náboženství.....	23
2.3.1 Pojem spiritualita a jeho vztah k náboženství.....	23
2.3.2 Vliv spirituality a (náboženské) víry na pacienta.....	26
2.3.3 Spiritualita a věřící lékař.....	27
2.3.4 Spiritualita člověka jako antropologická konstanta.....	28
2.4 Spirituální potřeby pacienta.....	29
2.4.1 Spirituální tíseň a spirituální bolest.....	31
2.4.2 Diagnostika spirituálních potřeb.....	31
2.5 Spirituální péče hospitalizovaným pacientům z pohledu lékaře.....	33
2.5.1 Spiritualita samotného lékaře.....	34
2.5.2 Základní atributy poskytování duchovní péče pacientovi.....	35
2.5.3 Kooperace s dalšími odborníky, zvláště s kaplanem či duchovním.....	41
2.6 Otázka evangelizace pacientů lékařem.....	42
3. Praktická část.....	45
3.1 Cíl práce.....	45
3.2 Hypotézy.....	45
3.3 Použité metody.....	45
3.4 Průzkumný vzorek.....	46
3.5 Zpracování průzkumu.....	47

3.6	Výsledky a interpretace	48
3.6.1	Výsledky dotazníku pro pacienty	48
3.6.2	Výsledky dotazníku pro lékaře	54
3.7	Diskuze.....	60
3.8	Doporučení do praxe	65
4.	Závěr.....	67
5.	Seznam použité literatury.....	69
5.1	Tištěné zdroje	69
5.2	Elektronické zdroje	72
5.3	Odborné články a studie	74
6.	Seznam literatury související s tématem	77
7.	Přílohy	78
7.1	Příloha A – dotazníky užití v průzkumu.....	78

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

FICA – FICA Spiritual History Tool – dotazník zkoumající spirituální potřeby pacienta

FNHK – Fakultní nemocnice Hradec Králové

GS – pastorální konstituce o církvi v dnešním světě Gaudium et spes

LG – věroučná konstituce o církvi Lumen gentium

N – počet respondentů

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

1. ÚVOD

„Docela poprvé se lékařská péče o duši pohybuje na rozmezí: na hranici mezi medicínou a náboženstvím. Kdo jde po hranici mezi dvěma zeměmi, musí mít na paměti, že je nedůvěřivě pozorován ze dvou stran. Tak musí také lékařská péče o duši počítat s tím, že je sledována podezřívavými pohledy; musí s tím počítat.“

Viktor Emil Frankl: Lékařská péče o duši¹

Výchozím podnětem pro zvolení tématu bakalářské práce byla má zkušenost lékařky na hematologické klinice, kam jsem nastoupila po ukončení studia medicíny. Velkou část péče zde představuje starost o pacienty s hematologickým, tedy většinou život ohrožujícím onemocněním. Takřka poprvé jsem byla jako začínající lékař i jako křesťan konfrontována s umírajícím člověkem. Termínu *konfrontace* zde užívám ve smyslu *střetnutí*² dvou osob (a to nikoliv nutně nepřátelském), *setkání tváří v tvář*³ – tedy v situaci, kdy před tím druhým nemůžeme uhnout, ale musíme mu pohlédnout mu do očí a *srovnat*⁴ se s ním; jeho osobností, životem, myšlenkami, názory, v případě umírajícího pak i s realitou smrti – jeho, ale i té naší.

Na takovéto setkání jsem se necítila být zcela připravena. V českém prostředí (i jinde ve světě) je zkušeností nejen mou, ale i většiny lékařů, že během studia medicíny jsou nuceni vstřebet obrovské množství technických informací a naučit se řadu dovedností, ale při odchodu z lékařské fakulty často nejsou schopni s pacientem mluvit o umírání či o trápení netělesného charakteru.⁵

I jako věřící jsem si kladla řadu otázek: Je možné při mém povolání, při péči o pacienty, pro které může být realita smrti velice blízká, zcela pominout jejich duchovní oblast? Nakolik já jako lékař, potažmo lékař-křesťan, se mohu či dokonce mám podílet na poskytování spirituální péče? Popřípadě jakým způsobem? A také: Jakou „přidanou hodnotu“ v péči může nabídnout věřící lékař svým pacientům?

Při hledání odpovědí na tyto otázky se má pozornost zaměřila na paliativní medicínu, která si klade za cíl zvyšování kvality života nejen v oblasti fyzické, psychické či sociální, ale také

¹ FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, c2006, s. 209.

² KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 8. vyd., V SPN vyd. 3. - rozš. a dopl. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství, 2010, s. 378.

³ SCS.ABZ.CZ: *Slovník cizích slov* [online]. ABZ.cz [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=konfrontace&typ_hledani=prefix

⁴ KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 8. vyd., V SPN vyd. 3. - rozš. a dopl. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství, 2010, s. 378.

⁵ Srov. PUCHALSKI, Christina a Anna L. ROMER. Díky rozhovorům o duchovních otázkách mohou lékaři svým pacientům lépe porozumět. *Umírání.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. 21. 12. 2010 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/diky-rozhovorom-o-duchovnich-otazkach-mohou-lekari-svym-pacientum-lepe-porozumet>

v oblasti spirituální. Zvláště u hematologických pacientů jsem vnímala velmi aktuální a palčivou potřebu paliativní péči rozvíjet: Na jednu stranu dnes existují léčebné postupy hematologických malignit (vedle chemoterapie i biologická léčba či imunoterapie, popřípadě transplantace kostní dřeně), které umožňují promptní ústup až úplné vyléčení těchto novotvarů, na straně druhé může být pro mnohé pacienty větším utrpením než samotná choroba nepříjemné komplikace terapie i komplikace samotného onemocnění – nebo také překvapivě rychlý postup nemoci, její rezistence na léčbu a neočekávaně blízký konec života. Tyto faktory poněkud odlišují přístup k hematologickým pacientům oproti těm onkologickým, kdy reálná pravděpodobnost rychlé kompletní sanace hematologické malignity mnohdy vede nemocné i lékaře ke vkládání naděje pouze do kurativních postupů a oddaluje zapojení paliativní, a tím i spirituální péče do léčby pacienta. Právě tyto nemocní se však mohou, zvláště pokud se jejich malignita ukáže jako již nevyléčitelná, zcela nečekaně potýkat s naléhavými spirituálními potřebami.

Ambicí této bakalářské práce není dopodrobna zpracovat velké a nelehké téma smrti a umírání, či se hluboce zabývat soteriologickými a eschatologickými otázkami, ale spíše se podívat očima lékaře na nemocného a umírajícího člověka jako na bytost, která pod „tělesnou slupkou“ v sobě ukrývá mnohem víc – ať už to nazveme jakkoliv: srdce, nitro, spirituální dimenze, duše; a pokusit se alespoň částečně odpovědět na otázky vznesené výše.

Pro upřesnění uvádím, že v rámci této publikace je pojmem „věřící lékař“ chápáno „křesťansky věřící lékař“ či „lékař-křesťan“, a to nejen se zřetelem k osobnímu zaměření autorky této práce, ale i vzhledem k naprosto majoritnímu zastoupení tohoto náboženského vyznání mezi věřícími v České republice.⁶

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretické pojednání se zakládá na průřezu relevantní literaturou k danému tématu. Na umírání a spirituální péči je pohlíženo nejen pastorálně- a morálně-teologickou optikou, ale nápomocné je v tomto ohledu také zorné pole tzv. *evidence-based medicine* (medicíny založené na důkazech), psychologie či sociologie. Tato první, teoretická část je pak doplněna výzkumem zaměřeným na současnou praxi poskytování spirituální péče lékařem.

V úvodní kapitole teoretické části je reflektováno samotné téma smrti a umírání, a to nejen z obecného hlediska a z pohledu paliativní péče, ale i prizmatem křesťanské radostné zvěsti.

⁶ Náboženská víra. *Sčítání 2021* [online]. Český statistický úřad [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/nabozenska-vira>

Zvláště zde rezonuje otázka smíření s konečností vlastního pozemského života a téma „dobrého umírání“⁷.

Druhá kapitola představuje paliativní péči jakožto nástroj pozornosti vůči kvalitě života lidské osoby v jeho celistvosti, a to v situaci závažné nemoci.

Následující kapitola otevírá motiv spirituality jako důležitého aspektu lidské osobnosti a zabývá se také jejím vztahem k náboženství.

Teoretická část pokračuje kapitolou čtvrtou, která rozkrývá spirituální potřeby nemocných.

Navazující kapitola rozvíjí specifické téma poskytování spirituální péče lékařem.

Pro věřícího lékaře může v rámci duchovní péče představovat speciální dilema otázka evangelizace pacientů. Tímto námětem se zabývá kapitola šestá, a to z misijního i etického hlediska.

Výše předestřená témata jsou pak prakticky uchopena v druhé, empirické části práce, která zkoumá názory a zkušenosti pacientů a lékařů se spirituální péčí na konkrétním nemocničním pracovišti pečujícím povětšinou o hematologicky nemocné. Co si pacienti myslí o podpoře jejich spirituálních potřeb ze strany lékaře? Chtějí ji vůbec? Očekávají ji? Přivítali by ji? A jsou lékaři připraveni a ochotni tuto péči svým pacientům poskytovat?

⁷ Takto zní i název knihy amerického lékaře a obhájce paliativní péče Ira Byocka: BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 2013. Cesty (Vyšehrad).

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Smrt a umírání

„Záhada lidského údělu nejvíce vystupuje tváří v tvář smrti.“

GS 18

Smrt je jediná jistota, kterou máme. Vědomí vlastní smrti je dokonce charakteristický znak člověka, který jej odlišuje od zvířat. „O své smrti víme – ale stejně ji nechápeme, protože si neexistenci, lidově řečeno nic, nedokážeme představit.“⁸ Po staletí se lidé vyrovnávají se smrtí různými rituály, zejména v rámci různých náboženských kultur.⁹ Člověk dnešní, sekulární společnosti si však s tajemstvím smrti více než dříve jaksi neví rady, a tak nejčastěji od tohoto tématu utíká nebo jej přinejmenším pojímá neosobně. Úzkost z reálné smrti je kompenzovaná přemírou smrti virtuální – v televizních zprávách, filmech, Halloweenu.¹⁰ Jak také trefně poznamenávají autoři knihy *Pro smrt uděláno*, „o umírání existují odborné publikace, historické monografie, thanatologické učebnice, filosofické traktáty. Přehršel obrazů smrti najdeme v umění a v literatuře. Běžné téma k rozhovoru mezi lidmi to ale věru není.“¹¹

Umírající lidé jsou obvykle odkládáni do nemocnic, schováváni za plenty a zdravotníci obvykle omezují jejich návštěvy na minimum – snad i proto, že je tito nemocní „provokují“, nepříjemně jim připomínají konečnost jejich života a skutečnost, že zde tentokrát musí „vítězná medicína“ s hanbou sklapnout podpatky. Převládající paradigma, že nemoc je chybou a smrt selháním lékaře, popřípadě zdravotnictví či medicíny, může však korigovat právě pohled paliativní medicíny (zejména její spirituální složky) a křesťanské víry.

2.1.1 Přístup k umírajícímu pacientovi z hlediska paliativní péče

Významnou součástí a klíčovým uměním paliativní péče je dobrá komunikace s nemocným. Nemocný, který se blíží ke smrti, mívá nevyhnutelnou potřebu o smrti mluvit. Je důležité, aby toto téma lékař nebagatelizoval nebo od těchto úvah neodrazil; a aby i v tomto okamžiku zůstal pacientovi blízký – aniž by začal s jakýmkoli poučováním, vysvětlováním nebo vnučováním svých názorů.¹² Nebát se o smrti s vážně nemocným a umírajícím mluvit,

⁸ ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013, s. 11-12, 74.

⁹ Srov. HALÍK, Tomáš. "Poslední věci" v křesťanské tradici. In: ONDRAČKA, Lubomír, Luboš KROPÁČEK, Tomáš HALÍK, Milan LYČKA a Marek ZEMÁNEK. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2017, s. 71.

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 75.

¹¹ PLZÁK, Michal a Lucie VOPÁLENSKÁ. *Pro smrt uděláno: živé rozhovory o posledních věcech*. Praha: Kalich, 2021, s. 5.

¹² Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 160. Bibliotheca theologica.

pokud si to přeje, je zcela zásadní jednak proto, že je to pro takového pacienta velmi aktuální, podstatné téma, kterým se pravděpodobně intenzivně zabývá ve svém nitru, jednak člověka „smrt činí pozornějším k životu“, jak to vyjádřil Pavel Frývaldský slovy básníka Jana Balabána;¹³ „vědomí blízké smrti zintenzivňuje vše, co prožíváme. Člověk, který si uvědomí vlastní smrt, získává další, hlubší rozměr své osobnosti i ocenění vlastního života.“¹⁴ To je také důvod, proč *pia fraus*, milosrdná lež ohledně nevléčitelnosti onemocnění a blízkého konce života, může nadělat více škody než užítku: jednak poškozují důvěru nemocného k pečujícím, jednak mu nedovoluje připravit se na smrt. Naopak ohleduplné sdělení pravdy ve správnou dobu umožňuje lepší, kvalitnější využití času, který ještě nemocnému zbývá. Takováto informace obvykle nebývá akceptována klidně a okamžitě, což ještě více potencuje potřebu jisté virtuozity v umění komunikace a citlivého přístupu. Čím si nemocný po takovémto závažném sdělení může procházet, popsala lékařka Elizabeth Kübler-Rossová ve své knize *O smrti a umírání: V různém pořadí se u pacienta zpravidla objevuje fáze popření dané skutečnosti, dále fáze agrese (obviňování), smlouvání či deprese, aby v ideálním případě nemocný dospěl do fáze smíření s nemocí a s konečností vlastního života.*¹⁵

Nemoc může být vnímána jako mimořádná příležitost, může vést člověka i jeho okolí ke změně priorit. Pokud je tato skutečnost dobře zúročena, má potenciál být tím „nejplodnějším a nejcennějším úsekem života“¹⁶ a umožnit prožít umírajícímu i „dobrou smrt“.

2.1.1.1 „Dobrá smrt“

„Na pochopení role smrti v lidském životě mě nepřipravilo studium medicíny ani praxe začínajícího lékaře. Dospěl jsem však k nevyhnutelnému objevu, který čeká každého doktora: při léčení lidí člověk pochopí, jak by sám nechtěl umírat.“

Angelo E. Volandes: *Umění rozhovoru o konci života*¹⁷

Ars moriendi, umění umírat, se považuje za obdobu umění žít; po dobrém životě obvykle následuje dobrá smrt. Po staletí lidé věděli, jak taková dobrá smrt vypadá: má k ní dojít po smíření s Bohem i s lidmi.¹⁸

Co považují pacienti, jejich blízcí a zdravotnický personál za dobrou smrt dnes? Zajímavým výzkumem je v tomto kontextu práce analyzující 36 studií provedených ve 12

¹³ FRÝVALDSKÝ, Pavel. Editorial. *Communio: Mezinárodní katolická revue*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, **16**(4), 5-6.

¹⁴ ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013, s. 27.

¹⁵ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015.

¹⁶ SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 66.

¹⁷ VOLANDES, Angelo E. *Umění rozhovoru o konci života*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2019, s. 17.

¹⁸ Srov. ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013, s. 22-23, 75.

zemích, tázající se respondentů, co považují za jádro dobré smrti: Všechny tři dotázané skupiny se shodly na možnosti „manažování procesu umírání“ (mít vliv na proces umírání) jako nejdůležitějším faktoru dobré smrti. Dalšími důležitými položkami (v sestupném pořadí, co se týče četnosti odpovědí) pak byly považovány umírání bez bolesti a utrpení, úcta a důstojnost, emocionální pohoda a z pohledu rodiny rozloučení se s umírajícím. Zajímavé je, že spirituální/náboženská pohoda byla preferována pouze mezi pacienty; naopak příbuzní ji uvedli jako důležitou pro „dobrou smrt“ pouze v 50 % případů.¹⁹

V českém prostředí jsou pak pravidelně prováděny průzkumy ohledně postojů veřejnosti a lékařů k umírání a smrti občanským sdružením Cesta domů. Dle tohoto zdroje většina lidí (70 %) již přemýšlela o tom, jak chtějí trávit poslední čas svého života (nicméně pouze 36 % veřejnosti o tomto tématu s někým mluvilo), ale jen 13 % dotazovaných se na umírání nejvíce obávají toho, co bude po smrti; vévodí spíše strach ze ztráty důstojnosti (47 %), z bolesti (41 %), odloučení od blízkých (28 %) či osamocení (21 %).²⁰

Výše uvedený výzkum také ukazuje, že mezi nejdůležitější priority při umírání patří nebýt přítěží pro ostatní a být soběstačný až do konce.²¹ I ve své praxi jsem se setkala s relativně mladým pacientem v terminální péči, který právě z těchto důvodů odmítal propuštění do domácí péče (i přes námitky a prosby pečující rodiny) a trval na umístění do některé ze zdravotnických institucí. Kamenem úrazu zde může být skutečnost, že je „těžší nechat si posloužit než sloužit.“²² Přijímat péči vždy vyžaduje kus pokory, zvláště od člověka, který býval velmi aktivní nebo dominantní. Takový jedinec může vnímat velmi bolestně, že již nevytváří hmotné hodnoty svým výkonem, jak byl zvyklý třeba po mnoho desetiletí svého života. Nápomocné zde může být zorné pole logoterapie, psychoterapeutického směru založeném rakouským lékařem Viktorem Franklem. I nemocný, který je zcela odkázán na ošetřování druhými, může vytvářet hodnoty svými prožitky (třeba obdivovat krásu přírody či umění – a dávat to najevo) nebo dokonce utvářet hodnoty nejvyšší, postojové: například odpustit křivdy (a opět tuto skutečnost zřetelně projevit),²³ být nápomocný naslouchajícím uchem, radou či sdílením starostí.²⁴

¹⁹ MEIER, Emily A., Jarred V. GALLEGOS, Lori P. Montross THOMAS, Colin A. DEPP, Scott A. IRWIN a Dilip V. JESTE. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2016, 24(4), 261-271 [cit. 2023-02-01]. ISSN 10647481. Dostupné z: doi:10.1016/j.jagp.2016.01.135

²⁰ Data z výzkumů Cesty domů o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. *Umírání.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Praha: Cesta domů, 2015 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data#uvazovani-rozhodovani>

²¹ Tamtéž.

²² SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 61.

²³ Srov. tamtéž, s. 66.

²⁴ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 159. Bibliotheca theologica.

2.1.2 Pohled na smrt a umírání křesťanskou (resp. katolickou) optikou

„Úzkost ze smrti je matkou všech náboženství, která se tak či onak pokoušejí zmírnit muka naší konečnosti.“

Jiřina Šiklová: Vyhoštěná smrt²⁵

Jak jsme se zamýšleli již dříve, vědomí smrti a vlastní konečnosti na jednu stranu „propůjčí bytí jeho hodnotu“,²⁶ na stranu druhou připomíná každému člověku jeho hlubokou a nevyvratitelně zakořeněnou touhu po nesmrtelnosti. I nevěřící si zpravidla nějak představuje svoji nesmrtelnost, v níž v hloubi duše doufá.²⁷ Překročit vlastní konečnost se snaží péčí o druhé a vedením další generace, tedy větší pozorností vůči vztahům k těm, co jej přežijí (dětmi, vnukům, přátelům) a rozděláním či předáním toho, co získal (i třeba poznání či zkušenosti), těm druhým.²⁸

Pro věřící křesťany je základem jejich naděje v život i po smrti, v život věčný, samotná smrt a vzkříšení Ježíše Krista. Křesťanské chápání smrti vychází ze starozákonního pojetí, podle kterého je smrt nepřitelem člověka, skutečným zánikem lidské bytosti, která je jednotou duše a těla. Je trestem za hříchy – vyjadřuje stav člověka osamocené a odloučeného od Boha, dárce života.²⁹ Na tuto koncepci navazuje Nový zákon, který ale přináší skrze Ježíše Krista radikální změnu chápání smrti: V Kristu vstoupil do území smrti sám Bůh, učinil z ní prostor své přítomnosti a tím ji zrušil a překonal.³⁰

Ježíš již během svého pozemského života slíbil, že kdo v něj věří, „i kdyby umřel, bude žít“ (srov. Jan 11,25). Ponořením do Ježíšovy smrti přijetím svátosti křtu je získána účast na Kristově zmrtvýchvstání (srov. Řím 6,3-5). Nauka o posledních věcech člověka, eschatologie, souvisí s učením o spáse; evangelium je radostnou zvěstí právě pro svou zprávu o tom, že člověk po smrti nezanikne, ale dovrší svou existenci v láskyplném společenství s Bohem. Eschatologie však představuje nejen „budoucnostní horizont naplnění a dovršení člověka a světa na konci věků“, ale má i „přítomnostní“ dimenzi: „Ve víře, naději a lásce je totiž člověk již nyní sjednocen s Bohem, již nyní má na životě trojjediného Boha definitivně podíl.“³¹

²⁵ ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013, s. 86.

²⁶ SPAEMANN, Robert. Umírání v dnešní době. *Communio: Mezinárodní katolická revue*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 16(4), s. 99-101.

²⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 70.

²⁸ Srov. ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013, s. 27.

²⁹ Srov. FRÝVALDSKÝ, Pavel. Teologie smrti a „ars moriendi“ podle Josepha Ratzingera. *Communio: Mezinárodní katolická revue*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 16(4), s. 66-72.

³⁰ Srov. BENEDIKT XVI. *Eschatologie: smrt a věčný život*. Třetí, přešlédnuté vydání. Brno: Barrister & Principal, 2017, s. 64.

³¹ MÜLLER, Gerhard Ludwig. *Dogmatika pro studium i pastoraci*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, s. 524. Teologie (Karmelitánské nakladatelství).

Co křesťanský pohled na smrt znamená pro věřícího lékaře, který se stará o většinou nevěřící pacienty?

Ačkoli svou víru a naději ve věčný život obvykle explicitně nesděljuje (pokud se na to nemocný sám nezeptá), tato víra i naděje formuje jeho postoj (lásky) a chování k umírajícím. Pastorační teolog Aleš Opatrný v tomto smyslu konstatuje, že „pro doprovázení vážně nemocných není zřejmě nejdůležitější, jak dobře dokáže křesťan tuto víru [ve vzkříšení těla a život věčný] vysvětlit a obhájit v rozhovoru, důležité je, jak ji sám přijal a žije.“³²

V katolické teologii došlo v relativně nedávné době také k řadě obrátů týkajících se učení o posledních věcech člověka,³³ které ještě více věřícímu lékaři ve výše zmíněné situaci připomínají, aby předem „neodepisoval“ ty, kteří se na první pohled staví k Bohu zády, a umocňují potřebu modlitby za ně.

Zprvé je to učení II. vatikánského koncilu o možnosti spásy i pro nepokřtěné či nevěřící, kteří „bez vlastní viny neznají Kristovo evangelium a jeho církve, avšak s upřímným srdcem hledají Boha a snaží se pod vlivem milosti skutečně plnit jeho vůli, jak ji poznávají z hlasu svědomí.“³⁴ Takový člověk může odmítat Krista a církve „bez vlastní viny“ v tom případě, pokud se s tímto učením nesetkal, ale také pokud mu nebylo hlášáno ve věrohodné podobě – v tom případě odmítá vlastně jen jeho karikaturu.³⁵

Druhý moment představuje učení švýcarského teologa Hanse Urse von Balthasara, že „peklo může být prázdné“,³⁶ o žádném člověku nemůže církev autoritativně říct, že je či bude zatracen.³⁷

Třetí motiv v soudobé eschatologii reprezentuje stanovisko Rahnerova žáka L. Borose o umírání a smrti jako *procesech*, během kterých může dojít k rozhodnutí člověka ohledně posledního ano či ne vůči Bohu – tyto procesy tedy mohou být rozhodující pro jeho posmrtný

³² OPATRŇY, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 107. Bibliotheca theologica.

³³ Vycházíme zejména z tohoto textu: HALÍK, Tomáš. "Poslední věci" v křesťanské tradici. In: ONDRAČKA, Lubomír, Luboš KROPÁČEK, Tomáš HALÍK, Milan LYČKA a Marek ZEMÁNEK. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2017, s. 77-78.

³⁴ LG 16.

³⁵ Srov. HALÍK, Tomáš. "Poslední věci" v křesťanské tradici. In: ONDRAČKA, Lubomír, Luboš KROPÁČEK, Tomáš HALÍK, Milan LYČKA a Marek ZEMÁNEK. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2017, s. 78.

³⁶ Tamtéž.

³⁷ Srov. též MÜLLER, Gerhard Ludwig. *Dogmatika pro studium i pastoraci*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, s. 576. Teologie (Karmelitánské nakladatelství).

úděl.³⁸ Tuto skutečnost výstižně formuluje také Marek Vácha: „Proces umírání je zvláštní tím, že v něm jde doslova o všechno.“³⁹

S tím koresponduje také učení katolické církve, že „po smrti už člověk nemůže zásluhami nijak ovlivňovat svůj konečný osud. ... Okamžitě po smrti dochází k individuálnímu soudu, který rozhoduje o konečném údělu člověka: buď o blaženosti v nebi, nebo očištění v očistci, nebo zavržení v pekle.“⁴⁰

Pro toho, kdo se již za života rozhodl pro Krista a podle toho žije, znamená tedy smrt díky Boží milosti bránu do věčného života s Bohem. Je ale díky tomu umírání pro věřícího jednoduché?

Ukazuje se, že úzkostí ze smrti trpí i lidé hluboce věřící. Jak poznamenávají spirituální teologové Karel Sládek a Pavel Vojtěch Kohut, „ani angažovaní křesťané, kteří – na základě víry ve věčný život – již předem, ovšem pouze *teoreticky*, počítají se smrtí a umíráním, nejsou ušetřeni dramatu vyrovnávání se s *krutou realitou* blížícího se konce. Někdy je to dokonce právě ono vědomí, jak by se jako „správný křesťané měli zachovat“, které jim paradoxně tuto zkoušku ztěžuje. Vidí totiž, že realita je jiná, než jsou jejich vlastní očekávání, očekávání jejich duchovního pastýře a farního společenství, věřící rodiny atd.“ Titíž autoři doporučují, aby těmto lidem pomohl někdo v této situaci pochopit, že si tímto bojem potřebují projít velmi podobně jako jejich nevěřící souputníci. Může být též užitečné připomenout, že Kristova modlitba v Getsemanech nebyla pouze „odevzdaností do nepochopitelné Otcovy vůle (a to rozhodně ne pokojnou nebo dokonce radostnou!), nýbrž těžkým zápasem, na jehož počátku stojí Ježíšovo „Odejmi ode mne tento kalich“, a teprve následně vybojovaný, nesnadný dodatek: „ale ne, co já chci, nýbrž co ty chceš“ (srov. Mk 14,36).“⁴¹

2.2 **Paliativní péče**

Lidská snaha ulevit nemocnému a umírajícímu člověku v jeho trápení je jistě stará jako utrpení samo. Láska k druhému člověku, druhý základní apel křesťanství (srov. Mt 22,39 a paralelní verše v ostatních synoptických evangeliích), vyústila ve skutečnost, že například v našich zemích se v péči o nemocné výrazně angažovala zejména (katolická) církev. „Vždyť

³⁸ Srov. HALÍK, Tomáš. "Poslední věci" v křesťanské tradici. In: ONDRAČKA, Lubomír, Luboš KROPÁČEK, Tomáš HALÍK, Milan LYČKA a Marek ZEMÁNEK. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2017, s. 78.

³⁹ VÁCHA, Marek. Předmluva. In: SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 9.

⁴⁰ MÜLLER, Gerhard Ludwig. *Dogmatika pro studium i pastoraci*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, s. 527. Teologie (Karmelitánské nakladatelství).

⁴¹ SLÁDEK, Karel a Pavel Vojtěch KOHUT. "Otče, oslav své jméno" (Jan 12,28): Teologicko-pastorační podněty pro duchovní prožívání stáří a umírání. *Communio: Mezinárodní katolická revue*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 16(4), 79-98.

církev, která vzešla z tajemného mysteria vykoupení v Kristově kříži, musí především *usilovat o setkání* s člověkem obtíženým bolestí, neboť tímto setkáním se člověk skutečně „stává cestou církve“, jež je ze všech cest nejpřednější.“⁴² Nelze pominout zvláště službu řeholních společenství zaměřených na péči o nemocné, u nás například boromejky (Kongregace milosrdných sester svatého Karla Boromejského), vincentky (Kongregace milosrdných sester svatého Vincence de Paul), Milosrdné sestry svatého Kříže a alžbětky (Řád svaté Alžběty).⁴³ V péči o nemocné přitom tyto řeholnice stavěly na dvou základních zásadách, a to na sociálním principu (péče i o ty bližní, kteří neměli prostředky na léčení) a principu soteriologickém (péče o život věčný, o spásu nemocného).⁴⁴

Spojení medicíny a náboženství bylo přerušeno až dalším rozvojem lékařské péče a přírodních věd, kdy se více diferencovala péče zdravotní, sociální a duchovní, a tento proces sekularizace medicíny nadále trvá.⁴⁵

Jak popisují nestoři paliativní medicíny u nás, prof. Vorlíček a dr. Sláma, cesta ke znovunalezení celostního pohledu na těžce nemocného člověka, tedy ke zrodu paliativní péče jako samostatného oboru v rámci akademické medicíny, vedla přes hospicové hnutí. Termín „hospic“ jako místo péče o nevléčitelně nemocné je poprvé spojován se jménem Jeanne Garnierové, která roku 1847 otevřela v Paříži první dům pojmenovaný hospic. O tamní umírající pacienty se starala komunita vdov, která byla Garnierovou ustanovena. Doprovázení umírajících bylo také hlavním posláním kongregace Sester lásky, založené r. 1878 Marií Aikenheadovou v irském Dublinu. Toto společenství založilo několik domů v Irsku a Velké Británii, například hospic sv. Josefa v Londýně. Zde pracovala po 2. světové válce Cicely Saundersová, nejprve jako zdravotní sestra, poté jako lékařka. Její práce, výzkum a formulace zásad hospicové péče včetně komunikace s nemocným vyvrcholily roku 1967 založením hospice sv. Kryštofa v Londýně, kde je poprvé o nevléčitelně nemocné pacienty pečováno multidisciplinárním týmem, a tento počín je považován za zrod moderního hospicového hnutí. Základní ideu hospicové péče ilustruje právě koncept „celkové bolesti“ (total pain), vytvořený Cicely Saundersovou. Provázanost bolesti tělesné a té psychické, sociální a duchovní je dle tohoto pojetí tak těsná, že zvláště u terminálně nemocných pacientů nelze jednotlivé složky mírnit samostatně.

⁴² JAN PAVEL II. *Salvifici doloris: apoštolský list Jana Pavla II. O křesťanském smyslu lidského utrpení z 11. února 1984*. Praha: Zvon, 1995, čl. 3.

⁴³ *Blázní pro Boha: řeholní život v České republice*. Olomouc: Konference vyšších představených ženských řeholí, 2016.

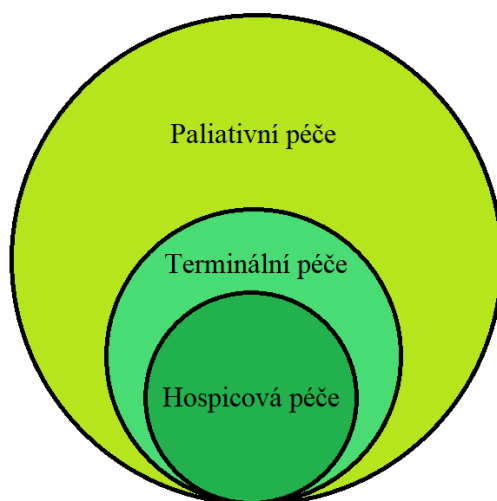
⁴⁴ OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 18. Bibliotheca theologica.

⁴⁵ Tamtéž, s. 18; SOVÁRIOVÁ SOŠOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 9. Sestra (Grada).

Od šedesátých let minulého století se z lůžkových hospiců rozšířila tato péče i do domácího prostředí, a to formou tzv. mobilních (či domácích) hospiců. Za další milník lze považovat otevření prvního oddělení paliativní péče v nemocnici, a to r. 1975 doktorem Balfourem Mountem v kanadském Montrealu. Termínem „paliativní péče“ se chtěl vyhnout možné negativní konotaci pojmu „hospic“ v nemocničním prostředí. Zároveň tím bylo poukázáno na širší pojetí paliativní péče, které zvláště v posledních třiceti letech extendovalo dvojnásobným způsobem: Jednak bylo zjištěno, že principy paliativní medicíny jsou aplikovatelné i na neoncologicky nemocné (například pacienty s neurologickou, kardiologickou či pneumologickou diagnózou), jednak bylo dokázáno, že paliativní intervence má u nemocných s onemocněním ohrožujícím život význam už v období, kdy je aktuální prognóza nemoci ještě příznivá, ale choroba nebo její léčba přináší nemocnému nebo jeho rodině velkou zátěž.⁴⁶

Vzájemné postavení paliativní a hospicové péče ilustruje obrázek 1:

Obr. 1. Taxonomie pojmů souvisejících s paliativní péčí. Terminální péče = péče na konci života (end-of-life care).⁴⁷



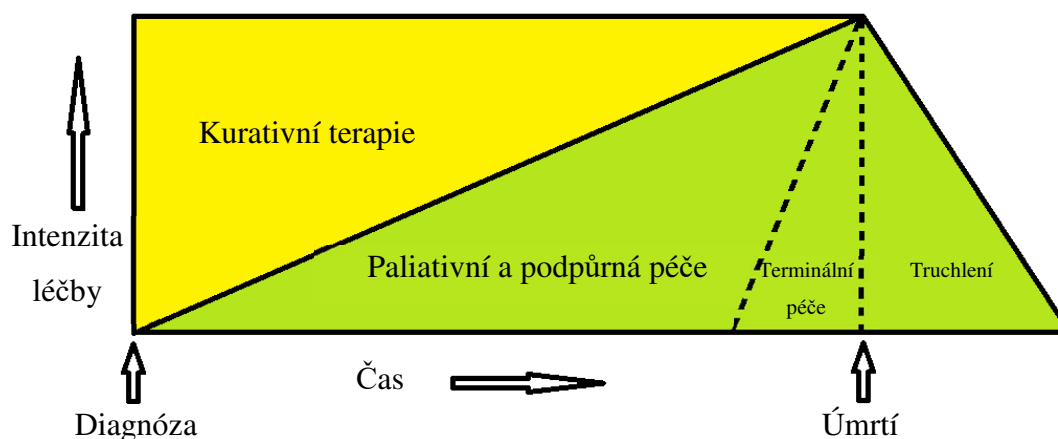
Jakousi vlnkovou lodí benefitu časného zařazení paliativních principů do péče o pacienta se stala studie prof. Jennifer S. Temelové z roku 2010. Ta prokázala u nemocných s metastatickým nemalobuněčným plicním karcinomem (velmi agresivním nádorovým onemocněním), kterým byla poskytnuta časná paliativní péče, lepší kvalitu života a méně depresivních symptomů než v paralelní kohortě se standardní péčí. Jistým překvapením tohoto výzkumu se stal také fakt, že ačkoliv skupina pacientů s časnou paliativní péčí dostávala méně

⁴⁶ VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA. Paliativní medicína – historie a současnost. *Sanquis* [online]. Praha: Wald Press, 2005, (41), 34 [cit. 2022-12-10]. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art345>

⁴⁷ Převzato z LEBLANC, Thomas W. a Areej EL-JAWAHRI. When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist?. *Hematology* [online]. 2015, **2015**(1), 471-478 [cit. 2022-12-10]. ISSN 1520-4391. Dostupné z: doi:10.1182/asheducation-2015.1.471

často agresivní péči na konci života (například chemoterapii během 14 dnů před úmrtím), její medián přežití byl o více než dva měsíce delší oproti druhé skupině.⁴⁸ Proto z původní představy paliativní péče jako alternativy kurativní léčby (princip buď/anebo) se dnes dostáváme ke komplementárnímu modelu, jak ukazuje obrázek 2:

Obr. 2. Model komplementární paliativní a kurativní péče⁴⁹



Tak může dnes Světová zdravotnická organizace (WHO) definovat paliativní péči jako „přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů (dospělých i dětí) a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí. Předchází a ulevuje utrpení časnou identifikací, správným zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních či spirituálních.“⁵⁰

2.2.1 Obecná a specializovaná paliativní péče⁵¹

Výše uvedená definice WHO otevírá široké pole toho, co všechno pod paliativní péči spadá. Je zde zahrnuta například dobrá komunikace s nemocným a jeho rodinou, efektivní léčba symptomů a zacílení péče na kvalitu života. Tyto postupy (aniž by byly vždy nazývány

⁴⁸ TEMEL, Jennifer S., Joseph A. GREER, Alona MUZIKANSKY, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine* [online]. 2010, **363**(8), 733-742 [cit. 2022-12-10]. Dostupné z: doi:10.1056/NEJMoa1000678

⁴⁹ Převzato z LEBLANC, Thomas W. a Areej EL-JAWAHRI. When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist?. *Hematology* [online]. 2015, **2015**(1), 471-478 [cit. 2022-12-10]. Dostupné z: doi:10.1182/asheducation-2015.1.471

⁵⁰ „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual.“ *Palliative care* [online]. World Health Organization [cit. 2022-10-08]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Překlad autorka bakalářské práce.

⁵¹ Základní charakteristika dle SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011, s. 30-31.

paliativní) jsou (či měly by být) zajištěny rutinní klinickou prací lékařů všech odborností; a označujeme je tedy jako **obecnou** paliativní péči.

V běžné praxi se však nezdá, že problémy nemocného jsou komplexní, je obtížné se s pacientem dorozumět na cíli péče (například nemocný odmítá připustit, že postup jeho choroby je současnými medicínskými postupy již minimálně ovlivnitelný a trvá na pokračování v agresivní protinádorové léčbě) nebo tíže konkrétního symptomu (typicky bolesti či dušnosti) vyžaduje zvláštní ošetření. V těchto případech přichází ke slovu tzv. **specializovaná** paliativní péče, poskytovaná odborníky (tzv. paliatry), kteří disponují v oblasti paliativní péče speciálním vzděláním a zkušenostmi.

V nemocničním prostředí (ale i v lůžkových či mobilních hospicích) jsou paliatři v ideálním případě sdruženi do multidisciplinárních paliativních týmů, zahrnujících kromě lékaře zpravidla také paliativní sestru, sociálního pracovníka, psychologa a kaplana. Nicméně právě v nemocnicích ale oproti zahraniční praxi paliativní týmy často chybí, i když se situace v posledních letech zlepšuje (například díky Nadačnímu fondu Abakus bylo investováno v letech 2016-2021 do podpory 26 nemocničních paliativních týmů v České republice přes 47 miliónů korun).⁵²

V naší zemi je specializovaná paliativní péče poskytována nejen v nemocnicích, kamenných či domácích hospicích, ale také v sociálních zařízeních nebo cestou paliativních ambulancí a stacionářů. Je však nutno konstatovat, že kapacita této péče je u nás stále nedostatečná a existují velké rozdíly mezi jednotlivými kraji.⁵³ Zahraniční odhady ukazují, že v posledním roce potřebuje paliativní péči 50–89 % všech umírajících (v závislosti na použité metodě odhadu). Většina těchto nemocných vyžaduje obecný paliativní přístup. Specializovanou paliativní péči pak potřebuje dle průzkumů a kvalifikovaných odhadů nejméně 20 % onkologických pacientů a 5–10 % pacientů s jinými diagnózami. Z výše uvedených předpokladů vyplývá, že v ČR paliativní péči každoročně potřebuje 50–90 000 pacientů v posledním roce svého života; 6000 onkologických a 5–10 000 neonkologických pacientů pak vyžaduje specializovanou paliativní péči. Tato čísla je třeba považovat za velmi střízlivá, protože předpokládají, že je obecná paliativní péče dobře rozvinutá a široce dostupná, což je v současnosti v České republice stále nedosažený ideál.⁵⁴

⁵² Tým Centra paliativní péče a tým nadačního fondu Abakus. *8 doporučení pro začínající paliativní týmy v nemocnicích: Inspirováno zkušenostmi pilotního programu nadačního fondu Abakus*. Praha: Abakus, 2022, s. 8–13.

⁵³ ZICHOVÁ, Kateřina. Dostupnost péče o vážně nemocné se v Česku zlepšuje, i díky dotacím z EU. *Euractiv* [online]. 16.10.2020 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://euractiv.cz/section/evropske-finance/news/dostupnost-pece-o-vazne-nemocne-se-v-cesku-zlepsuje-i-diky-dotacim-z-eu/>

⁵⁴ Srov. SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Solen, 2012, **5**(1), 10–12 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

2.3 Spiritualita a náboženství

Kromě geografické i praktické dosažitelnosti paliativní péče se lékař na tomto poli potýká také s dalšími výzvami. Zde si zmiňme hlavně nesnáze související se spiritualitou ve vztahu k poskytování spirituální péče.

Péče o spirituální dimenzi je zatím nejméně rozvinutou složkou paliativní medicíny. Pojetí spirituality je navíc složité, což může být překážkou duchovní péče v závěru života.⁵⁵ Další problematický aspekt poskytování spirituální péče představuje eventualita, že spiritualita či (náboženská) víra pacienta bývá v nemoci nejen zdrojem útěchy a posily, ale může být i příčinou utrpení. Nadto je třeba uvážit, že v dnešní společnosti se často duchovní potřeby člověka redukuje na potřeby religiózní a za adresáty spirituální péče se považují pouze lidé otevřeně se hlásící ke konkrétnímu náboženství. Nejinak tomu může být v nemocničním prostředí, kdy nabídka návštěvy kaplana bývá poskytována vesměs jen při zjištění, že je pacient věřícím člověkem.⁵⁶

Proto je v rámci tématu poskytování spirituální péče lékařem třeba si nejprve vyjasnit tři problematiky:

- 1) Co je to spiritualita? Jak souvisí s náboženstvím?
- 2) Jak může spiritualita a náboženství působit na člověka?
- 3) Je spiritualita všeobecnou charakteristikou každého člověka? Může spirituální péči potřebovat jakýkoli pacient, tedy i nevěřící?

2.3.1 Pojem spiritualita a jeho vztah k náboženství

Pro vymezení pro nás klíčového pojmu *spiritualita* nám může pomoci krátký etymologický exkurz.⁵⁷ Původem latinské adjektivum *spiritalis* či *spiritualis* (duchovní, duševní) vychází z lat. slov *spirare* (dýchat) a *spiritus* (duch, dech), a je křesťanským neologismem, který ve svém počátku označoval jádro křesťanského života. Z něj odvozené substantivum *spiritualitas*, spiritualita (jehož používání lze doložit už v 5. století) pak v původním významu vyjadřovalo život inspirovaný Duchem svatým (*Spiritus sanctus*). Do češtiny se slovo spiritualita dostalo až v šedesátých letech zprostředkovaně přes němčinu z francouzštiny, kde pojem *spiritualité* označoval osobní vztah člověka k Bohu.

⁵⁵ Srov. GIJSBERTS, Marie-José H E, Jenny T VAN DER STEEN, Cees M P M HERTOOGH a Luc DELIENS. Spiritual care provided by nursing home physicians: a nationwide survey. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. 2020, 10(4), e42-e42 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: doi:10.1136/bmjspcare-2018-001756

⁵⁶ Jak si všiml také A. Opatrný: OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 18. *Bibliotheca theologica*.

⁵⁷ Zpracováno dle WEISMAYER, Josef. *Život v plnosti: Dějiny a teologie duchovního života*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994, s. 7-13.

Původ výrazu spiritualita tedy odkazuje na život nám darovaný při křtu v Duchu svatém, a také život vedený Duchem svatým – to, co Bůh v našem životě koná prostřednictvím svého Ducha. Stručně řečeno, „spiritualita je život s Kristem v Duchu svatém.“⁵⁸

Různý způsob konkrétního prožívání tohoto života podle Ducha svatého pak vyústil v sémantické rozšíření slova spiritualita. Můžeme tak mluvit o řadě spiritualit uvnitř církve podle různého životního stavu nebo duchovní tradice: spiritualita laická či řeholní, františkánská či dominikánská, pavlovská či janovská, mariánská, eschatologická atd.⁵⁹ Je zásadní umět vidět v souhrnu těchto aspektů různost v jednotě, legitimní pluralitu, různé zkušenosti života s Kristem.⁶⁰

Dnešní rozšíření užívání termínu spiritualita (a slov od něj odvozených) i v nereligiózním kontextu může odrážet skutečnost, že duchovní, resp. spirituální hodnoty či potřeby jsou obecně lidskou realitou (jak se budeme zamýšlet níže). Z původního, úzce křesťanského pojetí spirituality se však stává nesnadno uchopitelný (a definovatelný) pojem.

V tomto širším pojetí lze do „množiny“ spirituální stránky člověka zahrnout dle různých autorů tyto prvky:⁶¹

- vztah k sobě, sebepoznání, život podle svých autentických dimenzí,⁶² důležité životní hodnoty a přesvědčení, vlastní životní zaměření;
- vztah k druhým lidem, zkušenost transpersonální důvěry, která vede člověka životní cestou a přináší jeho bytí smysl, propojení s ostatními, které zahrnuje dávání i přijímání;
- pocit spojení s veškerým lidstvem, vesmírem, vztah k prostředí, k přírodě; víra, že všechno živé má společnou podstatu;
- vztah k vyšší realitě (např. k Bohu), spojení s Bohem, víra v transcendentní dimenzi (zkušenost, že něco přesahuje mé já, mé „tady a teď“), pozitivní hodnocení této transcendence, otevřenost pro tajemství⁶³;
- tázání se na existenciální, základní lidské otázky, zvláště v kontextu vlastního konce života – ať už v rámci konkrétního náboženství nebo mimo něj;

⁵⁸ Tamtéž, s. 13

⁵⁹ DE FIORES, Stefano a Tullo GOFFI. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, s. 905.

⁶⁰ WEISMAYER, Josef. *Život v plnosti: Dějiny a teologie duchovního života*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994, s. 7.; DE FIORES, Stefano a Tullo GOFFI. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, s. 904-931.

⁶¹ Přehled hlavně podle SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 63-66, 117-121; SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 12-18. Sestra (Grada).

⁶² DE FIORES, Stefano a Tullo GOFFI. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, s. 920.

⁶³ Tamtéž.

- vědomí, že život má smysl, hledání účelu jednotlivých životních událostí a event. jejich „pozitivní přerámování“ (positive reframing).

Společné pro všechny koncepce spirituality je pak zkušenost transcendence a vztah k tomu, co je pro daného jedince posvátné, dává mu životní sílu a formuje integritu jeho osobnosti,⁶⁴ jinými slovy dává mu smysl jeho života. Definice se též shodují na dynamickém aspektu spirituality, tedy jejím vývoji a změnám během života.⁶⁵

Spiritualita však může být prožívána odlišně nejen intraindividuálně, v rámci života jedince; nesmírná pestrost možných stylů duchovního života existuje také interindividuálně. Dle psychologa prof. Vladimíra Smékala může dnešní člověk svůj vztah k transcendentnu vyjádřit například vřelým vztahem k přírodě (naturalisté), skrze vůně, obrazy a hudbu (smysloví jedinci), v rámci náboženských tradic a rituálů (tradicionalisté), během debat a konfrontací (aktivisté), o samotě a v prostotě (asketici), láskou k bližnímu (pečující), chválou a slavením (entuziasté), verbální komunikací s Bohem či *Posvátnem* (lidé modlitby a rozjímání, resp. meditace) nebo citem, intuicí a mystickým spojením (kontemplativní).⁶⁶

2.3.1.1 Jak spiritualita souvisí s náboženstvím?

Český religionista a biblista Jan Heller v souvislosti s rozmanitostí definic pojmu náboženství shrnuje, že „v náboženství jde o vztah člověka (ať teoretický, v učení, nebo praktický – v etice a kultu) k tomu, co má vůči němu roli boha“. Bohem je zde pro člověka to, co pro něj představuje nejvyšší hodnotu a normu, čemu nejvíce důvěřuje a čemu se cítí zavázán.⁶⁷ Za uznávaný styčný bod mezi spiritualitou (kde jednou z jejích klíčových složek je vztah k transcendentní skutečnosti) a náboženstvím lze tedy považovat vzájemnou vazbu mezi člověkem a Skutečností, jež ho přesahuje.⁶⁸

Ohledně vzájemného postavení spirituality a náboženství však nepanuje mezi různými autory jednoznačná shoda. Pro naše účely je spiritualita chápána jako širší koncept, kdy náboženství je považováno za jednu z alternativ, jak se spiritualita může uplatňovat.⁶⁹

⁶⁴ Srov. SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 63-66, 117.

⁶⁵ SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 13. Sestra (Grada).

⁶⁶ Srov. SMĚKAL, Vladimír. *Psychologie duchovního života*. Brno: Cesta, 2017, s. 32.

⁶⁷ Srov. HELLER, Jan a Milan MRÁZEK. *Nástin religionistiky: uvedení do vědy o náboženstvích*. 2., rev. vyd. Praha: Kalich, 2004, s. 19. Studijní texty (Kalich).

⁶⁸ Srov. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007, s. 35.

⁶⁹ Někteří autoři naopak považují za širší koncept náboženství. Širší charakteristiku této polarizace uvádí například tyto publikace: ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007, s. 45-52; SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 65, 117-121.

Dle tohoto pojetí existuje tedy i nenáboženská spiritualita. Analogicky pak mluvíme o náboženské spiritualitě, pokud je vztahována pouze ke konkrétnímu náboženství.

2.3.2 Vliv spirituality a (náboženské) víry na pacienta

Jak výstižně popisuje metodický dokument Ministerstva zdravotnictví ČR o paliativní péči v lůžkových zdravotnických zařízeních, „duchovní oblast může být v terminální fázi nemoci zdrojem specifických potřeb a problémů. Současně je ale velmi významným zdrojem inspirace, motivace a životní energie ke zvládnutí závěru života.“⁷⁰ Systematická péče o duchovní oblast pacientova prožívání má být proto integrální součástí terminální paliativní péče.⁷¹

Dvojitost vlivu spirituální dimenze na nemocného je zvláště prozkoumána v oblasti náboženské spirituality, tedy vlivu víry pacienta na jeho zdravotní stav, prožívání nemoci a proces uzdravování. Například Jaro Křivohlavý uvádí, že víra může být jistou sociální oporou, tzv. nárazníkem (buffer) vůči stresu, zvláště stresu z nemoci. Studie potvrzují pozitivní vztah mezi vírou a zvládnutím stresu a také vliv na činnost imunitního systému; věřící zapojení do výzkumu vykazovali nižší krevní tlak a rychlejší zotavení po operacích oproti skupině nereligiózních respondentů.⁷²

I řada dalších prací identifikuje víru v Boha jako laskavého stvořitele a prožívání podpůrného vztahu s Bohem (např. přesvědčení, že je Bůh se mnou, pomáhá mi, vede a usměrňuje) jako významné copingové mechanismy v prevenci a snížení stresu, které přinášejí pozitivní emoce a subjektivní pohodu (well-being). Určité duchovní aktivity (např. modlitba, návštěvy bohoslužeb, společná setkání s ostatními členy církve) mohou též redukovat pocity osamělosti a izolace a vést ke zvýšení pohody.⁷³

Na druhou stranu může být náboženská orientace někdy naopak zátěží, a to zejména v případě, že má věřící (pacient, ale i lékař) nesprávnou představu Boha. Některá z těchto falešných pojetí Boha ukazuje pastorální teolog Aleš Opatrný: Specifickým příkladem je vnímání Boha v postavení trestajícího, krutého a nemilosrdného soudce, který sesílá nemoc (rakovinu, bolest či jiné potíže) jako trest za hříchy, popřípadě (v případě představy záłudného a potměšilého Boha) zcela bezdůvodně. Také může být Bohu vyčítáno, že jako „univerzální

⁷⁰ SLÁMA, Ondřej, Jiří KREJČÍ a Jana AMBROŽOVÁ. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019 [cit. 2022-11-23], s. 106. Dostupné z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementation_PPP_2019%20FINAL.pdf

⁷¹ Srov. tamtéž.

⁷² KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, s. 155-162.

⁷³ Srov. SOVÁRIOVÁ SOŠOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 29. Sestra (Grada).

pomocník“ selhal. Jindy se Bůh může jevit v obtížných situacích jako nesrozumitelný a urputná snaha si jej a důvody jeho konání vysvětlit nemocného zatěžuje a často nepřináší žádný výsledek. Tyto a mnohé jiné „nešťastné představy Boha mohou vést ke krachu celé stavby víry, kterou si dotyčný v dřívějším období vybudoval. Tento krach u mnohých způsobuje výčitky svědomí, a tak opět ztěžuje situaci.“⁷⁴ Tento „krach“ dosavadních falešných náboženských představ je ale vítaným krokem, pokud po něm dojde k budování zdravé, posilující víry.⁷⁵

2.3.3 Spiritualita a věřící lékař

Jaký vliv má náboženská víra na spiritualitu lékaře? Ukazuje se, že víra zde může figurovat různými způsoby:

V dánské dotazníkové studii tazající se téměř tři set lékařů domovů pro seniory či pečovatelských domů vyšlo najevo, že spirituální péči pacientům na konci života poskytovali signifikantně častěji lékaři s vyšší mírou religiozity (měřeno dle standardizované škály Spiritual Beliefs and Practice Scale) či lékaři s tréninkem v paliativní péči. S autory tohoto výzkumu tak můžeme předpokládat, že lékaři, kteří jsou více religiózní, mají větší povědomí o duchovní péči na konci života, protože náboženské aspekty spirituality hrají v jejich osobním životě důležitou roli.⁷⁶

Velmi důležitý aspekt představuje pro věřícího lékaře samotné křesťanské pojetí jeho povolání. Péče o nemocného je z tohoto pohledu službou lásky samotnému trpícímu Kristu. „Ukřižování se děje každý den v životě nemocných, kteří jsou osamoceni tváří v tvář smrti. Realita vzkříšení potom dává konečný smysl soucitu a starostlivé péči lékaře.“⁷⁷

Specifickou roli v prožívání spirituality u věřícího lékaře může představovat modlitba. Oprávněnost a požadavek modlitby zdravotníků a jiných pomáhajících profesí v jejich zaměstnání vyjadřuje Benedikt XVI. ve své encyklice *Deus caritas est* (Bůh je láska): „*Nadešel okamžik, abychom opětně potvrdili, jak důležitá je modlitba v konfrontaci s aktivismem a hrožícím sekularismem mnoha křesťanů, kteří se zabývají charitativní prací. Je evidentní, že křesťan, který se modlí, neusiluje o změnu Božích záměrů nebo o opravování toho, co Bůh předvídal. Snaží se spíše o setkání s Otcem Ježíše Krista a prosí o to, aby právě Bůh byl přítomen prostřednictvím posily Ducha svatého v něm a v jeho díle. Důvěrný vztah s osobním*

⁷⁴ OPATRŇY, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 93. Bibliotheca theologica.

⁷⁵ Srov. tamtéž, s. 92-93.

⁷⁶ GIJSBERTS, Marie-José H E, Jenny T VAN DER STEEN, Cees M P M HERTOOGH a Luc DELIENS. *Spiritual care provided by nursing home physicians: a nationwide survey*. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. 2020, 10(4), e42-e42 [cit. 2023-01-11]. ISSN 2045-435X. Dostupné z: doi:10.1136/bmjspcare-2018-001756

⁷⁷ SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021, s. 126-127, podle Pellegrino – Thomasma, 1996.

*Bohem a odevzdanost do jeho vůle jednak představují hráz proti degradaci člověka, jednak ho zachraňují ze zajetí fanatických a teroristických doktrín.*⁷⁸

V rámci vykonávání lékařského povolání bývají aktuální zvláště tyto formy modlitby:

Modlitba za dar rady je (či měla by být) pro věřícího lékaře nutnou součástí jeho rozhodovacího procesu ve stanovení diagnózy a určení léčby či při potýkání se s konkrétními těžkostmi⁷⁹ a také jako postoj otevřenosti pro Boží vedení při péči o pacienty. Zakladatelka hospicové péče u nás Marie Svatošová mluví v tomto kontextu o „metodě kliky a rohožky“: před vstupem do pokoje nemocného se chvíli zastaví s rukou na klíce nebo rohožce (případně na pomyslné rohožce) se slovy „Pane Bože, tak já tam tedy jdu. A jestli chceš, abych mu něco řekla, tak mi pověz co, a já slibuji, že to řeknu.“⁸⁰

Meditace může představovat způsob psychohygieny (zpracování emocí vyvěrajících z práce a/nebo snaha o Boží pohled na prožitý den) a prostor pro rozvíjení postoje soucitu a milosrdenství.⁸¹ Osobní modlitba a denní zpytování svědomí se také udává za velmi účinný prostředek prevence syndromu vyhoření.⁸²

Modlitbu také můžeme považovat jako *součást zdravotní péče o nemocné* – pomáhá řešit krize a osobní problémy, zvládat onemocnění a zlepšovat duchovní pohodu pacientů. Toto téma více rozvedeme v textu o jednotlivých attributech poskytování spirituální péče nemocným.

2.3.4 Spiritualita člověka jako antropologická konstanta

Nyní se dostáváme k otázce, zda je spiritualita všeobecnou charakteristikou každého člověka. V dnešním pojetí paliativní medicíny je již počítáno se spirituální složkou péče jako reakcí na spirituální potřeby pacienta; už z této skutečnosti můžeme vytušit, že spiritualita nemocného je považována za přirozenou součást jeho osobnosti. Také řada autorů (například spirituální teolog a bioetik Karel Sládek) zařazuje spirituální inteligenci a hledání transcendentního smyslu mezi „antropologické univerzálie“, tedy neomezené pouze na osoby hlásící se ke konkrétnímu náboženství.⁸³ Univerzální spirituální hodnotou, která je branou k hodnotám dalším, je pak *opravdová láska* – v ní „člověk vychází sám ze sebe za hranice svého egoismu a nezištně se otevírá a dává druhým“.⁸⁴

⁷⁸ BENEDIKT XVI. *Deus caritas est: encyklika nejvyššího pontifika Benedikta XVI. biskupům, kněžím a jáhňům, Bohu zasvěceným osobám a všem věřícím laikům o křesťanské lásce*. Praha: Paulínky, 2006, s. 53-54.

⁷⁹ SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021, s. 97.

⁸⁰ SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 53.

⁸¹ Srov. SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021, s. 102.

⁸² Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 74.

⁸³ Srov. SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021, s. 93-94.

⁸⁴ OPATRŇÝ, Aleš. Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta. In: SZONOWSKÁ, Barbora et al. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxdorf, 2019, s. 279. Jessenius.

Jak bylo uvedeno výše, člověk může hledat odpovědi na základní lidské otázky, například po pravdě, hodnotě a smyslu života a uskutečňovat svou spiritualitu v rámci některého náboženství, ale také mimo něj. Zdá se, že zvláště tento aspekt spirituality, nalézání *konečného smyslu*, je jakýmsi vnitřním imperativem každého lidského jedince. „Člověk jako jediný tvor ví o své konečnosti a touží dát životu smysl, který přesáhne jeho individuální život – a dotýká se tak věčnosti.“⁸⁵

Naopak vytěsnění hledání smyslu života nebo nenalezení odpovědi může dle psychologických výzkumů vést dokonce k různým neurózám či jiným nemocem. Známa je práce rakouského neurologa a psychiatra Viktora Emila Frankla, který ze své zkušenosti z koncentračního tábora vyvodil klíčový význam nalezení *smyslu* – smyslu života, smyslu jednotlivých událostí či smyslu utrpení – v kontextu holocaustu dokonce pro čiré přežití; dnes pro duševní, duchovní a (z holistického pohledu) nakonec i tělesné zdraví.⁸⁶

V neposlední řadě je ještě potřeba zmínit, že lidé se liší v *hloubce* své spirituality, jinými slovy v „citlivosti vůči orientaci na smysl života a vůči duchovním hodnotám a jejich hledání a uskutečňování“,⁸⁷ a to i v rámci konkrétního náboženství; s tím je proto třeba počítat i u věřících pacientů.

Další odlišnost v prožívání spirituality spočívá ve schopnosti o svých spirituálních hodnotách mluvit: U některých jedinců je tato dispozice neznatelná – přesto je v jejich životě spiritualita přítomna.

Shrneme tedy, že bez výjimky všichni (ač v různé míře) mají svou spirituální dimenzi a spirituální potřeby: „chápující lidskou blízkost, rozhovory a posílení toho, co je v jejich životě hluboké, nosné a cenné“.⁸⁸ Proto považujeme za možné směřovat spirituální péči opravdu ke každému nemocnému.

2.4 Spirituální potřeby pacienta

„Stojí za zamyšlení, jestli u toho či onoho konkrétního pacienta to opravdu muselo dojít tak daleko – až k perforaci žaludečního vředu u neurotika, ke krvácení z jícnových varixů u alkoholika, k žádosti o eutanazii u člověka, který si zoufá apod. Možná stačilo včas se zajímat o duchovní potřeby pacientů, ošetřit jejich spirituální bolest v samém začátku,

⁸⁵ SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021, s. 94.

⁸⁶ Srov. FRANKL, Viktor E. *Man's Search For Meaning*. British Paperback Edition. London: Random House/Rider, c2008.

⁸⁷ SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021, s. 93.

⁸⁸ OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 166. Bibliotheca theologica.

a předejít tím i pozdější bolesti fyzické. Výrobci a distributoři psychofarmak to uslyší neradi, ale zdravotní pojišťovny by na to slyšet měly.“

Marie Svatošová: Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?⁸⁹

Jak bylo řečeno, spirituální rozměr je součástí každého člověka, každého pacienta. Při banálních či lehce řešitelných onemocněních však zpravidla není „na pořadu dne“. Potřeba transcendence a naplňování duchovních hodnot se nachází až na samotném vrcholu pyramidy potřeb.⁹⁰ Tradičně se uvádí, že pro uspokojování potřeb uvedených v pyramidě výše musí být naplněny potřeby nižší (jídla, spánku, bezpečí atd.).

Jinak však tomu bývá v situacích, kdy choroba obrátí život nemocného vzhůru nohama a/nebo život bezprostředně ohrožuje. Pak se spirituální potřeby mohou stát těmi dominantními.⁹¹

Mezi hlavní oblasti spirituálních potřeb bývají zařazovány tyto:

- potřeba lásky a sounáležitosti;
- potřeba životního smyslu;
- potřeba úcty;
- potřeba odpuštění;
- potřeba naděje a vnitřní síly;
- potřeba víry a důvěry v sebe, v druhé lidi, v Boha;
- potřeba spojení s Bohem, potřeba modlitby, provádění náboženských rituálů apod.;
- potřeba tvořivosti, vyjádření spirituality prostřednictvím umění;
- potřeba radosti, vnitřního klidu, míru a harmonie;
- potřeba žít morální a hodnotný život;
- potřeby související se smrtí a konečnými otázkami.⁹²

Zastavme se ještě u potřeby, která se udává na prvním místě, tedy potřeby milovat a být milován. Pozoruhodný postřeh zde přináší brazilský teolog Leonardo Boff: „Proč jen se řeč zamilovaných podobá řeči božské, když si přísahají věčnou lásku, absolutní věrnost a bezvýhradné darování? Není to snad proto, že v lásce jde o tajemství lásky, o uchvácení živou

⁸⁹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 86.

⁹⁰ Srov. SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021, s. 88.

⁹¹ Srov. MORAVEC, Martin. Spirituální péče ve službě důstojnosti v medicíně. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022, s. 305-313.

⁹² Přehled spirituálních potřeb dle SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 57. Sestra (Grada).

transcendencí, tj. o samotného Boha? ... Kdo je Bůh ve své hloubce, můžeme pochopit jen podle zkušenosti s láskou.“⁹³

2.4.1 Spirituální tíseň a spirituální bolest

Nedostatečným uspokojením spirituálních potřeb může vzniknout u nemocného tzv. spirituální tíseň či spirituální distress. Jedná se o problém, který může mít dalekosáhlé důsledky, o čemž svědčí také skutečnost, že nebiologické (tedy psychosociální a spirituální) důvody patří k nejčastějším důvodům žádosti o eutanazii: strach z umírání a hrozící smrti, ztráta soběstačnosti a závislost na ostatních, pocit ztráty důstojnosti, přání nebýt druhým na obtíž.⁹⁴

Marie Svatošová uvádí, že naprostá většina spirituálních bolestí může být zařazena do některé z následujících oblastí: potřeba odpustit, potřeba odpuštění přijmout, ztráta smyslu, strach z trestu, strach z neznámého či pocit marnosti.

Pokud se nemocný svěří lékaři se svou duchovní bolestí, je třeba si toho vážít a umět to ocenit. Následně je nutno postupovat podle toho, o jaký druh bolesti se jedná, tedy zjistit příčiny a podpůrnou komunikací usilovat o zmírnění daného distressu. Dle potřeb, ale také přání a priorit pacienta může být vhodné eventuálně kontaktovat další osoby, které mohou být s tímto problémem nápomocny: členy paliativního týmu, psychologa, duchovního, nebo se také pokusit zapojit členy rodiny nemocného.⁹⁵

2.4.2 Diagnostika spirituálních potřeb

Již medicí se na lékařských fakultách učí, že „správná anamnéza je polovina diagnózy“⁹⁶ Posouzení spirituality nemocného a jeho duchovních potřeb je nezbytným předpokladem pro účinnou intervenci.

Spirituální dimenzi pacienta může lékař hodnotit na různých úrovních.⁹⁷ Nejjednodušším způsobem je tzv. *spirituální screening*, který představuje pouze několik krátkých otázek s cílem

⁹³ L. Boff, *L'Esperienza di Dio oggi*, Assisi, Cittadella 1975, cit. čl., 174-175. In: DE FIORES, Stefano a Tullo GOFFI. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, s. 923.

⁹⁴ MONFORTE-ROYO, Cristina, Christian VILLAVICENCIO-CHÁVEZ, Joaquin TOMÁS-SÁBADO, Vinita MAHTANI-CHUGANI, Albert BALAGUER a James KILNER. What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients. *PLoS ONE* [online]. 2012, 7(5) [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0037117

⁹⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 64.; SLÁMA, Ondřej, Jiří KREJČÍ a Jana AMBROŽOVÁ. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019 [cit. 2022-11-23], s. 106. Dostupné z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf

⁹⁶ CHROBÁK, Ladislav. *Propedeutika vnitřního lékařství: nové, zcela přepracované vydání doplněné testy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 22.

⁹⁷ Následující přehled anamnestických metod vychází zejména ze: SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 89-98. Sestra (Grada).

identifikovat pacienty s rizikem spirituálního distresu. Lze se například tázat: „Řekl/a byste, že vás něco trápí, sužuje z duchovního nebo náboženského hlediska?“, „Řekl/a byste, že zažíváte vnitřní klid a mír?“ či „Zápasíte se ztrátou smyslu a radosti v životě?“⁹⁸ Dnes je spirituální/religiózní screening doporučovanou součástí anamnézy nemocničního paliativního týmu.⁹⁹

Druhým stupněm, představujícím již hlubší posuzování spirituality, je odebrání tzv. *spirituální anamnézy*. Existuje několik modelů spirituální anamnézy použitelných v klinické praxi, z nichž jediným validizovaným dotazníkem spirituálních potřeb je již mnoho let zavedený model FICA.¹⁰⁰ Název je akronymem pokrývajícím hlavní spirituální témata:

- F (Faith, Belief, Meaning; víra, přesvědčení, smysl): zda se pacient vůbec ztotožňuje s určitým systémem víry nebo duchovnosti;
- I (Importance and Influence; význam a vliv): význam spirituality v životě pacienta a její vliv na nemoc a rozhodování o zdravotní péči;
- C (Community; komunita): zda je pacient součástí duchovního společenství nebo zda se spoléhá na podporu skupiny pro něj důležitých lidí;
- A (Address/Action in Care; směřování činnosti): jakým způsobem by měl zdravotník řešit spirituální záležitosti v péči o pacienta.¹⁰¹

Sama autorka FICA dotazníku dr. Puchalski uvádí, že „duchovní anamnéza se týká v první řadě pacientova přesvědčení a hodnot, které vyznává. Odtud pak vede přímá cesta k otázkám, jakou roli hraje duchovnost a náboženství v pacientově životě. Rozhovor na toto téma je pro těžce nemocné a umírající pacienty velmi důležitý. Ptají se často sebe sama: Co dává mému životu smysl? Proč jsem nemocný? Jak se s tím mám vyrovnat? Co se mnou bude, až tento život skončí? Jako kliničtí lékaři nemůžeme na tyto otázky odpovídat. Domnívám se však, že je naší povinností poskytnout pacientům podporu ve chvíli, kdy si je sami kladou, a pomáhat jim, aby na ně hledali vlastní odpovědi.“¹⁰²

⁹⁸ Tamtéž, s. 90-91

⁹⁹ HRDLÍČKOVÁ, Lucie a Michal KOUBA. Zápis konzilia nemocničního paliativního týmu. *Paliativní medicína: Časopis České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. Bratřínov: Centrum pro rozvoj paliativní péče, 2(2), 1-8.

¹⁰⁰ PUCHALSKI, Christina. The FICA Spiritual History Tool: A Guide for Spiritual Assessment in Clinical Settings. *GW School of Medicine and Health Sciences: The GW Institute for Spirituality & Health (GWish)* [online]. c1996-2022 [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: https://gwish.smhs.gwu.edu/sites/g/files/zaskib1011/files/2022-08/v2_fica_pdf_2_final_updated_6.29.22.pdf.

¹⁰¹ Tamtéž. Překlad autorka bakalářské práce.

¹⁰² PUCHALSKI, Christina a Anna L. ROMER. Díky rozhovorům o duchovních otázkách mohou lékaři svým pacientům lépe porozumět. *Umírání.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. 21. 12. 2010 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/diky-rozhovorom-o-duchovnich-otazkach-mohou-lekari-svym-pacientum-lepe-porozumet>.

V některých případech může být potřebné komplexní hodnocení spirituální dimenze pacienta. Tzv. *hloubková spirituální anamnéza* je prováděna v kontextu celostního pohledu na člověka. Vzhledem k časové a odborné náročnosti se za nejvhodnější členy zdravotnického týmu k provádění této anamnézy (a k následné intervenci) považují kněží, resp. nemocniční kaplani.¹⁰³

2.5 Spirituální péče hospitalizovaným pacientům z pohledu lékaře

Nyní se dostáváme k jádru teoretické stati, tedy k roli lékaře v poskytování spirituální podpory jako součásti paliativní péče o nemocného.

Jaká je současná situace a praktické aspekty poskytování spirituální péče lékařem u nás? V situaci „nejateističtějšího národa na světě“ pacienti pravděpodobně nečekají, že by se ve zdravotnickém zařízení, kde se obvykle předpokládá zacílení na fyzickou, tělesnou stránku člověka, mohl lékař zajímat i o jejich spirituální rozměr. Tuto realitu potvrzuje například i nedávná dánská studie v hospicích.¹⁰⁴ Tento zajímavý a svým způsobem ojedinělý výzkum může být pro nás inspirativní také z důvodu, že Dánsko je podobně jako naše země považována za jednu z nejvíc sekulárních společností.

Aleš Opatrný konstatuje, že zdravotnický personál včetně lékařů navíc nemá na spirituální doprovázení vážně nemocných a umírajících ani náležité školení, ani kapacitu – i kdyby si přál se touto službou zabývat. „Stručně, drsně, ale jasně řečeno: Není to v náplni práce zdravotního personálu a pojišťovna to neproplácí.“¹⁰⁵ Situace je jistě rozdílná v hektickém nemocničním prostředí a v hospicové péči, kde při absenci horečné snahy o prodloužení života za jakoukoli cenu je (plně v souladu s posláním paliativní péče) více dbáno o kvalitu spíš než o kvantitu života.

Na předchozích stránkách jsme si ukázali, že svou spirituální stránku mají i lidé obvykle neoznačováni jako „věřící“, tedy ti, kteří se nehlásí ke konkrétnímu náboženství. Také bylo zmíněno, že v situaci závažné nemoci či umírání mohou být duchovní potřeby obzvláště eskalovány a významným způsobem ovlivňovat zdravotní stav pacienta. Vzhledem k tomu, že v ČR cca 60 % lidí umírá v nemocnici,¹⁰⁶ existuje zde reálná potřeba uskutečňovat spirituální

¹⁰³ Srov. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 95-97. Sestra (Grada).

¹⁰⁴ VOETMANN, Sara Stage, Niels Christian HVIDT a Dorte Toudal VIFTRUP. Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care* [online]. 2022, 21(1) [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00886-0

¹⁰⁵ OPATRNÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 126. Bibliotheca theologica.

¹⁰⁶ *Zemřelí 2020: Zdravotnická statistika* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 [cit. 2023-03-11]. ISSN 1210-9967. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

pěči i v tomto prostředí. Další text se proto zabývá způsobem, jak konkrétně lze poskytovat duchovní péči hospitalizovaným vážně nemocným a umírajícím pacientům.

Implementace spirituální podpory do péče o pacienta zahrnuje 3 aspekty:¹⁰⁷

- spiritualita lékaře: postoje, hodnoty a přesvědčení, péče o vlastní spiritualitu;
- pacient a spirituální péče: vlastní atributy poskytování duchovní péče nemocnému;
- spolupráce s dalšími odborníky, zvláště nemocničním kaplanem.

Tyto tři body budou dále rozvedeny na následujících stránkách.

2.5.1 Spiritualita samotného lékaře

Za tři pilíře lékařského umění jsou považovány kvalitní znalosti, dovednosti a postoje. Je bohužel zkušeností mnoha pacientů, že právě na rozvoj posledně zmiňovaného „pilíře“ nebývá u mnohých lékařů kladen adekvátní důraz; nevhodné chování k nemocnému (či jeho rodině) bývá leckdy častějším obsahem stížností než pochybení v medicínské péči.

Postoje, hodnoty a přesvědčení člověka jsou kvality, které vycházejí z jádra jeho osobnosti, z jeho spirituality. Péče o vlastní spiritualitu a její rozvoj je proto nutný předpoklad spirituální pomoci druhému. „Setkávání s těžce nemocnými prověřuje a obohacuje spirituální oblast toho, kdo se jim věnuje, je výzvou k ochotě vyrovnávat se s těmito otázkami ve vlastním životě. Ten, kdo je nevytěšňuje a neuhýbá jim, bude nemocnému užitečný a sám bude obohacen.“¹⁰⁸

Výše zmiňovaná dánská studie v hospicích ohledně verbalizace spirituálních potřeb v paliativní péči uvádí, že popírání těchto potřeb u pacienta, s rizikem následného spirituálního utrpení, může být nepředvídaným následkem nepozornosti zdravotníka vůči vlastní spiritualitě. V praxi vidíme, že když nemocný vytuší lékařův nezájem nebo nepochopení pacientova duchovního stavu, stáhne se do sebe a odvede například téma jinam. Do budoucna si pak vytvoří určitý odstup vůči tomuto lékaři a bezpochyby tím utrpí jeho důvěra a celý terapeutický vztah. Naopak lékařovo vědomí vlastní spirituality a otevřenost vůči tomuto tématu má kromě benefitu pro pacienty zřejmě také protektivní vliv na samotného zdravotníka.¹⁰⁹ To je jedním z důvodů, proč je systematické vzdělávání ve spirituální péči doporučováno jak ve Spojených státech, tak v Evropě.¹¹⁰

¹⁰⁷ Základní přehled dle: SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 103-114. Sestra (Grada).

¹⁰⁸ OPATRŇÝ, Aleš. Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta. In: SZONOWSKÁ, Barbora et al. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxdorf, 2019, s. 283. Jessenius.

¹⁰⁹ VOETMANN, Sara Stage, Niels Christian HVIDT a Dorte Toudal VIFTRUP. Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care* [online]. 2022, **21**(1) [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00886-0

¹¹⁰ BEST, Megan, Carlo LEGET, Andrew GOODHEAD a Piret PAAL. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care* [online]. 2020, **19**(1) [cit. 2023-

Ačkoliv spiritualita člověka představuje širší oblast než jeho etické postoje, pokud s Paulem Ricoeurem chápeme etické zaměření jako „zaměření na dobrý život, s druhými a pro druhé ve spravedlivých institucích,“¹¹¹ může formace vlastních etických postojů představovat dobrý začátek pro rozvoj vlastní spirituality a stabilnější platformu pro komunikaci o tomto tématu i s nevěřícími lékaři. V souvislosti s naším tématem představuje určité etické minimum stanovisko Etického kodexu České lékařské komory, kde jsou v samotném úvodu zakotveny úkoly lékaře: „v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince... chránit zdraví a život, mírnit utrpení“.¹¹² Explicitně je pak dále uvedeno, že „lékař u nevyлéčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“¹¹³

Pro křesťana pak etika znamená cestu k naplňování jednoho ze dvou největších Ježíšových přikázání: Milovat bližního svého jako sebe samého (srov. Mt 22,39).¹¹⁴ Tak v nikdy nekončícím procesu spirituálního zrání můžeme nalézt dvě vzájemně provázané cesty k prohlubování osobnosti: boj s vlastním sobectvím a růst v lásce.¹¹⁵

2.5.2 Základní atributy poskytování duchovní péče pacientovi¹¹⁶

Nyní se dostáváme k samotné interakci mezi lékařem a nemocným při poskytování spirituální péče. Za hlavní body lékařské duchovní péče rozeznávají různí autoři vytvoření terapeutického prostředí, autentickou přítomnost zdravotníka, terapeutickou komunikaci a aktivní naslouchání, dotyk, podporu vztahu k sobě samému, k druhým lidem a k „Posvátnému zdroji“, utvoření posvátného prostoru a v neposlední řadě modlitbu či uměleckou tvorbu.

02-20]. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-019-0508-4; PUCHALSKI, Christina, Betty FERRELL, Rose VIRANI, et al. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2009, 12(10), 885-904 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: doi:10.1089/jpm.2009.0142

¹¹¹ RICOEUR, Paul. *O sobě samém jako o jiném*. Praha: OIKOYMENH, 2016, s. 190. Knihovna novověké tradice a současnosti.

¹¹² Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory: Etický kodex České lékařské komory. *Česká lékařská komora: Camera Medica Bohemica* [online]. Olomouc, 2007, § 1, odstavec 1-2 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf

¹¹³ Tamtéž, § 2, odstavec 7

¹¹⁴ OPATRŇY, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 161. Bibliotheca theologica.

¹¹⁵ SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021, s. 97.

¹¹⁶ Rozdělení a základní charakteristika jednotlivých atributů poskytování spirituální péče dle: SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 104-114. Sestra (Grada).

2.5.2.1 *Terapeutické prostředí*

Předpokladem dobrého poskytování spirituální péče je vytvoření vhodného místa, času a atmosféry důvěry, aby měl nemocný příležitost se otevřít a sdílet své přesvědčení. K tomuto přispívá i respektující chování lékaře vůči pacientovi během jednotlivých diagnostických i léčebných úkonů, například projevoování úcty a důstojnosti při fyzikálním, tělesném vyšetření pacienta nebo vypnutí telefonu při důležitých rozhovorech.

2.5.2.2 *Autentická přítomnost*

Aniž bychom používali specifické strategie péče o pacienta, také pouhé „bytí s nemocným“ může působit terapeuticky. Znamená to celostní zaměření a soustředění se na pacienta, „všudypřítomnou fyzickou, duševní a spirituální přítomnost“,¹¹⁷ otevřenost, empatii a aktivní naslouchání. Nabývá na významu zvláště u pacientů z jakýchkoli důvodů neschopných verbálně komunikovat a také u nemocných v závěru života. Autorka této práce se při péči o pacienty v komatózní terminální fázi nemoci nejednou setkala s přístupem „Proč bych měl trávit na vizitě u pana X tolik času, když stačí vyšetřit základní životní funkce ve třech minutách? Stejně už nic neřekne...“ Zkušenosti pracovníků hospiců však ukazují, že právě v těchto situacích může být osamělost pro umírajícího největším stresem a autentická přítomnost lékaře (či jiné osoby) působí zmírnění (nejen spirituální) bolesti a vede ke vnitřnímu klidu (pozorovatelné třeba i na zmíněných fyziologických funkcích, jako je dechová a tepová frekvence).

2.5.2.3 *Terapeutická komunikace, aktivní (terapeutické) naslouchání*

V návaznosti na vytvoření atmosféry důvěry a autentické přítomnosti je aktivní naslouchání základem efektivní komunikace s pacientem. Zahrnuje v první řadě empatii (schopnost rozpoznat a chápat pocity, myšlenky a zkušenosti druhých), akceptaci pacienta (absenci předsudků, negativních hodnocení a vynášení soudů, respekt k odlišnostem) a reflexi sdělení (například odpověďmi „hm“, „ano“ či krátkou sumarizací toho, co nemocný řekl). V této souvislosti je zajímavé zmínit zkušenost paliatrů, že čím déle pracují v paliativní medicíně a vedou rozhovory s nevléčitelně nemocnými a jejich rodinami, tím méně mají tendenci „tlačit na pilu“, a naopak co nejvíce respektovat jedinečnost konkrétního pacienta a jeho rodiny.“¹¹⁸

¹¹⁷ SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 105. Sestra (Grada).

¹¹⁸ HRDLÍČKOVÁ, Lucie a Michal KOUBA. Porozumění prognóze pacientem začíná prognostickým uvědoměním lékaře. *Paliativní medicína*. 2022, 3(2), s. 33-41.

Zvláštní význam zde má nonverbální komunikace – jak správná interpretace toho, co pacient řečí těla či tónem hlasu sděluje, tak lékařova otevřenost a vnímavost vůči nemocnému a soulad mezi jeho myšlenkami, slovy a jednáním. Již zmiňovaný výzkum v dánských hospicích¹¹⁹ poukazuje na to, že pacient užívá určitého „dekódování“ zdravotníkovy nonverbálního jazyka a podle toho se rozhoduje, komu svěří své niterné myšlenky a záležitosti. Jeden pacient to shrnuje takto: „*No, je to právě jejich [zdravotníků] způsob, jakými „jsou“.* *Způsob, jakým vstoupí do místnosti a sednou si, možná vedle mě na postel, a položí svou ruku na moji ruku. Nebo mě vezmou za rameno. A způsob, jak se mě zeptají „Jak se máte?“.* *A já pak slyším, že to není jen „Zafungovaly ty prášky?“.* *Je to prostě celá věc, jak oni přemýšlejí.*“¹²⁰

2.5.2.4 Dotyk

Specifickým gestem nonverbální komunikace s pacientem je dotyk. Už součástí úvodní celkové prohlídky pacienta, která představuje vůbec jeho první kontakt s daným lékařem, dochází (po anamnéze, strukturovaném odebrání relevantních informací) k fyzikálnímu vyšetření nemocného a tedy k mnoha příležitostem k dotyku. Zkušeností autorky je, že po takovémto tělesném kontaktu (pokud je ze strany lékaře vyšetření provedeno s maximální úctou a zachováním důstojnosti nemocného) bývá nezřídka pacient následně otevřenější i verbálně; jako by se prolomila určitá bariéra a nemocný byl obnažením těla více ochoten obnažit i duši. Jindy může být gestem soucitu a lásky položení ruky na rameno pacienta, podržení jeho ruky nebo jen stisk prstů, kterým můžeme (mnohdy účinněji než mnoha slovy) vyjádřit účast, sdílet zármutek nebo zmírnit bolest a nepohodu například při klinických procedurách. Pro pozitivní vnímání dotyku pacientem je nezbytné, aby byl jemný, uklidňující a provedený s empatií.

2.5.2.5 Podpora vztahů – k sobě, k druhým, k přírodě, k „Posvátnému zdroji“

Podpurné vazby s druhými, se sebou samým, s přírodou, s Bohem, Posvátným zdrojem (či jinak pojmenovanou transcendentní entitou) jsou podstatným aspektem spirituality, který má

¹¹⁹ VOETMANN, Sara Stage, Niels Christian HVIDT a Dorte Toudal VIFTRUP. Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care* [online]. 2022, 21(1) [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00886-0

¹²⁰ “Well, it’s just their way of being. Their way of entering the door and sit down, maybe, next to me on the bed, and putting their hand on my hand. Or, take me by the shoulder. And the way they can then ask, ‘how are you?’. And then I can hear, it’s not just, ‘do those pills work?’. Then, that’s the whole thing they’re thinking about.” Tamtéž, s. 5.

nejen sociální rozměr (zdroj komunikace), ale také umožňuje lépe si uvědomit, kým jsme, jaký je náš smysl života a naše místo ve světě.

Lékař může pacientovi tuto pomocnou síť vztahů připomenout a podpořit. Prohlížení fotografií nebo vyslechnutí životního příběhu či vzpomínek může posílit spojení se sebou samým; umožnění kontaktu s rodinou, přáteli, lidmi ze stejné náboženské nebo zájmové skupiny může představovat významný zdroj společenské a spirituální opory pro nemocného. Také příroda tvoří pro mnohé lidi pramen duchovního občerstvení a načerpání sil, proto je vhodné například umožnit pacientovi procházky v nemocniční zahradě, umístit rostliny v interiéru nebo třeba zprostředkovat nahrávky zvuků z přírody.

Pro věřící může být pro budování vztahu s Bohem obzvlášť důležitá účast na duchovních a náboženských aktivitách a rituálech, jako jsou bohoslužby, modlitby, meditace, čtení náboženské literatury (zvláště Božího slova) nebo i poslech duchovní hudby. Informace o náboženských obřadech probíhajících v nemocnici nebo o možnosti návštěvy nemocničního kaplana je jistě to nejmenší, co může každý lékař nemocnému poskytnout.

U pacientů bez konfese je vhodné identifikovat jejich smysl života, zdroj radosti, spokojenosti, síly a naděje v životě, abychom i těmito cestami mohli podpořit jejich copingové (zvládací) mechanismy zvládání stresu a nemoci. Spiritualita „nevěřících“ nemocných může být utvářena prostřednictvím péče o druhé, o sebe, přírodu, vztahem k umění, důležitým životním hodnotám či Konečné pravdě. S velkou citlivostí a respektem k preferencím pacienta může však i zde podpůrně působit například čtení biblických příběhů. Zajímavou inspiraci poskytuje kupříkladu použití Bible v psychoterapii,¹²¹ kdy biblická vyprávění mohou nemocného „existenciálně oslovit“¹²²; pacient se do nich „vmýšlí a vcítuje, experimentuje s jednotlivými postavami, volí alternativní varianty atd. U pacientů se nepředpokládá a nežadává víra nebo náboženský postoj, příběhy působí jakoby „vlastní vahou“, protože díky tisícileté křesťanské tradici mají dosud vysokou „ozvučnost“, anebo jsou archetypicky jednoznačné a silné.“¹²³

2.5.2.6 Posvátný prostor

Pro člověka může být posvátným místem určitý náboženský prostor (kostel, kaple, svatyně), místnost v domě nebo místo v přírodě, které je mu zvláštním způsobem blízké a jež vyhledává ke ztišení, rozhovoru se sebou samým nebo s Posvátným zdrojem. Ve výzkumu

¹²¹ Autoři této psychoterapeutické metody, nazývané hagioterapie, představují práci s devatenácti biblickými příběhy například v této knize: REMEŠ, Prokop a Alena HALAMOVÁ. *Nahá žena na střeše: Bible a psychoterapie*. 2. rozšířené vydání. Pompei, 2013.

¹²² Tamtéž, s. 13.

¹²³ ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007, s. 306.

zaměřeném na očekávání pacientů v souvislosti se spirituální péčí udávalo až 70 % nemocných potřebu navštívit takovéto vhodné místo, kde by mohli lépe uspokojovat své duchovní potřeby.¹²⁴

V mnohých nemocnicích je možno navštívit kapli nebo meditační místnost. Pacienti si mohou tvořit svůj posvátný prostor také například v okolí lůžka vystavením posvátných objektů (obrázků, ikon, svíček atd.), ke kterému je pak třeba chovat respekt (například předměty svévolně nepřemísťovat).

2.5.2.7 Modlitba

Součástí života mnoha jedinců různých náboženství a kultur je modlitba – rozhovor s Bohem, Posvátným zdrojem či Vyšší mocí. Jejím obsahem může být vyjádření vděčnosti či chvály, děkování nebo prosby. S příchodem vážné nemoci či v blízkosti smrti se zvláště stupňuje potřeba prosit za uzdravení, dobré rozhodnutí ohledně léčby nebo za své blízké. Modlitba umožňuje spirituální růst jedince a může pomoci efektivně zvládat náročné životní situace. V křesťanských církvích se často modlitba za uzdravení pojí s modlitbou za odpuštění. „Úzké sepětí obou druhů lidského utrpení – nemoci a hříchu – je symbolicky vyjádřeno i tím, že latinské *salus* znamená zdraví i spásu.“¹²⁵

Zvláštní problematiku zde tvoří modlitba zdravotníka za nemocného nebo s nemocným. Dle výzkumu v ambulantní sféře se ukazuje, že pacientovo přání takovéto modlitby stoupá s tíží nemoci (při rutinní kontrole projevilo souhlas s lékařovou modlitbou 19 % pacientů, za hospitalizace 29 % a v blízkosti smrti 50 % nemocných) a s formou nabízené modlitby (tichá je akceptována lépe než pronášená nahlas).¹²⁶ Studie provedená v americkém prostředí u nemocných s pokročilým stádiem rakoviny uvádí, že až 80 % pacientů označilo modlitbu iniciovanou lékařem za (alespoň mírně) duchovně podpůrnou (56 % za středně až velmi podpůrnou). Táž studie předeštlá možné námitky vůči takovéto modlitbě (například považování spirituality za soukromou záležitost nebo narušení profesionálních hranic) či nutnost vhodných podmínek (bližší poznání duchovní stránky nemocného, typu spirituality či vyznání lékaře i pacienta, postoj lékaře k modlitbě s pacientem, kontext modlitby).¹²⁷

¹²⁴ TAYLOR, Elizabeth Johnston a Iris MAMIER. Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2005, **49**(3), 260-267 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03285.x

¹²⁵ ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007, s. 300.

¹²⁶ MACLEAN, Charles D., Beth SUSI, Nancy PHIFER, et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2003, **18**(1), 38-43 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20403.x

¹²⁷ BALBONI, Michael J., Amenah BABAR, Jennifer DILLINGER, et al. "It Depends": Viewpoints of Patients, Physicians, and Nurses on Patient-Practitioner Prayer in the Setting of Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2011, **41**(5), 836-847 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.07.008

Samozřejmostí a nezbytnou podmínkou musí být souhlas nemocného anebo lépe přímo jeho iniciativa; nevyžádaná modlitba je považována za neetickou a může mít i negativní konsekvence ve formě narušení důvěry a vztahu lékaře s pacientem.

Jak poznamenává Aleš Opatrný, „víra je určena především „ad usum proprium“, tedy „k vlastnímu užití“.¹²⁸ Jestliže však křesťany Ježíš nabádá, že „je třeba se stále modlit a neochabovat“ (srov. Lk 18,1), i do profesionálního vztahu s pacientem může věřící lékař zvat Boha a vše se snažit konat v Boží přítomnosti.¹²⁹

2.5.2.8 Umění ve spirituální péči

Umělecká tvorba, ať už výtvarná, múzická (hudební, taneční, divadelní) či literární, je pro mnohé lidi prostorem k vyjádření svého ducha. Umění může mít také svůj terapeutický efekt. Poslech či aktivní provozování hudby má vliv na fyzickou, psychickou i spirituální pohodu; „imaginativní umělecký jazyk [výtvarného umění] usnadňuje vyjádření pocitů jednotlivce, jejich prožívání, či existenciálních otázek týkajících se smrti, umírání, utrpení, ztráty a smutku“.¹³⁰ Náboženská hudba může být také významným prostředkem pro vyjádření spirituality a propojení se sebou samým, s druhými nebo s Bohem, sloužit jako zdroj síly v utrpení nebo představovat důležitou alternativu při zdravotních obtížích znemožňujících účast na bohoslužbách.

S úspěchem se arteterapie (léčba uměním či v užším smyslu terapie výtvarnými technikami) i muzikoterapie (léčba hudbou) provozuje i v českých nemocnicích v rámci léčebných programů pro seniory, děti či pacienty s psychiatrickým onemocněním.¹³¹ Existuje řada studií, které však potvrdily pozitivní vliv umění také v onkologické i paliativní péči.¹³²

¹²⁸ OPATRŇY, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 104. Bibliotheca theologica.

¹²⁹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 50.

¹³⁰ SOVÁRIOVÁ SOŠOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 112. Sestra (Grada).

¹³¹ Například zde: Klienti oddělení sociálních lůžek se setkávají při muzikoterapii. *Nemocnice Třinec* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.nemtr.cz/index.php/cs/aktivity-na-oddeleni/690-muzikoterapie-2>; Pacienti na psychiatrii zpívají i tančí. *Nemocnice Pardubického kraje* [online]. 2017 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.nempk.cz/novinky/pacienti-na-psychiatrii-zpivaji-i-tanci>; V Nemocnici Nový Jičín léčí děti i hudbou. *Nemocnice AGEL Nový Jičín* [online]. 2018 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z:

<https://nemocnicenovyjicin.agel.cz/o-nemocnici/novinky/180420-muzikoterapie.html>; Arteterapie. *Psychiatrická nemocnice v Dobřanech* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.pnvd.cz/pro-pacienty/arteterapie>

¹³² KIEVISIENE, Justina, Rasa JAUTAKYTE, Alona RAUCKIENE-MICHAELSSON, Natalja FATKULINA a Cesar AGOSTINIS-SOBRINHO. The Effect of Art Therapy and Music Therapy on Breast Cancer Patients: What We Know and What We Need to Find Out—A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2020, **2020**, 1-14 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1155/2020/7390321; GAO, Yinyan, Yanping WEI, Wenjiao YANG, Lili JIANG, Xiuxia LI, Jie DING a Guowu DING. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2019, **57**(2), 319-329 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504

Lékař může k řešení specifických problémů pacienta kontaktovat akreditovaného arteterapeuta či muzikoterapeuta. V běžných případech může mít podpurný vliv i pouhá dostupnost různých nahrávek, veřejného rádia, televize či internetu na oddělení, popřípadě neformální integrace arteterapie ve formě nabídnutí výtvarných potřeb a výkresů nemocným, kteří tak mohou facilitovat své prožívání emocionálních, psychických nebo spirituálních těžkostí.

2.5.3 Kooperace s dalšími odborníky, zvláště s kaplanem či duchovním

Výše uvedené prostředky a způsoby poskytování duchovní péče pacientům byly uváděny se zvláštním zřetelem k osobě lékaře; nicméně tyto činnosti mohou vykonávat také zdravotní sestry, dobrovolníci či členové rodiny pacienta, proto jsou označovány jako „obecná spirituální služba“.¹³³ Spirituální potřeby nemocných (zvláště řešení duchovní tísně, existenciálních či náboženských konfliktů, problémů s odpuštěním a smířením atd.) však mohou překračovat kompetence těchto pečujících osob a vyžadovat si speciální intervenci ze strany jiných odborníků: psychologů, psychoterapeutů či nemocničních kaplanů i jiných duchovních. Na některé úkony (například udílení svátostí, vedení bohoslužeb apod.) je navíc potřeba speciální vzdělání či církevní pověření (nebo dokonce svěcení). Tuto činnost pak označujeme jako „speciální spirituální služba“. V řadě nemocnic je součástí zdravotnického týmu nemocniční kaplan, kterým většinou bývá příslušník některé církve registrované u Ministerstva kultury ČR (v našich podmínkách nejčastěji Římskokatolická církev, Českobratrská církev evangelická, Církev československá husitská). Pokud v daném zařízení není ustanoven, zajišťuje službu duchovní správce dané farnosti, sboru nebo diakonie, na jejichž území se nemocnice nachází.¹³⁴ Formální stránku spolupráce mezi nemocničním zařízením a jednotlivými církvemi usnadnila trojstranná Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví, uzavřená mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR, Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v roce 2019.¹³⁵

Etický kodex nemocničního kaplana¹³⁶ podotýká, že tato služba je určena nejen pacientům, ale i jejich blízkým, zdravotnickému personálu a popřípadě i studentům zdravotnických škol a lékařských fakult, a to věřícím i nevěřícím (pokud si to přejí).

¹³³ SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011, s. 341.

¹³⁴ Tamtéž.

¹³⁵ Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví. *Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice* [online]. 2019 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zakladni-dokumenty-dohoda-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi-5d2c75e066f5f.pdf>

¹³⁶ Etický kodex nemocničního kaplana. *Asociace nemocničních kaplanů* [online]. 2022 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: https://www.nemocnicnikaplan.cz/cs/wp-content/uploads/2022/07/Etic_kodex_2022.pdf. Tento dokument vznikl společným konsenzem České biskupské konference a Ekumenické rady církví.

Vzájemná spolupráce lékaře a nemocničního kaplana je velmi žádoucí a prospěšná a je zcela v souladu s komplexní, na pacienta zaměřenou péčí. Prakticky to může znamenat i uvedení kontaktu na kaplana (nebo jiné duchovní) na nástěnce či na letáčcích v pokojích, rutinní podávání informací o této službě pacientům nebo nabídka kaplanovy návštěvy při rozpoznání spirituálního distresu nemocného. Pro duchovní rozhovor nebo svátostné úkony je také potřebné vytvořit vhodný prostor a soukromí.

2.6 Otázka evangelizace pacientů lékařem

V rámci poskytování spirituální péče pacientům může pro věřícího lékaře představovat palčivé dilema otázka evangelizace jeho pacientů.

Ježíš každého svého následovníka vybízí: „Jděte do celého světa a kažte evangelium všemu stvoření,“ (Mk 16,15) a také: „Jděte ke všem národům a získávejte mi učedníky, křtěte je ve jméno Otce i Syna i Ducha svatého a učte je, aby zachovávali všechno, co jsem vám přikázal.“ (Mt 28,19-20). Církev na sebe vztahuje slova apoštola Pavla „Běda mně, kdybych nekázal [evangelium]!“ (1Kor 9,16). Konstituce II. vatikánského koncilu o církvi *Lumen gentium* poznamenává, že „na každého Kristova učedníka připadá příslušný díl závazku šířit víru“.¹³⁷

Zvláště v blízkosti smrti druhého člověka může křesťan vnímat zvláštní naléhavost a cítit nadměrnou zodpovědnost vůči svému misijnímu povolání. Pro lékaře, který svou víru bere vážně a svou práci chápe jako životní povolání, může být pokušením podlehnout „spasitelskému komplexu“ i v duchovní oblasti.

Na druhé straně je již jeden z pilířů bioetiky, princip autonomie, etickým kritériem proti (nežádané) evangelizaci pacienta lékařem. I v případě složitých morálních otázek může být vodítkem heslo: „V centru všeho medicínského rozhodování je pacient, on je klíčem k řešení.“¹³⁸ Kněz a lékař Martin Moravec konstatuje, že zdravotník může být v pokušení porušit svobodu či ohrozit důstojnost pacienta z důvodu existence asymetrie vztahu zdravotník-pacient. Nemocný je závislý nejen na znalostech, ale i na ochotě zdravotníka; je tím, který potřebuje pomoc. Zdravotník naopak oplývá znalostmi a prostředky, ale také větším zdravím a silou než pacient. Je úkolem pro člověka poskytujícího spirituální péči, aby vnímal, zda nezneužívá svou převahu, zda nepřekračuje hranici pacientovy svobody, zda pacient stojí o jeho

¹³⁷ LG 17.

¹³⁸ MATĚJEK, Jaromír. Rozhodování na konci života. Co mám dělat, abych byl právně nenapadnutelný? In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022, s. 298-303. Edice celoživotního vzdělávání ČLK.

pomoc, či nikoli. Ostatně „je paradoxem a vlastně zpronevěrou, pokud by někdo ve své službě Bohu potlačoval tento jeho dar [svobodu] a snižoval jej.“¹³⁹

Tento postoj je také vyjádřený v Etickém kodexu nemocničního kaplana: Nemocniční kaplan „duchovní péči poskytuje všem klientům, kteří o tuto službu projeví zájem. Svou činnost vykonává nemanipulativním způsobem. Vyvaruje se projevů proselytismu, chápaného jako cílené získávání klientů pro vlastní církve nebo náboženskou společnost změnou jejich původní církevní příslušnosti.“¹⁴⁰ Podobně pro armádní kaplany je formulována zásada: „O náboženství může mluvit kaplan vždy až jako druhý.“¹⁴¹ Odůvodnění těchto zásad vyplývá opět z respektu k pacientovi, který je kvůli svému zdravotnímu stavu podroben ne-moci, tedy relativní bezmoci.

Jak však nepodlehnout misijnímu nihilismu? Je vůbec pro upřímně věřícího křesťana, pro kterého je láska k Bohu a bližnímu životním imperativem, možné rezignovat na požadavek přinášet druhému radostnou zvěst, zvláště na konci jeho pozemského života?

Je nutné, aby člověk uznal, že spása jeho bližního je věcí Boží, záležitostí vztahu mezi tímto člověkem a Bohem. „Bůh chce, aby všichni lidé došli spásy a poznali pravdu“ (1Tim 2,3-4). Možnost spásy i nepokřtěných a nevěřících vyjadřuje také již v kapitole o umírání zmíněná teze konstituce *Lumen Gentium*: „Věčné spásy mohou dosáhnout všichni, kdo bez vlastní viny neznají Kristovo evangelium a jeho církve, avšak s upřímným srdcem hledají Boha a snaží se pod vlivem milosti skutečně plnit jeho vůli, jak ji poznávají z hlasu svědomí.“¹⁴²

Úlohou křesťana je pak naslouchat Bohu, jakou formu aktivní pomoci má uskutečnit vůči druhému, či jaké postoje, které ukazují konkrétnímu nemocnému Boží lásku, zaujmout.¹⁴³ „Ježíš z nemocných a trpících nedělal „věřící podle svého obrazu“, ale dával jim svým postojem a konáním příležitost uvěřit (srov. Lk 8,49-56).“¹⁴⁴ Jan Pavel II. uvádí, že službu trpícím bližním „lze též označit za apoštolát, jestliže pramení přímo z důvodů evangelijních“.¹⁴⁵

¹³⁹ MORAVEC, Martin. Spirituální péče ve službě důstojnosti v medicíně. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNEK, ed. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022, s. 305-313.

¹⁴⁰ Etický kodex nemocničního kaplana. *Asociace nemocničních kaplanů* [online]. 2022, s. 2 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: https://www.nemocnicnikaplan.cz/cs/wp-content/uploads/2022/07/Etic_kodex_2022.pdf

¹⁴¹ OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 111. Bibliotheca theologica.

¹⁴² LG 16.

¹⁴³ OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 108. Bibliotheca theologica.

¹⁴⁴ Tamtéž, s. 105.

¹⁴⁵ JAN PAVEL II. *Salviřici doloris: apořtolský list Jana Pavla II. O křesťanském smyslu lidského utrpení z 11. února 1984*. Praha: Zvon, 1995, řl. 29.

Závěrem k této problematice uvedme výstižné vyjádření Benedikta XVI.:

„Charita nesmí být prostředkem k tomu, co se dnes nazývá proselytismus. Láska je nezištná a neuplatňuje se proto, aby sloužila k dosažení nějakých jiných cílů. To však neznamená, že charitativní působení by mělo ponechávat stranou Boha a Ježíše Krista. Ve hře je stále celý člověk. Tím nejhlubším kořenem utrpení bývá často právě nepřítomnost Boha. Ten, kdo uplatňuje lásku (caritas) ve jménu církve, se nebude nikdy snažit o to, aby druhým vnucoval víru církve. Takový člověk totiž ví, že láska ve své čistotě a nezištnosti je tím nejlepším svědectvím vydávaným Bohu, v něhož věříme a jenž nás pohnul k tomu, abychom milovali. Křesťan ví, kdy je vhodná doba o Bohu mluvit a kdy je zase správné o Něm mlčet a nechat promlouvat pouze lásku. Křesťan ví, že Bůh je láska (srov. 1 Jan 4,8) a že se zpřítomňuje právě v okamžicích, v nichž se nekoná nic jiného než láska.“¹⁴⁶

¹⁴⁶ BENEDIKT XVI. *Deus caritas est: encyklika nejvyššího pontifika Benedikta XVI. biskupům, kněžím a jáhňům, Bohu zasvěceným osobám a všem věřícím laikům o křesťanské lásce.* Praha: Paulínky, 2006, čl. 31.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zhodnotit současnou praxi poskytování spirituální péče lékařem hospitalizovaným pacientům se závažným onemocněním.

3.2 Hypotézy

Hlavní hypotéza:

1. Poskytování spirituální péče lékařem pacientům v nemocnici je v současnosti neobvyklé.

Vedlejší hypotézy:

2. Pacienti většinou nepovažují spirituální potřeby za důležité.
3. Pacienti se nesetkali se zjišťováním jejich spirituálních potřeb v nemocnici (od lékaře/jiného personálu).
4. Pacienti většinou nečekají, že se lékař bude zabývat jejich spirituálními potřebami.
5. Pacienti si většinou nepřejí rozebírat spirituální témata s lékařem.
6. Pacienti si většinou nepřejí návštěvu nemocničního kaplana.
7. Lékaři obvykle nezjišťují spirituální potřeby pacientů.
8. Lékaři málo nabízejí možnost služby nemocničního kaplana.

3.3 Použité metody

Jako zdroj informací byl zvolen kvantitativní průzkum ve formě dotazníkového šetření. Na základě problematiky zkoumané v teoretické části byla vytvořena baterie otázek pro pacienty i lékaře, která by reflektovala jejich názory a zkušenosti se spirituální péčí. Účast na šetření byla dobrovolná a anonymní.

Dotazník pro pacienty obsahoval 13 položek. V úvodu byli formou textové informace pacienti poučeni o účelu a formě vyplňování dotazníku. Dále byla pro větší srozumitelnost otázek uvedena stručná charakteristika spirituální péče a témata, která se týkají spirituality a spirituálních potřeb: „*Spirituální péče zahrnuje psychosociální, duchovní, náboženské a/nebo existenciální aspekty péče a podpory pacienta. Zabývá se základními lidskými tématy ohledně životních hodnot a smyslu: Jaký je smysl života; co je v životě důležité a na čem opravdu záleží; proč v životě dělat dobré věci a kde k tomu vzít sílu; co dělat v životě se selháními, chybami a vinami, které nelze odčinit; téma křivdy, odpuštění a smíření s druhými lidmi; tajemství smrti*

a otázka života po smrti; existence něčeho „nad námi“, existence Boha...“¹⁴⁷ Kromě otázek ohledně věku a pohlaví byly zvoleny tři formy odpovědí na otázky: jednak možnost vybrat jednu z položek na 5bodové Likertově škále (s těmito eventualitami: rozhodně ano/spíše ano/nevím/spíše ne/rozhodně ne), jednak odpovědět ano/ne či reagovat na otevřenou otázku (fakultativní otázky ohledně tazatele na spirituální oblast a konkrétní církve, ke které se respondent hlásí).

V **dotazníku pro lékaře** byli respondenti nejprve seznámeni se záměrem dotazníku (stejně jako u verze pro pacienty) a dále bylo opět uvedeno objasnění pojmu spirituální péče a souvisejících témat. Tento dotazník byl složen z 9 otázek, také s různým způsobem odpovědí: po položkách zaměřujících se na věk a pohlaví respondenta byly kromě otevřené otázky (ohledně příslušnosti k církvi) přítomny dotazy s možností jednoznačné odpovědi ano/ne, dále byly položky hodnoceny na 5bodové Likertově škále (s různou úrovní souhlasu: rozhodně ano/spíše ano/nevím/spíše ne/rozhodně ne; popřípadě odpovědi s klasifikací frekvence: vždy/často/občas/výjimečně/nikdy). Také se zde vyskytovaly otázky s možností výběru více eventualit zároveň, s prostorem pro připsání vlastních argumentů (důvody pro neodebírání spirituální anamnézy, informace pacientům o možnosti návštěvy nemocničního kaplana).

3.4 Průzkumný vzorek

S ohledem na zkoumané téma spirituální péče o nemocné se život ohrožujícím onemocněním a také se zřetelem na zkušenosti a zacílení autorky bakalářské práce byli zvoleni respondenti z řad pacientů a lékařů IV. interní hematologické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové (dále jen FNHK).

Výzkum mezi pacienty byl proveden na lůžkových odděleních této kliniky, kde jsou léčeni nemocní majoritně s hematologickou či hematoonkologickou diagnózou (nejčastěji pacienti s maligním lymfomem podstupující chemoterapii či trpící komplikací léčby či choroby), v menším měřítku pak s nemocí spadající do jiné oblasti vnitřního lékařství. Z výzkumu byli vyloučeni pacienti, kteří nebyli schopni dotazník vyplnit (například z důvodu neschopnosti udržet psací potřeby, nemocní s demencí, v bezvědomí atd.) či vyplnění dotazníku odmítli. Této části průzkumu se zúčastnilo 37 respondentů.

Z lékařů výše uvedeného pracoviště byli osloveni všichni, kteří se větší či menší měrou účastní klinické činnosti, tedy mají zkušenost s péčí o hospitalizované (ale i ambulantní) pacienty. Své odpovědi zaslalo 30 z 37 kontaktovaných hematologů.

¹⁴⁷ Text definice a návrhy základních témat spirituální péče srov. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011, s. 340-341.

Byla hodnocena také víra a náboženství respondentů. Z dotázaného souboru 37 pacientů se za věřícího člověka považovalo 13 osob (35,1 %). K určitému náboženství se hlásí 7 dotazovaných nemocných (18,9 %), z nichž dva se hlásí k římskokatolické církvi, dva k církvi československé husitské, jeden uvedl příslušnost ke katolickému náboženství, další respondent ke křesťanství.

Ze zkoumaného vzorku lékařů se za věřící považuje pětina respondentů (N = 6; 20 %). Do konkrétní církve patří 5 z 30 účastníků průzkumu mezi lékaři (16,7 %), z nichž tři uvedli příslušnost k římskokatolické církvi, ostatní na dotaz ohledně určitého náboženství neodpověděli.

Ačkoliv byl náš vzorek poměrně malý, spektrum věřících a členů církve v našem průzkumu nebylo zcela odlišné od celkového zastoupení daných skupin v naší společnosti, ačkoliv můžeme pozorovat mírně vyšší procento věřících a religiózních respondentů v patientské skupině oproti národnímu průměru: Dle výsledků sčítání lidu České republiky z roku 2021 se v naší zemi k určité církvi hlásí 13,1 % obyvatel, k věřícím nepovažujícím se za členy konkrétní církve nebo náboženské společnosti se počítá dalších 9,1 % lidí (celkem tedy 20,2 % obyvatelstva se považuje za věřícího člověka). Možnost „bez náboženské víry“ zvolilo 47,8 % sčítaných, nevyplněnou otázku na náboženskou víru nechalo 30,1 % osob.

Mírně nižší zastoupení věřících je však v místě provedení naší studie, tedy v Královéhradeckém kraji: Z 538 303 obyvatel tohoto regionu se za věřící považuje celkem 17 % osob (9,2 % se hlásí ke konkrétní církvi, 7,8 % se k žádné církvi nepočítá), bez náboženské víry je zde 52 % obyvatel.¹⁴⁸

3.5 Zpracování průzkumu

Pilotního testování časné verze dotazníku (verze pro lékaře i pacienty) se zúčastnili členové paliativního týmu FNHK. Dle jejich odpovědí a komentářů byl tiskopis upraven se zvláštním zaměřením na srozumitelnost a přesnost otázek. Byla provedena také mírná revize dotazníku pro pacienty dle návrhů psycholožky IV. interní hematologické kliniky FNHK.

Po dohodě s přednostou IV. interní hematologické kliniky FNHK byly osloveny a instruovány staniční sestry tří lůžkových oddělení tohoto pracoviště, které v termínu 27. 2. až 15. 3. 2023 distribuovaly tiskopisy s otázkami nemocným.

¹⁴⁸ Náboženská víra. *Sčítání 2021* [online]. Český statistický úřad [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/nabozenska-vira>

Šetření mezi lékaři IV. interní hematologické kliniky FNHK probíhalo ve dnech 13. 2. 2023 až 10. 3. 2023. Pro lepší uživatelskou přívětivost a vyšší návratnost dotazníků byla tato část průzkumu prováděna cestou anonymizovaného online formuláře (Google formulář).

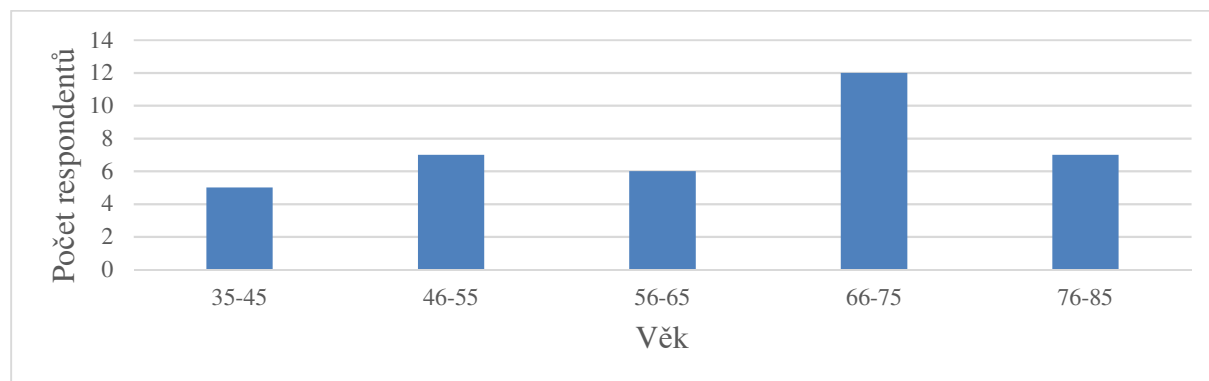
Odpovědi z patientských tiskopisů byly následně vloženy do tabulek a spočítány v programu Microsoft Office Excel, reakce na dotazník pro lékaře byly zpracovány tímtož softwarem. Získané informace byly také zhodnoceny formou grafů.

3.6 Výsledky a interpretace

3.6.1 Výsledky dotazníku pro pacienty

Studie se účastnilo 37 pacientů. **Otázky č. 1 a 2** se týkaly věku a pohlaví účastníků šetření, dle výsledků byli rovnoměrně zastoupeni muži (N = 18; 48,6 %; N = počet respondentů) i ženy (N = 19; 51,3 %). Jednalo se o nemocné ve věku od 37 do 82 let s průměrným stářím 63 let. Věkové spektrum skupiny dotazovaných pacientů znázorňuje Graf č. 1:

Graf č. 1: Složení respondentů dle věku – pacienti

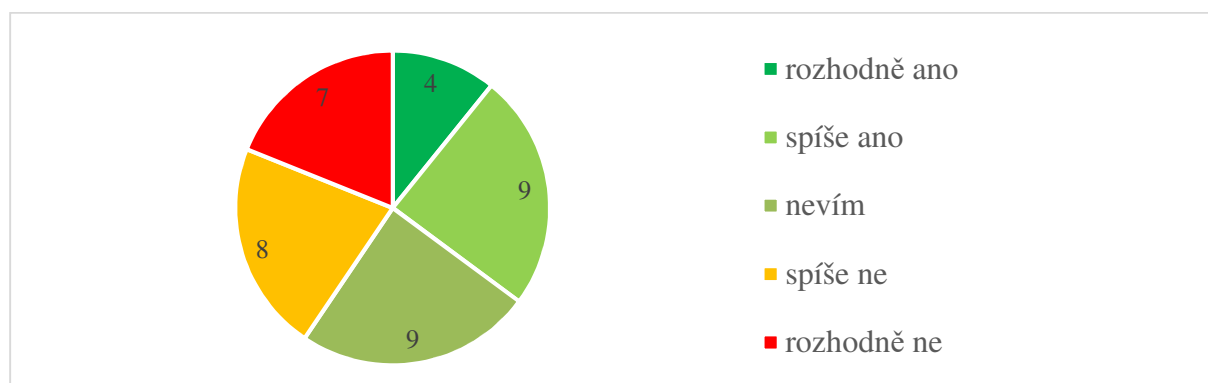


Úvodní část průzkumu zjišťovala, jaký význam ve svém životě přikládají nemocní spiritualitě a spirituálním potřebám:

Otázka č. 3: Považujete spiritualitu a spirituální potřeby ve Vašem životě za důležité?

Zde se soubor respondentů téměř rovnoměrně rozdělil mezi ty, pro které jsou tato témata důležitá (N = 13; 35,1 %) a ty, kteří jim nepřikládají větší význam (N = 15; 40,5 %). Téměř čtvrtina pacientů se k této otázce staví neutrálně (N = 9; 24,3 %), jak ukazuje Graf č. 2:

Graf č. 2: Považujete spiritualitu či spirituální potřeby ve Vašem životě za důležité?



Další část dotazníku cílila na zkušenosti pacientů s iniciativou zdravotnických pracovníků ohledně spirituálního screeningu či spirituální anamnézy. Pro lepší pochopení těchto termínů byly také v dotazníku uvedeny příklady otázek (užívané ve FICA dotazníku spirituálních potřeb¹⁴⁹), které (by) mohly při takovéto anamnéze zaznít.

Otázka č. 4: Setkal/a jste se v nemocnici (v ambulanci či na lůžkovém oddělení) s otázkou na Vaši spiritualitu nebo spirituální potřeby ze strany lékaře, například při vstupním vyšetření nebo při řešení konkrétních problémů?

(Tyto otázky mohou znít například takto:

Považujete se za věřícího člověka? Máte spirituální přesvědčení, hodnoty nebo praktiky, které Vám pomáhají se vyrovnat se stresem, obtížnou situací, nebo tím, čím procházíte právě nyní? Co dává Vašemu životu smysl?

Jak důležitá je ve Vašem životě spiritualita? Jak ovlivňuje to, jak o sebe pečujete, zvláště v oblasti zdraví? Ovlivňuje Vaše spiritualita rozhodování o zdravotní péči?

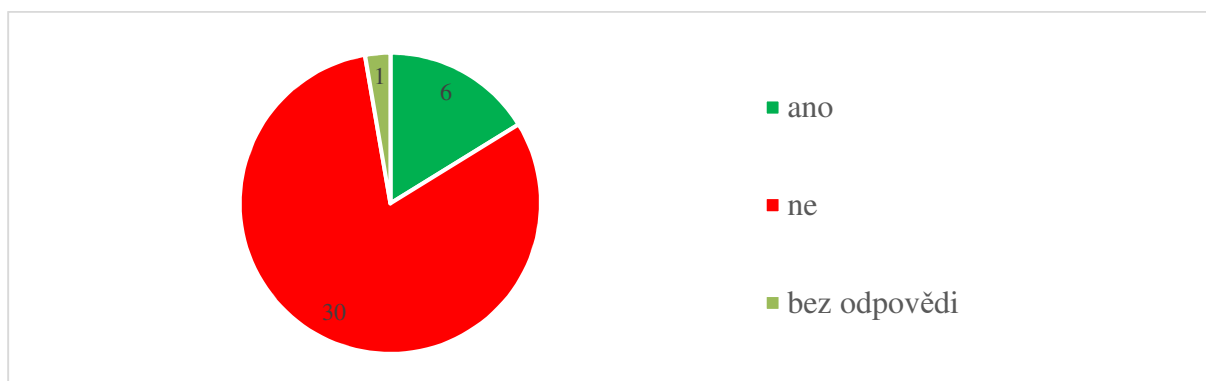
Jste součástí nějaké církve nebo náboženské společnosti? Je pro Vás tato církev/náboženská společnost oporou a jak? Existuje nějaká skupina lidí, které máte opravdu rád/a nebo kteří jsou pro Vás důležití (například rodina, přátelé, zájmový spolek)?

Jak byste chtěl, abych já jako zdravotník zohledňoval Vaše spirituální hodnoty ve zdravotní péči o Vás?)

Zkušenost s otázkou ohledně své spirituality či spirituálních potřeb má pouze šestina z dotázaných (N = 6; 16,2 %), naprostá většina pacientů (N = 30; 81 %) nikdy nebyla na tuto oblast v nemocniční péči dotazována. Jeden respondent na otázku neodpověděl. Výsledky zobrazuje Graf č. 3:

¹⁴⁹ PUCHALSKI, Christina. The FICA Spiritual History Tool: A Guide for Spiritual Assessment in Clinical Settings. *GW School of Medicine and Health Sciences: The GW Institute for Spirituality & Health (GWish)* [online]. c1996-2022 [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: https://gwish.smhs.gwu.edu/sites/g/files/zaskib1011/files/2022-08/v2_fica_pdf_2_final_updated_6.29.22.pdf

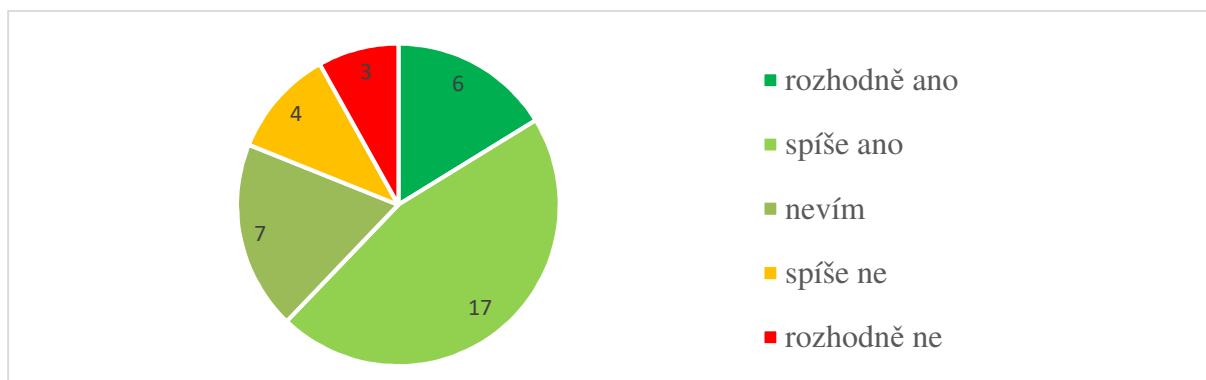
Graf č. 3: Setkal/a jste se v nemocnici s otázkou na Vaši spiritualitu nebo spirituální potřeby ze strany lékaře?



Otázka č. 5: Překvapila (či překvapila by) Vás taková otázka od lékaře?

Dvě třetiny pacientů (N = 23; 62,1 %) vyjádřilo údiv nad reálnou či potenciální lékařovou otázkou vůči jejich spiritualitě, pouze sedm z nich (18,9 %) považuje takový dotaz za nepřekvapující. Rozložení odpovědí vidíme na Grafu č. 4:

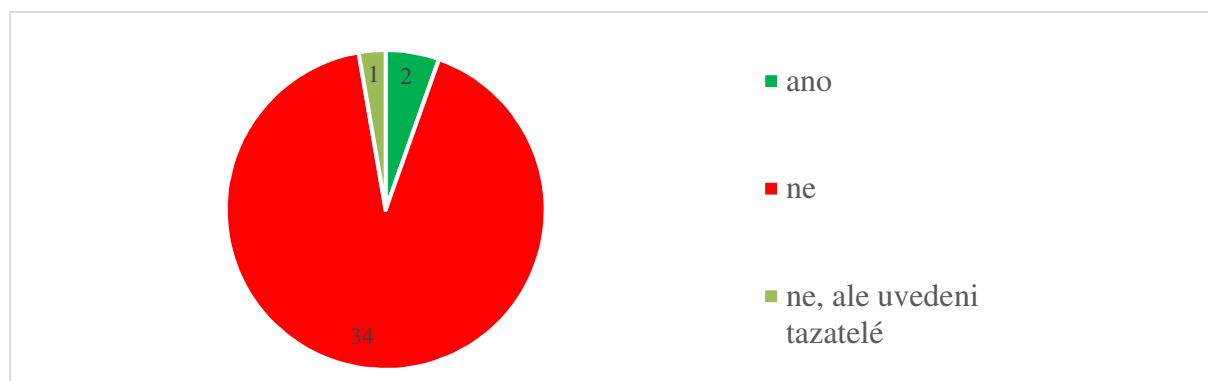
Graf č. 4: Překvapila (či překvapila by) Vás taková otázka od lékaře?



Otázka č. 6: Setkal/a jste se v nemocnici s otázkou na Vaše spirituální potřeby ze strany jiného nemocničního personálu?

Zkušenost s podobnou otázkou ze strany jiných zaměstnanců nemocnice má minimální počet respondentů (N = 2; 5,4 %). Jeden dotázaný uvedl rozporuplnou informaci (nesetkal se s touto otázkou ze strany jiného nemocničního personálu, v následující otevřené otázce však uvedl psychologa a kaplana – nevíme tedy, zda tyto osoby uvedl jako tazatele z vlastní zkušenosti nebo pouze jako tazatele možné). Odpovědi respondentů na tuto otázku ukazuje Graf č. 5:

Graf č. 5: Setkal/a jste se v nemocnici s otázkou na Vaše spirituální potřeby ze strany jiného nemocničního personálu?



Otázka č. 7: Pokud ano, uveďte prosím povolání člověka, který se Vás na tuto oblast dotázal (zdravotní sestra/bratr, sanitář/ka, psycholog/psychoterapeut, nemocniční kaplan, dobrovolník...):

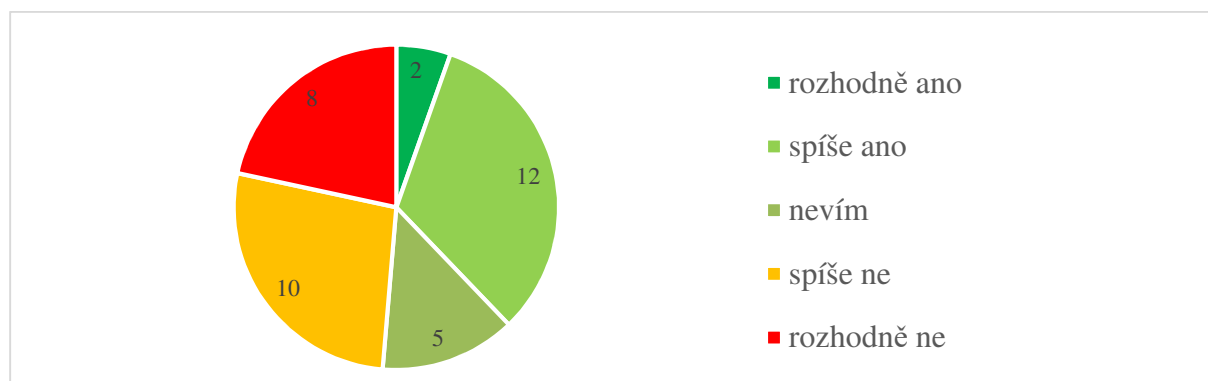
Z ojedinělých odpovědí (viz výše) vyplývá, že na spirituální oblast se kromě lékařů dotazovali pouze psychologové/psycholožky a nemocniční kaplani.

Další úsek dotazníku reflektoval přání pacientů ohledně sdílení své spirituální dimenze s lékařem a/nebo s nemocničním kaplanem. Vzhledem k častým předsudkům ohledně práce kaplana v nemocnici byla doplněna stručná charakteristika náplně jeho služby:

Otázka č. 8: Přijal/a byste návštěvu nemocničního kaplana (tedy člověka, který má v popisu práce poskytovat pacientům duchovní péči a podporu, blízkost, naslouchání; rozhodně ne vnucovat svou náboženskou víru)?

Preference pacientů ohledně návštěvy kaplana nebyly výslovně přikloněny ve prospěch pozitivních (N = 14; 37,8 %) ani negativních (N = 18; 48,6 %) odpovědí (jak uvádí Graf č. 6):

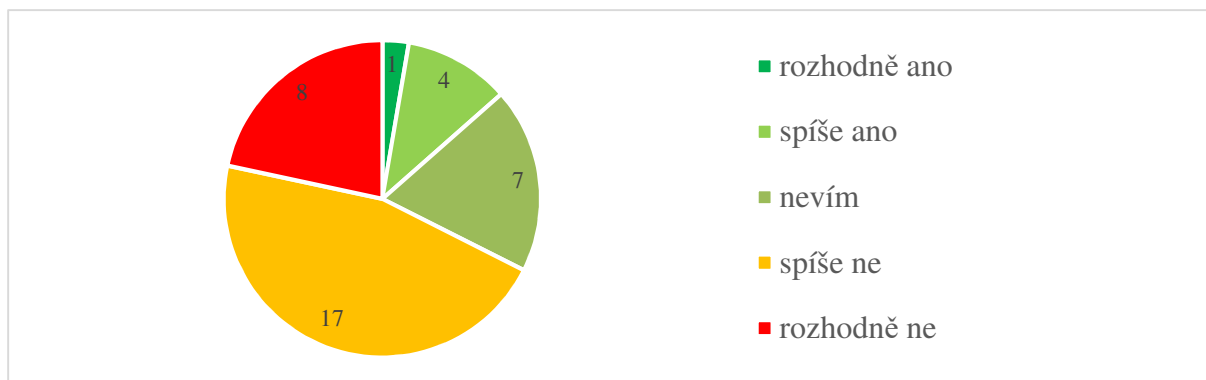
Graf č. 6: Přijal/a byste návštěvu nemocničního kaplana?



Otázka č. 9: Příklad/a byste si otevřít nějaké spirituální téma s lékařem (například smysl života; smysl nemoci; odpuštění/smíření; smrt; vztah k něčemu, co nás přesahuje atd.)?

Na výsledcích tohoto dotazu můžeme pozorovat, že dvě třetiny pacientů (N = 25; 67,5 %) si s lékařem rozebírat spirituální témata nepřeje. Pouze 1 dotazovaný byl „rozhodně“ přesvědčen o tom, že by chtěl s lékařem otevřít rozhovor ohledně této oblasti. Rozložení odpovědí na tento dotaz zobrazuje Graf č. 7:

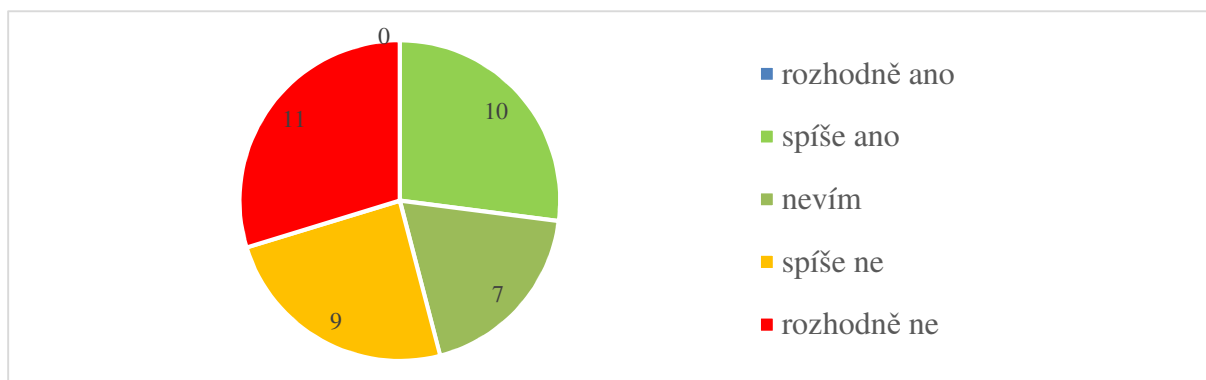
Graf č. 7: Příklad/a byste si otevřít nějaké spirituální téma s lékařem?



Otázka č. 10: Příklad/a byste si totéž probrat s nemocničním kaplanem či jiným duchovním?

Rozmlouvat o duchovních tématech s kaplanem by si přála cca třetina z nemocných (N = 10; 27 %), stále však zůstává více než polovina pacientů (N = 20; 54 %), kteří se staví k této možnosti odmítavě. Výsledky znázorňuje Graf č. 8:

Graf č. 8: Příklad/a byste si některé spirituální téma probrat s nemocničním kaplanem či jiným duchovním?

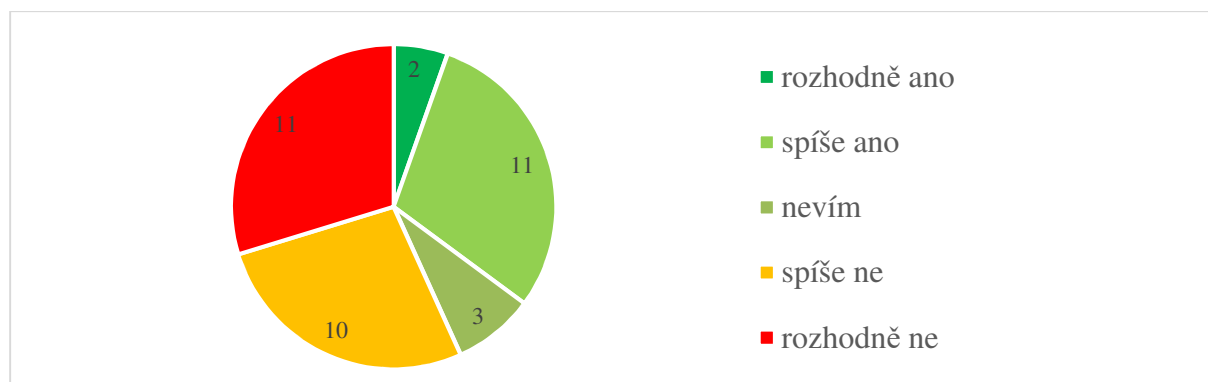


Na samotný závěr se pak průzkum zaměřil na víru a náboženství respondentů:

Otázka č. 11: Považujete se za věřícího člověka?

Z dotázaného souboru 37 pacientů se za věřícího člověka považovalo 13 osob (35,1 %). Zřejmě s ohledem na to, že pojem „věřící“ zde nebyl více rozveden, byla v jednom z dotazníků (s odpovědí, že se respondent „rozhodně považuje“ za věřícího člověka) připsána poznámka „Co je to věřící? Každý v něco věří. Každý může mít jinou představu boha.“ Rozložení reakcí na tuto otázku ukazuje Graf č. 9:

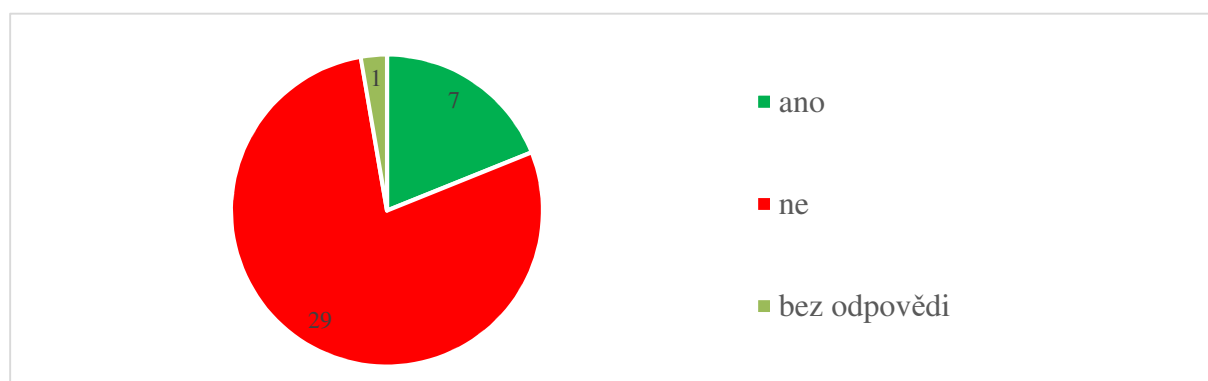
Graf č. 9: Považujete se za věřícího člověka?



Otázka č. 12: Někteří lidé prožívají svou spiritualitu v rámci některého náboženství. Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské společnosti?

Odpovědi na otázku ohledně příslušnosti ke konkrétní konfesi ne zcela odpovídaly výsledkům na předchozí dotaz ohledně víry účastníků průzkumu. K určitému náboženství se hlásí 7 dotazovaných pacientů (18,9 %), 29 respondentů (78,3 %) se pak za členy žádné církve nepovažuje, jak vidíme i v Grafu č. 10. Z této druhé skupiny se však přesto považuje za věřící 7 nemocných. Naopak 1 respondent hlásící se ke katolickému náboženství na otázku, zda se považuje za věřícího člověka, zvolil odpověď „nevím“.

Graf č. 10: Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské společnosti?



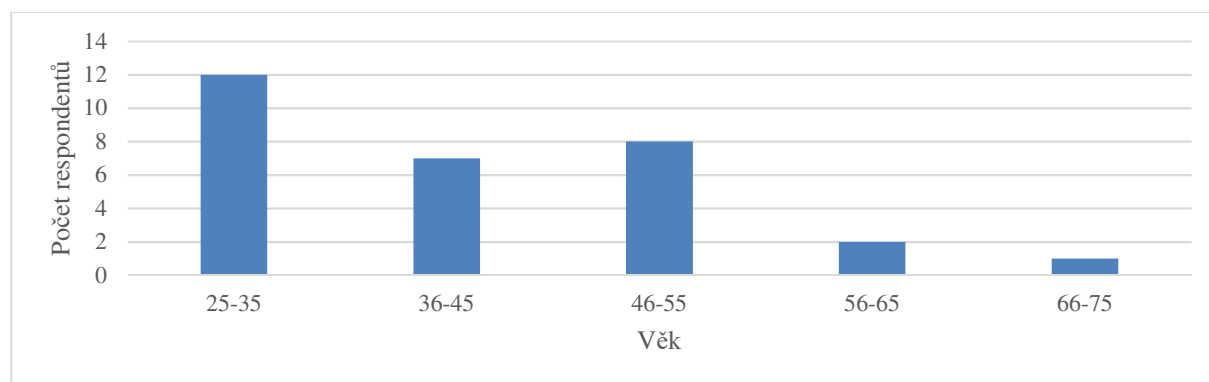
Otázka č. 13: Pokud chcete, můžete při předchozí odpovědi „ano“ upřesnit, do které církve či náboženské společnosti patříte:

Na tuto otevřenou otázku reagovalo (poměrně různorodě) 8 respondentů. Nejčastěji uvedené církve byly římskokatolická a československá husitská (obojí N = 2), mezi další odpovědi patřilo katolické náboženství (N = 1) a křesťanství (N = 1). 1 z dotazovaných na tento dotaz do tiskopisu poznamenal „K spiritualitě nepotřebuji náboženství!“. Ojedinelá pak byla reakce 53letého muže, který se považoval za „rozhodně věřícího“, ohledně příslušnosti ke konkrétní náboženské společnosti uvedl negativní odpověď a v závěrečné části dotazníku sdílel takovéto své přesvědčení (uvedeno bez korekcí): „Sympatie k new age – uděláš si boha podle svých představ. Proč věřit v něco, co stejně nedodržuji (desatero) a pomocí odpustků si mohu dovolit porušovat to, v co mám věřit. To raději satanskou bibli – dodržuj v to, co chceš, a ne v to, co ti určují jiní a ty s tím stejně nesouhlasíš.“

3.6.2 Výsledky dotazníku pro lékaře

Na průzkumu participovalo 30 účastníků. Úvodní dva dotazy byly opět směřovány na věk a pohlaví respondentů, z čehož bylo zjištěno, že se šetření zúčastnilo 13 lékařek (43,3 %) a 17 lékařů (56,7 %), průměr věku činil 40,5 roků a věkové rozmezí dotazovaných bylo 27 až 70 let. Rozložení respondentů dle věku zobrazuje Graf č. 11:

Graf č. 11: Složení respondentů dle věku - lékaři

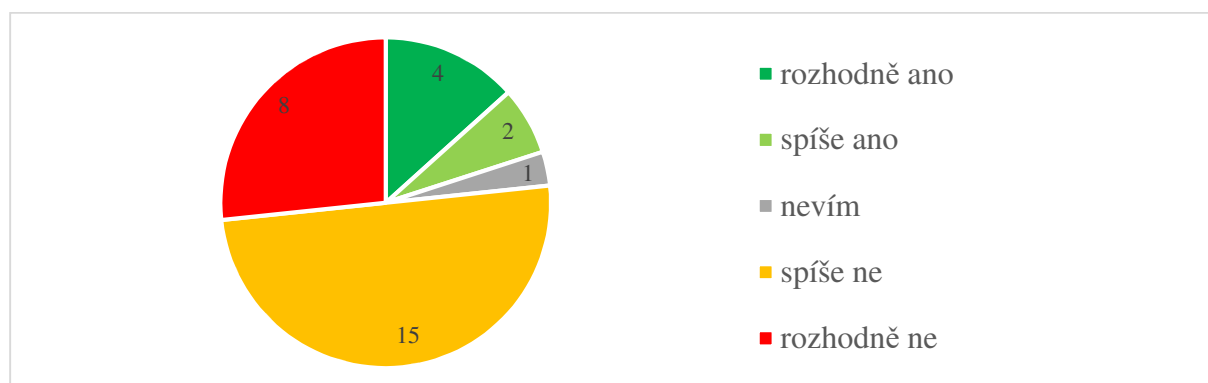


V první části dotazníku byli lékaři dotazováni na jejich víru a náboženství:

Otázka č. 3: Považujete se za věřícího člověka?

Ze zkoumaného souboru se za věřící považuje pouze pětina respondentů (N = 6; 20 %), 23 lékařů (76,6 %) odpovědělo na tuto otázku negativně, jedna osoba si není ohledně této záležitosti jistá. Přesné rozložení výsledků ohledně víry dotazovaných lékařů ukazuje Graf č. 12:

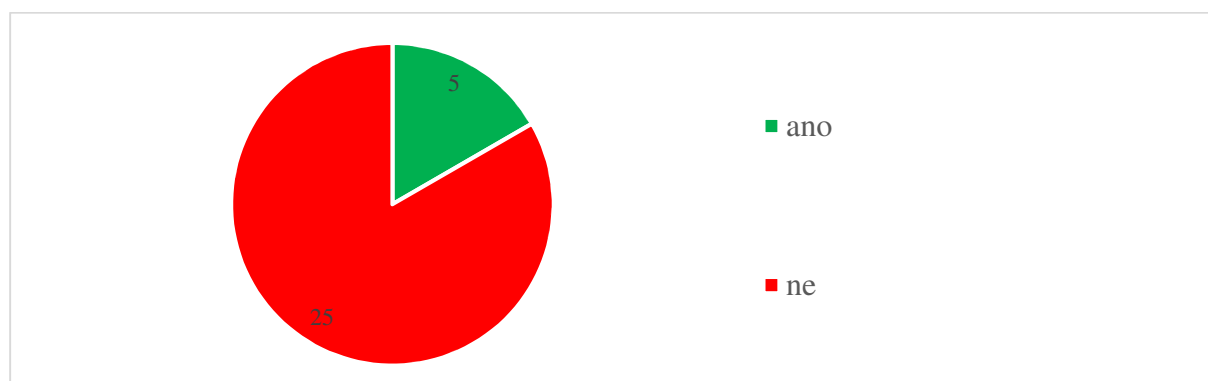
Graf č. 12: Považujete se za věřícího člověka?



Otázka č. 4: Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské společnosti?

K členství v určité církvi či náboženské společnosti se hlásí 5 z 30 účastníků průzkumu (16,7 %), všichni z těchto religiózních respondentů se také dle předchozí otázky „spíše“ nebo „rozhodně“ považují za věřícího člověka. Odpovědi na otázku ohledně příslušnosti k církvi zobrazuje Graf č. 13:

Graf č. 13: Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské společnosti?



Otázka č. 5: Pokud chcete, můžete při předchozí odpovědi „ano“ upřesnit, do které církve či náboženské společnosti patříte.

Možnosti odpovědět na tuto otázku využili 4 lidé, z nichž tři se hlásí k římskokatolické církvi. Jeden nevěřící respondent pak v tomto prostoru uvedl více nerozvedenou zkratku „NAP“; v tomto kontextu je obtížné její význam vysvětlit.

Další oddíl měl za cíl zhodnotit iniciativu a názory lékařů ohledně zjišťování spirituálních přesvědčení, hodnot a potřeb pacientů:

Otázka č. 6: Odebíráte pacientům (zejména v rámci vstupního vyšetření) také spirituální anamnézu nebo spirituální screening (tedy alespoň 1 otázku, která by se dala zařadit do spirituální anamnézy)?

V rámci tohoto dotazu byly doplněny příklady otázek, které mohou zaznít v rámci spirituální anamnézy (ve stejném znění, jako byly uvedeny při podobné otázce ve verzi dotazníku pro pacienty):

„Považujete se za věřícího člověka? Máte spirituální přesvědčení, hodnoty nebo praktiky, které Vám pomáhají se vyrovnat se stresem, obtížnou situací, nebo tím, čím procházíte právě nyní? Co dává Vašemu životu smysl?

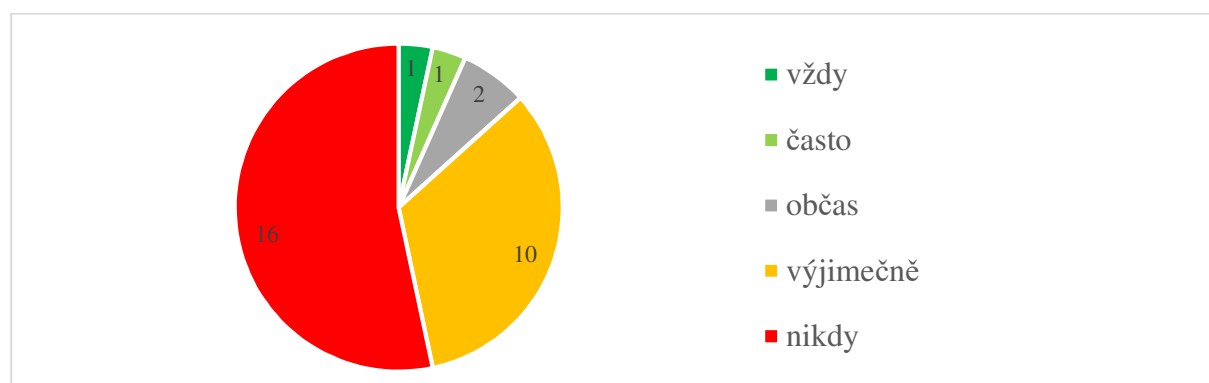
Jak důležitá je ve Vašem životě spiritualita? Jak ovlivňuje to, jak o sebe pečujete, zvláště v oblasti zdraví? Ovlivňuje Vaše spiritualita rozhodování o zdravotní péči?

Jste součástí nějaké církve nebo náboženské společnosti? Je pro Vás tato církev/náboženská společnost oporou a jak? Existuje nějaká skupina lidí, které máte opravdu rád/a nebo kteří jsou pro Vás důležití (například rodina, přátelé, zájmový spolek)?

Jak byste chtěl, abych já jako lékař zohledňoval Vaše spirituální hodnoty ve zdravotní péči o Vás?)“

Na rozložení odpovědí na tuto otázku je zřejmé, že odebírání spirituální anamnézy je u lékařů spíše ojedinělé. Pouze 1 respondent (3,3 %) se na spirituální oblast dotazuje každého svého pacienta, alespoň „často“ nebo „občas“ 3 účastníci studie (10 %), naopak třetina z nich (N = 10; 33,3 %) vznáší nějakou otázku na vyšetřovaného nemocného ohledně duchovní dimenze pouze výjimečně a více než polovina (N = 16; 53,3 %) zcela ponechává tuto doménu pacienta při anamnéze stranou. Tyto výsledky reflektuje Graf č. 14:

Graf č. 14: Odebíráte pacientům také spirituální anamnézu nebo spirituální screening?



Otázka č. 7: Jaké považujete za hlavní důvody pro lékaře neodebírat spirituální anamnézu či nezjišťovat pacientovy spirituální potřeby? Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou (pokud spirituální anamnézu běžně odebíráte).

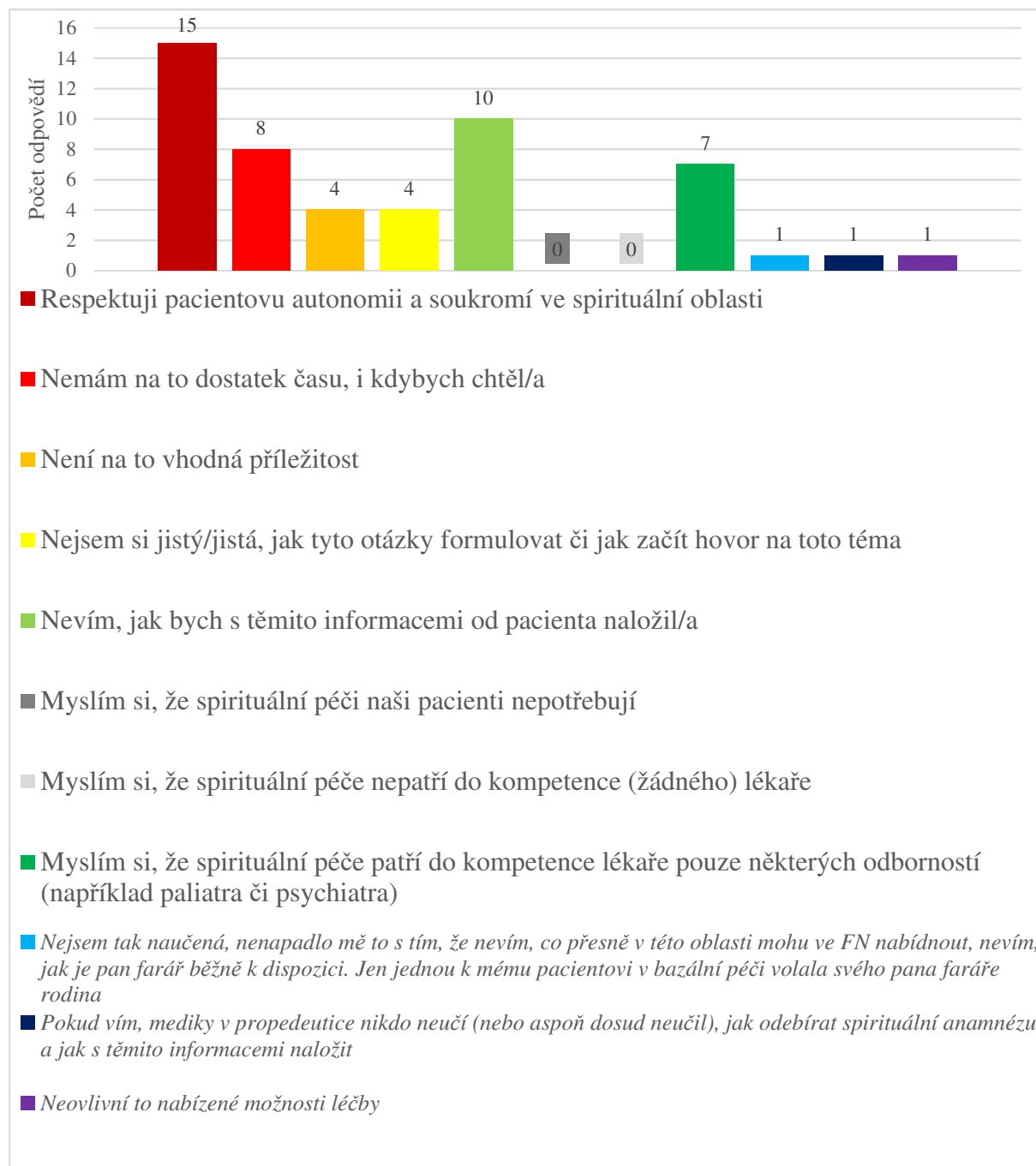
V rámci pátrání po podrobnějších příčinách absence provádění spirituální anamnézy u pacientů bylo v dotazníku navrženo 8 odpovědí a také ponechán otevřený prostor pro uvedení vlastních důvodů.

Z nabízených eventualit je pro celou polovinu lékařů rozhodující „respektovat pacientovu autonomii a soukromí ve spirituální oblasti“ (N = 15; 50 %). Velmi často mezi hlavními příčinami figurovala také nejistota, „jak s těmito informacemi naložit“ (N = 10; 33,3 %), nedostatek času (N = 8; 26,7 %) či názor, že „spirituální péče patří do kompetence lékaře pouze některých odborností (například paliatra či psychiatra)“ (N = 7; 23,3 %). Čtyřikrát respondenti uvedli možnost „není na to vhodná příležitost“ (13,3 %) a ve stejném počtu reflektovali svou nejistotu ohledně vhodné formulace otázek spirituální anamnézy či příhodného způsobu začátku hovoru na duchovní téma s pacientem. Naopak žádný z participantů nesdílí názor, že pacienti v jejich péči spirituální péči vůbec nepotřebují a že tato péče je zcela mimo kompetenci jakéhokoli lékaře.

3 respondenti pak vlastními slovy formulovali další důvody, proč lékaři neodebírají spirituální anamnézu. Odpovědi veskrze zrcadlí neuspokojivou edukaci a informovanost zdravotnického personálu: „Nejsem tak naučená, nenapadlo mě to s tím, že nevím, co přesně v této oblasti mohu ve FN nabídnout, nevím, jak je pan farář běžně k dispozici. Jen jednou k mému pacientovi v bazální péči volala svého pana faráře rodina.“ A dále: „Pokud vím, mediky v propedeutice nikdo neučí (nebo aspoň dosud neučil), jak odebírat spirituální anamnézu a jak s těmito informacemi naložit.“ Názor „Neovlivní to nabízené možnosti léčby“ pak zřejmě odráží pochybnost ohledně užitečnosti znalosti spirituality pacienta.

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku ohledně důvodů neodebírání spirituální anamnézy ukazuje Graf č. 15:

Graf č. 15: Jaké považujete za hlavní důvody pro lékaře neodebírat spirituální anamnézu či nezjišťovat pacientovy spirituální potřeby? (Kurzívou jsou v legendě označeny odpovědi, které definovali sami respondenti.)



Dále výzkum zkoumal zkušenost lékařů s (verbálním či nonverbálním) vyjádřením spirituálních potřeb pacientem:

Otázka č. 8: Obrátil se na Vás někdy pacient s otázkou či prosbou týkající se jeho spirituálních potřeb? Nebo řešili jste někdy u pacienta spirituální tíseň (například ztráta smyslu, beznaděje a zoufalství, pochybnosti pacienta a jeho víře a systému hodnot)?

Ukázalo se, že řešení problémů týkající se spirituální dimenze pacienta není pro dotazované lékaře zcela neobvyklé; s duchovní doménou nemocných se potýkal každý druhý respondent (odpověď „ano“: N = 15; 50 %).

Závěrečná otázka průzkumu se týkala zvyklostí účastníků šetření ohledně nabídky návštěvy nemocničního kaplana pacientům:

Otázka č. 9: Informujete pacienta o možnosti návštěvy nemocničního kaplana? Lze zvolit i více (vzájemně si neodporujících) možností.

U této otázky byla opět uvedena řada možných odpovědí a ponecháno dodatečné místo ke sdílení vlastních zkušeností.

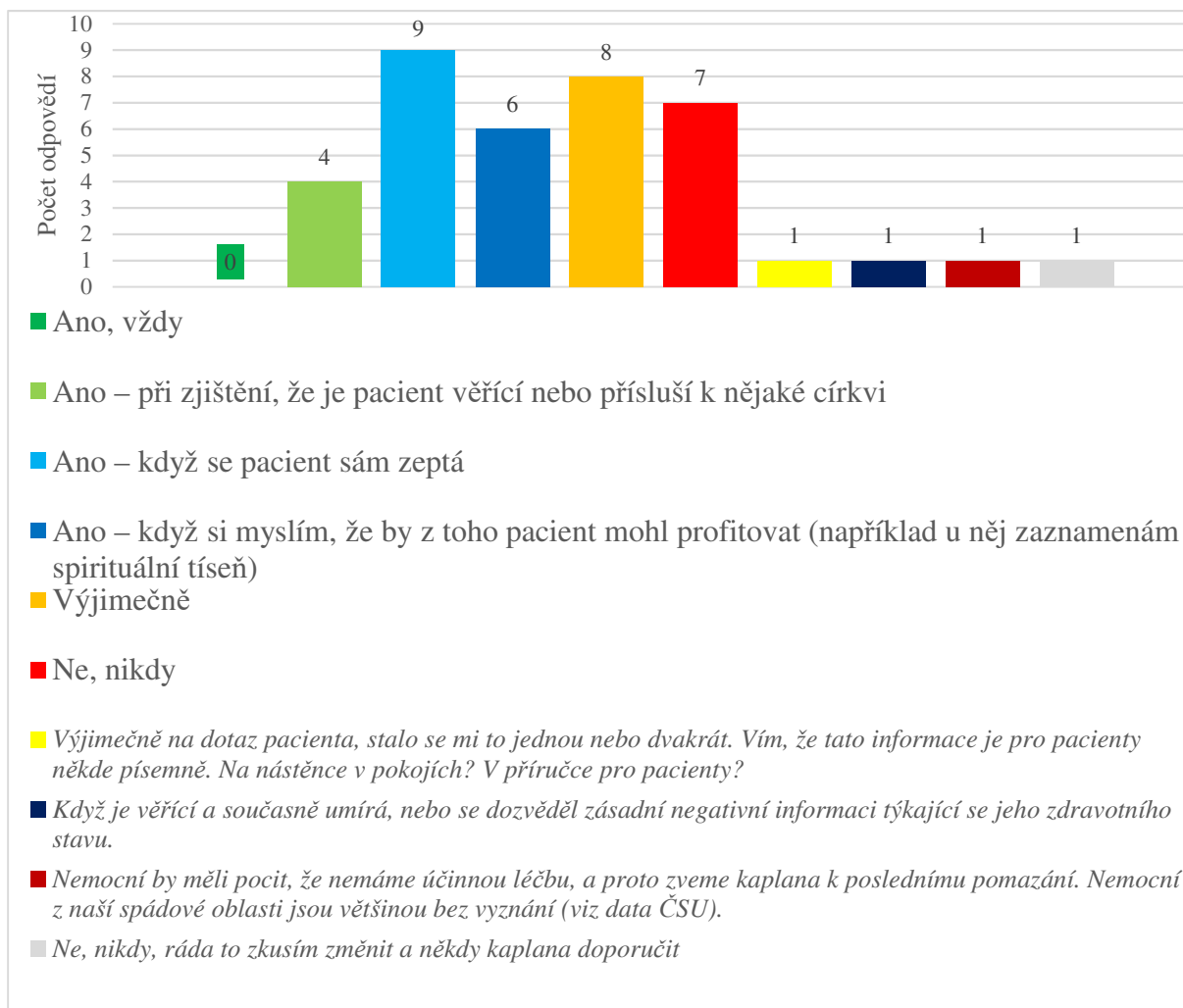
Ačkoli žádný z tázaných neinformuje své pacienty o možném využití služby nemocničního kaplana pokaždé a polovina lékařů tuto informaci poskytuje pacientům „výjimečně“ nebo „nikdy“ (N = 15; 50 %), podmíněčné oznámení o možné návštěvě kaplana u nemocného nebývá dle výsledků úplně výjimkou. Jako předpoklad uvádění této informace je uváděna nejčastěji iniciativa pacienta, jak sdělilo 9 respondentů (30 %), dále je za klíčovou považována rozvaha lékaře ohledně užitečnosti takovéto návštěvy, tedy když si lékař „myslí, že by z toho pacient mohl profitovat (například u něj zaznamená spirituální tíseň)“ (N = 6; 20 %) a také „při zjištění, že je pacient věřící nebo přísluší k nějaké církvi“ (N = 4; 13,3 %).

Předem nabízené možnosti doplnily také individuální reakce účastníků šetření. Některé z nich reflektují zřejmě rozšířený předpoklad, že se služba kněze (či jiného duchovního) v nemocnici omezuje na udílení svátosti pomazání nemocných (dříve označované za „poslední pomazání“) pacientům v terminálním stavu: Pacienta daný lékař informuje o možnosti návštěvě nemocničního kaplana, „když je věřící a současně umírá nebo se dozvěděl zásadní negativní informaci týkající se jeho zdravotního stavu.“ Podobně zaznívá i poznámka dalšího respondenta: „Nemocní by měli pocit, že nemáme účinnou léčbu, a proto zveme kaplana k poslednímu pomazání. Nemocní z naší spádové oblasti jsou většinou bez vyznání (viz data ČSÚ).“

Vyskytly se však i odpovědi, u kterých je více či méně zřejmá otevřenost ke změně vlastní praxe: „Výjimečně na dotaz pacienta, stalo se mi to jednou nebo dvakrát. Víím, že tato informace je pro pacienty někde písemně. Na nástěnce v pokojích? V příručce pro pacienty?“ či „Ne, nikdy, ráda to zkusím změnit a někdy kaplana doporučit.“

Jednotlivé výsledky zobrazuje Graf č. 16:

Graf č. 16: Informujete pacienta o možnosti návštěvy nemocničního kaplana? (Kurzívou jsou v legendě označeny odpovědi, které definovali sami respondenti.)



3.7 Diskuze

Praktická část textu figurovala jako pilotní výzkum ke zkoumanému tématu reflektovaném v teoretické části a usilovala o zhodnocení současné praxe poskytování spirituální péče lékařem hospitalizovaným pacientům se závažným onemocněním.

K získání informací bylo provedeno kvantitativní dotazníkové šetření mezi hematologickými a hematonekologickými pacienty a jejich lékaři. Byly získány odpovědi od 37 hospitalizovaných nemocných a 30 lékařů. Věkové rozmezí pacientů bylo 37 až 82 let s průměrným stářím 63 let, což je mírně nižší hodnota než střední věk nemocných při diagnóze hematologické malignity (pro non-Hodgkinovy lymfomy je to 68 let, pro leukémie a mnohočetný myelom 70 let; pacienti s Hodgkinovým lymfomem s průměrným věkem při

diagnóze 47 let jsou až na výjimky léčení ambulantně).¹⁵⁰ Tato odchylka mohla vzniknout menším zastoupením starších pacientů, kteří například nebyli schopni dotazník vyplnit či kvůli vyšší míře zdravotních obtíží vyplnění tiskopisu odmítli.

U lékařů byl přirozeně průměrný věk nižší, a to 40,5 roků, s více než polovinou respondentů (N = 19; 63,3 %) ve věku 27-45 let.

Tento nižší střední věk respondentů v obou studovaných souborech může být příčinou mírného zkreslení ve smyslu oslabeného zájmu o spirituální oblast oproti starší populaci, jak to ilustrují i údaje z literatury: Existenciálními, světonázorovými a specificky náboženskými otázkami se dle průzkumů zabývají ve zvýšeném rozsahu mladí lidé do 20.-25. roku života a potom lidé od 55 či 60 let výše. Naopak nejméně pozornosti je tomuto „světu nitra“ věnováno ve středním věku, tedy v době, kdy je člověk nejvýkonnější, má zpravidla nejvíce praktických starostí (bydlení, materiální zabezpečení rodiny, výchova dětí), kdy buď usiluje o svůj profesní růst, nebo ho plně realizuje.¹⁵¹ Také tzv. Psychometrická analýza škály každodenní spirituální zkušenosti (Daily Spiritual Experience Scale, DSES), realizovaná v České republice na vzorku 1800 respondentů, prokazuje vyšší spiritualitu (zvláště prožívání vztahu s Bohem) se zvyšujícím se věkem. Toto zjištění si autoři studie vysvětlují tím, že Češi v seniorském věku mohli procházet intenzivnější náboženskou výchovou než mladší kohorty. Svou roli může také hrát tendence využívat víru jako zvládací mechanismus, který není v sekulární společnosti „potřebný“, dokud mají respondenti jiné možnosti. Stáří (a s ním spojený úbytek sil), zdravotní potíže a klesající možnost kontroly nad vlastním životem může alternativní zvládací mechanismy oslabovat a náboženství tak může získávat na důležitosti.¹⁵²

Zvláštním fenoménem, kterého se také dotazníková studie dotkla, je odlišnost chápání pojmů „víra“ a „náboženství“. U obou skupin respondentů (více však u pacientů než u lékařů) je patrné, že ne každý, kdo se považuje za *věřícího* člověka, se rovněž hlásí k některému konkrétnímu náboženství. Šířeji se tímto tématem zabývá například Tomáš Halík, kdy pojem *víra* spojuje s volbou, osobním rozhodnutím, svobodnou odpovědí na povolání – a vydání se na cestu. *Náboženství* pak pojímá jako antropologický a kulturní jev; zároveň však uvádí

¹⁵⁰ Novotvary 2018 ČR: Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 2021, s. 269-303 [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>

¹⁵¹ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 39. Bibliotheca theologica.

¹⁵² MALIŇÁKOVÁ, Klára et al. Psychometrická analýza škály každodenní spirituální zkušenosti (DSES) v českém prostředí. *Československá psychologie* [online]. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2018, LXII(Supplement 1), 100-113 [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/331772743_PSYCHOMETRICKA_ANALYZA_SKALY_KAZDODENNI_SPIRITUALNI_ZKUSENOSTI_DSES_V_CESKEM_PROSTREDI

i teologickou perspektivu, ve které ukazuje potenci náboženství k otevřenosti této přirozené sféry, lidské kultury, pro Boží působení.¹⁵³ V naší společnosti může hrát roli také nikoliv výjimečná představa církve jako čistě lidské, rigidní a často chybné instituce. Hlubší analýza příčin tohoto „napětí mezi náboženstvím a vírou“¹⁵⁴ však přesahuje možnosti této bakalářské práce.

V rámci zhodnocení splnění hypotéz je postupováno od konkrétních výpovědí (hypotézy č. 2-8), které reflektují výsledky jednotlivých otázek dotazníkového šetření, k obecnému závěru reprezentovaném hlavní hypotézou.

Hypotéza č. 2: Pacienti většinou nepovažují spirituální potřeby za důležité.

Jak bylo uvedeno výše, ve zkoumaném vzorku nemocných převažovaly pouze nepatrně odpovědi ve smyslu této hypotézy oproti pozitivním reakcím (v nichž respondenti svou spiritualitu chápali ve svém životě jako „rozhodně“ nebo „spíše“ důležitou) a tato hypotéza tedy nemůže být jednoznačně potvrzena ani vyvrácena. Je možné, že k jednoznačnějšímu výsledku bychom mohli dojít zkoumáním názorů většího počtu nemocných.

Hypotéza č. 3: Pacienti se obvykle nesetkávají se zjišťováním jejich spirituálních potřeb v nemocnici (od lékaře/jiného personálu).

Dle odpovědí na otázku relevantní této hypotéze je zkušenost pacientů s tázáním na jejich spirituální potřeby zcela minimální, a to jak ze strany lékaře (se spirituální anamnézou/screeningem se setkala pouze 16,2 % respondentů), tak ještě méně ze strany jiných pracovníků (5,4 % dotazovaných), hypotézu tedy potvrzujeme.

Hypotéza č. 4: Pacienti většinou nečekají, že se lékař bude zabývat jejich spirituálními potřebami.

Ukázalo se, pacienti ani zájem o jejich spiritualitu v nemocničním prostředí obvykle neočekávají, pouze 7 nemocných (18,9 %) taková možnost nepřekvapuje. I tuto hypotézu tedy lze potvrdit.

¹⁵³ HALÍK, Tomáš. *Co je bez chvění, není pevné: labyrintem světa s vírou a pochybností*. Praha: Lidové noviny, 2002, s. 123-142.

¹⁵⁴ Tamtéž, s. 9.

Hypotéza č. 5: Pacienti si většinou nepřejí rozebírat spirituální témata s lékařem.

Dalším zkoumaným tématem byla otevřenost nemocných vůči poskytování duchovní péče lékařem v nemocnici. V dotazníku bylo v rámci tohoto tématu zohledněno pouze explicitní přání pacientů ohledně rozvinutí některého ze spirituálních témat společně s lékařem, kdy naprostá většina nemocných (67,5 %) se staví k této možnosti odmítavě. Můžeme tedy danou hypotézu potvrdit. Je však otázkou, zda by respondenti vyjádřili větší vstřícnost k některé jiné formě obecné spirituální péče, jak bylo popsáno v kapitole o základních atributech poskytování duchovní péče pacientům: například k autentické přítomnosti lékaře, aktivnímu naslouchání, dotyku, podpoře vztahu k sobě samému, k druhým lidem a k „Posvátnému zdroji“, otevřenost k modlitbě či některé z podob arteterapie (v širokém smyslu slova). K hlubšímu rozboru této problematiky ohledně názorů pacientů by však byla nutná zevrubná edukace příjemců spirituální péče o tom, co všechno tato činnost může zahrnovat.

Hypotéza č. 6: Pacienti si většinou nepřejí návštěvu nemocničního kaplana.

I v případě přijetí návštěvy nemocničního kaplana se můžeme setkávat s podobnou limitací jako u předchozí hypotézy, tedy informovanosti pacientů k danému tématu. Přestože stručné vysvětlení služby nemocničního kaplana bylo v rámci dané otázky formulováno, je velmi pravděpodobné, že v dnešní sekulární společnosti stále existují určité předsudky ohledně činnosti duchovního v nemocnici; obecně se předpokládá, že je určen povětšinou pro službu příslušníkům vlastního náboženského směru a k udělování svátostí. I zde je proto žádoucí a potřebná náležitá edukace pacientů, ale také zdravotnického personálu.

Přesto jeden z respondentů, který byl „rozhodně pro“ kaplanovu návštěvu, doplnil svou odpověď ještě přípisem „když je nuda, pokecáte s každým“, lze tedy již ve vnímání možné návštěvy kaplana pacienty tušit určitý pozitivní posun. Je pravda, že nemocniční kaplan kromě svého speciálního vzdělání obvykle disponuje i větším časovým prostorem pro hovor s nemocnými než zdravotnický personál, což pak také například umožňuje přejít z nezávazné konverzace ke hlubším spirituálním tématům.

Se zřetelem k výše uvedeným výhradám t.č. nedovolují výsledky dotazu na přijetí návštěvy nemocničního kaplana (pro danou možnost je 14 respondentů, 37,8 %; proti je 18 z nich, 48,6 %) hypotézu potvrdit ani vyvrátit, opět by zřejmě bylo přínosné aplikovat dotaz na větší vzorek respondentů a možná detailněji popsat šíři pole kaplanské služby.

Jako doplnění představy ohledně současného vztahu pacientů k nemocničnímu kaplanovi lze dále považovat otázku ohledně ochoty nemocných otevřít s duchovním hovor o spirituálních tématech. Zde dle výše uvedených výsledků přetrvává spíše zdrženlivý postoj: Neutrální přístup zaujalo 7 nemocných (18,9 %), negativní 20 pacientů (54 %).

Hypotéza č. 7: Lékaři obvykle nezjišťují spirituální potřeby pacientů.

Z výsledků šetření je zřejmé, že ač se s duchovní dimenzí pacienta setká každý druhý tázaný lékař (viz otázka č. 8 v dotazníku pro lékaře), aktivně odebíraná anamnéza ohledně spirituálních potřeb je opravdu lékaři v současné době opomíjená: 86,6 % z nich (26 účastníků studie) se ptá na duchovní stránku nemocných pouze „výjimečně“ nebo „nikdy“. Hypotézu tedy můžeme potvrdit.

Náš výzkum pak dále zjišťoval důvody tohoto zjištění, jak je analyzováno v sekci Výsledky a interpretace. Zde pouze zdůrazňeme, že hlavní příčinou absence zjišťování spirituálních potřeb pacientů zůstává u lékařů přesvědčení (zastávané celou polovinou tázaných), že spirituální oblast jedince je zcela soukromou oblastí, která je v profesionálním vztahu lékař-pacient jakýmsi tabu.

Hypotéza č. 8: Lékaři málo nabízejí možnost služby nemocničního kaplana.

Pokud budeme vycházet z ideální situace, kdy každý pacient je informován o možnosti návštěvy nemocničního kaplana, je mu tato možnost nabídnuta aktivně a lékař je ochotný a kompetentní k diagnostice situace, kdy spirituální distres či potřeba pacienta vyžaduje duchovní službu kaplana, musíme konstatovat, že aktivita lékařů je v této oblasti zatím spíše nedostatečná: Žádný z respondentů nezpravuje o pastorační službě kaplana všechny své pacienty, alespoň polovina lékařů (15 respondentů) takto neinformuje „nikdy“ nebo pouze „výjimečně“ (ještě další z lékařů se pak do této skupiny počítá také, s přípisem „nemocní by měli pocit, že nemáme účinnou léčbu“), 14 z nich (46,6 %) až při existenci jedné nebo více z okolností uvedených v dotazníku (pacient se zeptá sám, je věřící nebo je rozpoznána spirituální tíseň). Za těchto předpokladů hypotézu potvrzujeme.

Na druhé straně je potřeba připustit, že nelze vkládat zodpovědnost za informovanost pacienta v této oblasti pouze na bedra lékařů. Obvykle je zpráva o možném využití pastorační péče ve zdravotnickém zařízení uvedena v „domácím řádu“, na který je pacient odkazován zdravotní sestrou, která provádí sesterský příjem pacienta.

Je také nutné vzít v potaz situaci v konkrétní nemocnici. Například na zkoumaném pracovišti (Fakultní nemocnice Hradec Králové) jsou dle informace na webových stránkách¹⁵⁵ trvale ustanoveni jako nemocniční kaplani dva římskokatoličtí kněží a jeden jáhen, nadto přicházejí i duchovní jiných církví (farář Českobratrské církve evangelické, biskup Církve

¹⁵⁵ Pastorační péče. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/pece-o-pacienty/pastoracni-pece>

československé husitské a pravoslavný kněz), v jiných zdravotnických zařízeních však může tato služba i zcela chybět.

Hypotéza č. 1: Poskytování spirituální péče lékařem pacientům v nemocnici je v současnosti neobvyklé.

Pro zhodnocení hlavní hypotézy je nyní třeba shrnout naplnění hypotéz vedlejších (č. 2 až 8). Lze konstatovat, že pacienti se obvykle nesebkávají se zjišťováním spirituálních potřeb (hypotéza č. 3), tuto možnost obvykle také nečekají (hypotéza č. 4) a zpravidla si ani nepřejí odkrývat svou spirituální stránku lékařům (hypotéza č. 5). Nelze však s jistotou tvrdit, že by pro nemocné byla jejich spirituální stránka nedůležitá (hypotéza č. 2) a že by striktně odmítali setkání s nemocničním kaplanem (hypotéza č. 6); tyto výroky však nelze na základě zjištění našeho průzkumu ani negovat. Potvrzení hypotéz č. 7 a 8 indikuje, že lékaři nejsou navyklí odebírat od nemocných spirituální anamnézu a nemocničního kaplana kontaktují jenom v malé míře. Na základě těchto dílčích poznatků můžeme tedy vyvodit, že ze zkušenosti dotazovaných pacientů i lékařů je diagnostika spirituality a spirituálních potřeb, která je základem cílené a individualizované duchovní péče, aktuálně málo rozšířenou záležitostí. Také návaznost na speciální spirituální službu zatím poněkud pokulhává. Celkově tedy uvedené výsledky svědčí pro potvrzení hlavní hypotézy, tedy že poskytování spirituální péče lékařem pacientům v nemocnici je v současnosti zatím spíše neobvyklé – i když se zde vyskytují jistá omezení daná průzkumem provedeným na jednom pracovišti s úzkým spektrem pacientů a limitovanými indikátory poskytování spirituální péče.

3.8 Doporučení do praxe

Jak ukázaly výsledky empirické části této bakalářské práce, spirituální péče je dosud v našich podmínkách nedocenenou a spíše opomíjenou složkou podpory pacienta. Otevírá se zde však široké pole možností, jak zaměřením na tuto dimenzi nemocného zlepšit celkovou kvalitu jeho života.

Koncepčně to znamená důraz na tři dílčí aspekty implementace spirituální péče o nemocného, jak bylo popsáno v teoretické části: zvyšování postojových a osobnostních kvalit lékařů, profesionální znalosti a dovednosti ohledně uplatnění jednotlivých atributů poskytování duchovní péče nemocným a aktivní spolupráce s dalšími odborníky, zvláště s nemocničním kaplanem.

Ze zkušenosti se zaváděním paliativní péče předpokládáme, že i zde se jedná o „běh na dlouhou trať“. Průnik duchovní roviny do péče o pacienta však začíná u konkrétních opatření, kde můžeme uvést několik návrhů:

1. Často v odpovědích přímo či nepřímo zaznívala potřeba náležité edukace v oblasti paliativní i spirituální péče. Proto by bylo na prvním místě vhodné školení nebo vzdělávání lékařů ohledně poskytování obecné paliativní péče včetně její spirituální složky, dále zdůraznění přínosu spirituální péče pro pacienty i lékaře, zahrnutí spirituální diagnostiky (alespoň základního spirituálního screeningu) do péče o nemocné s život ohrožujícím onemocněním a také práce na komunikačních dovednostech.

2. Přínosná by byla i podobná edukace už v rámci pregraduální výuky na lékařských fakultách, včetně zahrnutí základních otázek na spiritualitu a víru pacienta do anamnézy v rámci lekcí interní propedeutiky.

3. Větší integrace odborníků do spirituální péče může zahrnovat obdobnou činnost zaměřující se na informovanost zdravotnického personálu či osobní iniciativu samotných kaplanů (dobrá zkušenost je s aktivní návštěvou nemocničního kaplana na vybraných odděleních, kde se dotazuje sester či lékařů na pacienty, kteří by dle jejich posouzení profitovali ze služby kaplana). Jednoduchým opatřením může být také prosté vytvoření informačního letáčku o pastorační péči v nemocnici (s kontakty na duchovní) distribuovaným na každý nemocniční pokoj či přímo do ruky jednotlivým pacientům.

4. ZÁVĚR

Téma umírání a smrti není v současné společnosti příliš populární. Ani pro lékaře či jiné zdravotníky, kteří se se skutečností smrti (ať už reálné či potenciální) setkávají takřka denně, nepředstavuje toto téma prostor, ve kterém by se pohybovali s jakousi profesionální lehkostí. Změnu do této oblasti se snaží přinést paliativní péče, která usiluje o celostní, komplexní pohled na vážně nemocného a umírajícího člověka, s jeho fyzickou, psychickou, sociální i spirituální stránkou.

Ačkoliv paliativní péči jako samostatnému oboru se v českém zdravotnictví podařilo více méně již etablovat, její spirituální složce stále není věnován dostatečný prostor. Cílem této bakalářské práce bylo charakterizovat, jaká je role lékaře, zvláště lékaře věřícího, v poskytování spirituální podpory jako součásti paliativní péče o nemocného a umírajícího a prozkoumat současný stav realizace duchovní péče pacientům ze strany lékaře u nás.

Na požadavek zabývat se spiritualitou pacienta je kladen profesionální i morální apel, neboť obecnou paliativní péči (tedy i s její duchovní složkou) by měl umět poskytovat každý lékař v rámci své rutinní praxe. Už v etickém vzdělávání mediků je kladen důraz na to, že je třeba léčit ne partikulárně samotnou nemoc, ale celého nemocného člověka.

Teoretický oddíl bakalářské práce proto může figurovat jako odrazový můstek pro lékaře, kteří chtějí k umírajícím pacientům přistupovat celostně a komplexně, tedy reagovat i na jejich spirituální potřeby.

S tímto zřetelem začalo teoretické pojednání zamyšlením, jak spirituální a křesťanský pohled na smrt a umírání může přispět k vyrovnání se s konečností vlastního života.

Dále bylo ukázáno, že spirituální dimenzi lze považovat za nedílnou součást každé lidské osobnosti, i když jí v životě jedince nemusí být vždy věnována velká pozornost. Obrat v této oblasti však může nastat s příchodem vážné nemoci či s blížícím se koncem života a poté může duchovní stránka pacienta vyžadovat zvláštní pozornost ze strany pečujících osob. Je tedy důvodné předpokládat, že péči o tuto oblast může potřebovat nejen věřící pacient, ale i (a možná tím více) nevěřící.

Nastíněn byl též možný pozitivní i negativní vliv víry na nemocného.

Následně byl předestřen možný přínos věřícího lékaře v rámci poskytování spirituální péče, a to jednak ve větší pozornosti vůči této dimenzi u nemocných, jednak porozuměním svému povolání jako službě lásky samotnému trpícímu Kristu. V neposlední řadě představuje určitý benefit jak pro pacienty, tak pro samotného lékaře jeho modlitba vyvěrající z osobního

vztahu s Bohem. Ačkoli své pacienty z respektu k jejich svobodě neevangelizuje přímo, svým postojem lásky jim přesto může *radostnou zvěst* přinést.

Teoretická část se také snažila přinést hlubší porozumění spirituálním potřebám vážně nemocných a umírajících pacientů a představila možné způsoby jejich diagnostiky. Na to navázal návrh různých postupů, jak spirituální péči o pacienty konkrétně realizovat.

Jistým omezením teoretického pojednání o tématu umírání z pohledu věřícího lékaře byl paradoxně jeho široký záběr; mnohá témata zde mohla být pouze nastíněna a jejich podrobný rozbor by zasluhoval větší prostor či samostatné zpracování (například konceptualizace pojmů spiritualita, víra či náboženství a analýza jejich vzájemného vztahu).

Výzkum v rámci praktické části bakalářské práce byl z důvodů uvedených v úvodu stati zaměřen na skupinu nemocných s život ohrožující nemocí, a to specificky na hematologické pacienty. Limitaci empirické části práce pak představoval jednak omezený počet respondentů, jednak jejich struktura (hematologičtí pacienti a lékaři z jednoho zdravotnického zařízení), což nedovoluje zobecnit výsledky šetření na celou populaci pacientů s vážnou chorobou a jejich lékaře. Pro tento účel by bylo jistě přínosné rozšířit bádání na další relevantní pracoviště a také na skupinu ambulantních pacientů. Zajímavé informace by také mohl přinést širší průzkum ohledně spirituality samotných lékařů.

Výsledky dotazníkového šetření potvrdily hlavní hypotézu, že poskytování spirituální péče lékařem pacientům v nemocnici je v současnosti stále neobvyklé (alespoň tedy v rámci zkoumaného vzorku) a diagnostika spirituálních potřeb je (dle vyjádřených zkušeností pacientů i lékařů) nedocenená. Otevírá se zde proto velký prostor pro vzdělávání a nácvik dovedností související s duchovní péčí o pacienty, jak bylo formulováno v doporučeních pro praxi vycházejících z výsledků provedeného průzkumu.

Jistou bariérou v poskytování spirituální péče a v ochotě k edukaci v této oblasti může být nicméně také vyslovený či nevyslovený názor nemocných i lékařů, že spiritualita je soukromá záležitost, která v profesionálním vztahu lékař-pacient nemá své místo. Je otázkou, jakým způsobem a do jaké míry lze docílit, aby byl dostatečně doceněn vliv spirituality na celkové zdraví. I zde se proto nabízí možnost dalšího bádání.

Souhrnně můžeme konstatovat, že se na otázky vznesené v úvodu podařilo v této práci alespoň parciálně odpovědět: Duchovní dimenzi pacienta (zvláště vážně nemocného či umírajícího) má i lékař věnovat patřičnou pozornost a poskytovat spirituální péči dle jeho aktuálních potřeb. Věřící lékař pak nemocným může prokázat největší službu svým postojem a chováním, kterým se snaží zrcadlit samotného Krista.

5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

5.1 Tištěné zdroje

BENEDIKT XVI. *Deus caritas est: encyklika nejvyššího pontifika Benedikta XVI. biskupům, kněžím a jáhnům, Bohu zasvěceným osobám a všem věřícím laikům o křesťanské lásce*. Praha: Paulínky, 2006. ISBN 80-86949-03-6.

BENEDIKT XVI. *Eschatologie: smrt a věčný život*. Třetí, přešlédnuté vydání. Brno: Barrister & Principal, 2017. ISBN 978-80-7364-060-6.

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona: český ekumenický překlad. 13. vyd., (4. opr. vyd.). Praha: Česká biblické společnost, 2007. ISBN 978-80-85810-56-1.

Blázni pro Boha: řeholní život v České republice. Olomouc: Konference vyšších představených ženských řeholí, 2016. ISBN 978-80-270-0301-3.

BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 2013. Cesty (Vyšehrad). ISBN 978-80-7429-134-0.

DE FIORES, Stefano a Tullo GOFFI. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. ISBN 80-7192-338-9.

FRANKL, Viktor E. *Man's Search For Meaning*. British Paperback Edition. London: Random House/Rider, c2008. ISBN 978-1-84-604124-2.

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

FRÝVALDSKÝ, Pavel. Editorial. *Communio: Mezinárodní katolická revue*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 16(4). ISSN 1211-7668.

FRÝVALDSKÝ, Pavel. Teologie smrti a „ars moriendi“ podle Josepha Ratzingera. *Communio: Mezinárodní katolická revue*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 16(4). ISSN 1211-7668.

HALÍK, Tomáš. "Poslední věci" v křesťanské tradici. In: ONDRAČKA, Lubomír, Luboš KROPÁČEK, Tomáš HALÍK, Milan LYČKA a Marek ZEMÁNEK. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2017, s. 71-78. ISBN 978-80-88126-22-5.

HALÍK, Tomáš. *Co je bez chvění, není pevné: labyrintem světa s vírou a pochybností*. Praha: Lidové noviny, 2002. ISBN 978-80-7106-628-6.

- HELLER, Jan a Milan MRÁZEK. *Nástin religionistiky: uvedení do vědy o náboženstvích. 2.*, rev. vyd. Praha: Kalich, 2004. Studijní texty (Kalich). ISBN 80-7017-721-7.
- HRDLIČKOVÁ, Lucie a Michal KOUBA. Porozumění prognóze pacientem začíná prognostickým uvědoměním lékaře. *Paliativní medicína: Časopis České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. 2022, 3(2), s. 33-41. ISSN 2695-1495.
- HRDLIČKOVÁ, Lucie a Michal KOUBA. Zápis konzilia nemocničního paliativního týmu. *Paliativní medicína: Časopis České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. Bratřínov: Centrum pro rozvoj paliativní péče, 2(2), s. 1-8. ISSN 2695-1495.
- CHROBÁK, Ladislav. *Propedeutika vnitřního lékařství: nové, zcela přepracované vydání doplněné testy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1309-0.
- JAN PAVEL II. *Salvifici doloris: apoštolský list Jana Pavla II. O křesťanském smyslu lidského utrpení z 11. února 1984*. Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-151-2.
- KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 8. vyd., V SPN vyd. 3. - rozš. a dopl. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7235-446-7.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- L. Boff, L'Esperienza di Dio oggi, Assisi, Citadella 1975, cit. čl., 174-175. In: DE FIORES, Stefano a Tullo GOFFI. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. ISBN 80-7192-338-9.
- MATĚJEK, Jaromír. Rozhodování na konci života. Co mám dělat, abych byl právně nenapadnutelný? In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022, s. 298-303. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3411-3.
- MORAVEC, Martin. Spirituální péče ve službě důstojnosti v medicíně. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022, s. 305-313. ISBN 978-80-271-3411-3.
- MÜLLER, Gerhard Ludwig. *Dogmatika pro studium i pastorači*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. Teologie (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-259-6.

- OPATRŇÝ, Aleř. Pěče o existenciální a spirituální potřeby pacienta. In: SZONOWSKÁ, Barbora et al. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxdorf, 2019. Jessenius. ISBN 978-80-7345-603-0.
- OPATRŇÝ, Aleř. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.
- Pastorální konstituce o církvi v dneřním světě Gaudium et spes. In: *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 176-265. ISBN 80-7192-38-5.
- PLZÁK, Michal a Lucie VOPÁLENSKÁ. *Pro smrt uděláno: živé rozhovory o posledních věcech*. Praha: Kalich, 2021. ISBN 978-80-7017-298-8.
- REMEŠ, Prokop a Alena HALAMOVÁ. *Nahá žena na střeře: Bible a psychoterapie. 2. rozřířené vydání*. Pompei, 2013. ISBN 978-80-905580-0-7.
- RICEUR, Paul. *O sobě samém jako o jiném*. Praha: OIKOYMENH, 2016. Knihovna novověké tradice a současnosti. ISBN 978-80-7298-438-1.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.
- SLÁDEK, Karel a Pavel Vojtěch KOHUT. "Otče, oslav své jméno" (Jan 12,28): Teologicko-pastorační podněty pro duchovní prožívání stáří a umírání. *Communio: Mezinárodní katolická revue*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 16(4), 79-98. ISSN 1211-7668.
- SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-966-3.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi. 2., nezměn. vyd.* Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SMÉKAL, Vladimír. *Psychologie duchovního života*. Brno: Cesta, 2017. ISBN 978-80-7295-221-2.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2022. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3242-3.
- SPAEMANN, Robert. Umírání v dneřní době. *Communio: Mezinárodní katolická revue*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 16(4), s. 99-101. ISSN 1211-7668.
- SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.

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

ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013. ISBN 978-80-7017-197-4.

Tým Centra paliativní péče a tým nadačního fondu Abakus. *8 doporučení pro začínající paliativní týmy v nemocnicích: Inspirováno zkušenostmi pilotního programu nadačního fondu Abakus*. Praha: Abakus, 2022. ISBN nevedeno.

VÁCHA, Marek. Předmluva. In: SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 9-10. ISBN 978-80-247-4107-9.

Věřoučná konstituce o církvi Lumen gentium. In: *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 29-100. ISBN 80-7192-38-5.

VOLANDES, Angelo E. *Umění rozhovoru o konci života*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-60-7.

WEISMAYER, Josef. *Život v plnosti: Dějiny a teologie duchovního života*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994. ISBN 80-85527-52-9.

5.2 Elektronické zdroje

Arteterapie. *Psychiatrická nemocnice v Dobřanech* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.pnvd.cz/pro-pacienty/arteterapie>

Data z výzkumů Cesty domů o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. *Umírání.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Praha: Cesta domů, 2015 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data#uvazovani-rozhodovani>

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví. *Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice* [online]. 2019 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zakladni-dokumenty-dohoda-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi-5d2c75e066f5f.pdf>

Etický kodex nemocničního kaplana. *Asociace nemocničních kaplanů* [online]. 2022 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: https://www.nemocnicnikaplan.cz/cs/wp-content/uploads/2022/07/Etic_kodex_2022.pdf

Klienti oddělení sociálních lůžek se setkávají při muzikoterapii. *Nemocnice Třinec* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.nemtr.cz/index.php/cs/aktivity-na-oddeleni/690-muzikoterapie-2>

Náboženská víra. *Sčítání 2021* [online]. Český statistický úřad [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/nabozenska-vira>

Novotvary 2018 ČR: Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 2021 [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>

Pacienti na psychiatrii zpívají i tančí. *Nemocnice Pardubického kraje* [online]. 2017 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.nempk.cz/novinky/pacienti-na-psychiatrii-zpivaji-i-tanci>

Palliative care [online]. World Health Organization [cit. 2022-10-08]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Pastorační péče. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/pece-o-pacienty/pastoracni-pece>

PUCHALSKI, Christina a Anna L. ROMER. Díky rozhovorům o duchovních otázkách mohou lékaři svým pacientům lépe porozumět. *Umírání.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. 21. 12. 2010 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/diky-rozhovorum-o-duhovnich-otazkach-mohou-lekari-svym-pacientum-lepe-porozumet>

PUCHALSKI, Christina. The FICA Spiritual History Tool: A Guide for Spiritual Assessment in Clinical Settings. *GW School of Medicine and Health Sciences: The GW Institute for Spirituality & Health (GWish)* [online]. c1996-2022 [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: https://gwish.smhs.gwu.edu/sites/g/files/zaskib1011/files/2022-08/v2_fica_pdf_2_final_updated_6.29.22.pdf

SCS.ABZ.CZ: *Slovník cizích slov* [online]. ABZ.cz [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=konfrontace&typ_hledani=prefix

SLÁMA, Ondřej, Jiří KREJČÍ a Jana AMBROŽOVÁ. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019 [cit. 2022-11-23], s. 106. Dostupné z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf

Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory: Etický kodex České lékařské komory. *Česká lékařská komora: Camera Medica Bohemica* [online]. Olomouc, 2007, § 1, odstavec 1-2 [cit.

2023-02-15]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf

V Nemocnici Nový Jičín léčí děti i hudbou. *Nemocnice AGEL Nový Jičín* [online]. 2018 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://nemocnicenovyjicin.agel.cz/o-nemocnici/novinky/180420-muzikoterapie.html>

Zemřelí 2020: Zdravotnická statistika [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 [cit. 2023-03-11]. ISSN 1210-9967. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

ZICHOVÁ, Kateřina. Dostupnost péče o vážně nemocné se v Česku zlepšuje, i díky dotacím z EU. *Euractiv* [online]. 16.10.2020 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://euractiv.cz/section/evropske-finance/news/dostupnost-pecce-o-vazne-nemocne-se-v-cesku-zlepsuje-i-diky-dotacim-z-eu/>

5.3 Odborné články a studie

BALBONI, Michael J., Amenah BABAR, Jennifer DILLINGER, et al. “It Depends”: Viewpoints of Patients, Physicians, and Nurses on Patient-Practitioner Prayer in the Setting of Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2011, 41(5), 836-847 [cit. 2023-03-04]. ISSN 08853924. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.07.008

BEST, Megan, Carlo LEGET, Andrew GOODHEAD a Piret PAAL. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care* [online]. 2020, 19(1) [cit. 2023-02-20]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-019-0508-4

GAO, Yinyan, Yanping WEI, Wenjiao YANG, Lili JIANG, Xiuxia LI, Jie DING a Guowu DING. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2019, 57(2), 319-329 [cit. 2023-03-08]. ISSN 08853924. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504

GIJSBERTS, Marie-José H E, Jenny T VAN DER STEEN, Cees M P M HERTOOGH a Luc DELIENS. Spiritual care provided by nursing home physicians: a nationwide survey. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. 2020, 10(4), e42-e42 [cit. 2023-01-11]. ISSN 2045-435X. Dostupné z: doi:10.1136/bmjspcare-2018-001756

KIEVISIENE, Justina, Rasa JAUTAKYTE, Alona RAUCKIENE-MICHAELSSON, Natalja FATKULINA a Cesar AGOSTINIS-SOBRINHO. The Effect of Art Therapy and Music

- Therapy on Breast Cancer Patients: What We Know and What We Need to Find Out—A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [online]. 2020, 2020, 1-14 [cit. 2023-03-08]. ISSN 1741-427X. Dostupné z: doi:10.1155/2020/7390321
- LEBLANC, Thomas W. a Areej EL-JAWAHRI. When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist? *Hematology* [online]. 2015, 2015(1), 471-478 [cit. 2022-12-10]. ISSN 1520-4391. Dostupné z: doi:10.1182/asheducation-2015.1.471
- MACLEAN, Charles D., Beth SUSI, Nancy PHIFER, et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2003, 18(1), 38-43 [cit. 2023-03-04]. ISSN 0884-8734. Dostupné z: doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20403.x
- MALIŇÁKOVÁ, Klára et al. Psychometrická analýza škály každodenní spirituální zkušenosti (DSES) v českém prostředí. *Československá psychologie* [online]. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2018, LXII(Supplement 1), 100-113 [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/331772743_PSYCHOMETRICKA_ANALYZA_SKALY_KAZDODENNI_SPIRITUALNI_ZKUSENOSTI_DSES_V_CESKEM_PROSTREDI
- MEIER, Emily A., Jarred V. GALLEGOS, Lori P. Montross THOMAS, Colin A. DEPP, Scott A. IRWIN a Dilip V. JESTE. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2016, 24(4), 261-271 [cit. 2023-02-01]. ISSN 10647481. Dostupné z: doi:10.1016/j.jagp.2016.01.135
- MONFORTE-ROYO, Cristina, Christian VILLAVICENCIO-CHÁVEZ, Joaquin TOMÁS-SÁBADO, Vinita MAHTANI-CHUGANI, Albert BALAGUER a James KILNER. What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients. *PLoS ONE* [online]. 2012, 7(5) [cit. 2022-11-22]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0037117
- PUCHALSKI, Christina, Betty FERRELL, Rose VIRANI, et al. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2009, 12(10), 885-904 [cit. 2023-02-20]. ISSN 1096-6218. Dostupné z: doi:10.1089/jpm.2009.0142

SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Solen, 2012, 5(1), 10-12 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z:

<https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

TAYLOR, Elizabeth Johnston a Iris MAMIER. Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2005, 49(3), 260-267 [cit. 2023-03-04]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03285.x

TEMEL, Jennifer S., Joseph A. GREER, Alona MUZIKANSKY, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine* [online]. 2010, 363(8), 733-742 [cit. 2022-12-10]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: doi:10.1056/NEJMoa1000678

VOETMANN, Sara Stage, Niels Christian HVIDT a Dorte Toudal VIFTRUP. Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care* [online]. 2022, 21(1) [cit. 2023-02-15]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00886-0

VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA. Paliativní medicína – historie a současnost. *Sanquis* [online]. Praha: Wald Press, 2005, (41), 34 [cit. 2022-12-10]. ISSN 1212-6535. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art345>

6. SEZNAM LITERATURY SOUVISEJÍCÍ S TÉMATEM

HALÍK, Tomáš. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno: Cesta, 1993.

IMMEDIATA, Beatrice. *Doktor Moscati: svatý lékař z Neapole*. Praha: Paulínky, 2021.

Životní příběhy. ISBN 978-80-7450-408-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9.

OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. (doplněná) verze. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

7. PŘÍLOHY

7.1 Příloha A – dotazníky užití v průzkumu

Dotazník k bakalářské práci zabývající se rolí lékaře v poskytování spirituální péče pacientům

Část A – pacienti

Autorka dotazníku: MUDr. Ludmila Poživilová

IV. interní hematologická klinika FNHK

Univerzita Hradec Králové

Vážená paní, vážený pane,

v tomto dotazníku zkoumám **zkušenosti a názory pacientů** týkající se **poskytování spirituální péče lékařem v nemocnici**. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) by měla být spirituální péče standardní součástí paliativní péče (tj. péče zaměřené na kvalitu života nemocného v situaci závažné nemoci), spolu s péčí tělesnou, psychickou a sociální.

Dotazník je zcela **anonymní**, obsahuje **13 otázek**. Při nabídce odpovědí označte prosím Vámi vybranou odpověď **křížkem**. Výsledky budou analyzovány v bakalářské práci a mohou sloužit ke zlepšování péče o pacienty a k dalšímu výzkumu.

Pro účely tohoto dotazníku je užíváno toto pojetí spirituální péče:

***Spirituální péče** zahrnuje psychosociální, duchovní, náboženské a/nebo existenciální aspekty péče a podpory pacienta. **Zabývá se základními lidskými tématy ohledně životních hodnot a smyslu:** Jaký je smysl života; co je v životě důležité a na čem opravdu záleží; proč v životě dělat dobré věci a kde k tomu vzít sílu; co dělat v životě se selháními, chybami a vinami, které nelze odčinit; téma křivdy, odpuštění a smíření s druhými lidmi; tajemství smrti a otázka života po smrti; existence něčeho „nad námi“, existence Boha...*

Velmi děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

1) **Uveďte prosím Váš věk:**

..... let

2) **Jste:**

- Žena
- Muž

3) **Považujete spiritualitu a spirituální potřeby ve Vašem životě za důležité?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

4) Setkal/a jste se v nemocnici (v ambulanci či na lůžkovém oddělení) s otázkou na Vaši spiritualitu nebo spirituální potřeby ze strany lékaře, například při vstupním vyšetření nebo při řešení konkrétních problémů?

(Tyto otázky mohou znít například takto:

Považujete se za věřícího člověka? Máte spirituální přesvědčení, hodnoty nebo praktiky, které Vám pomáhají se vyrovnat se stresem, obtížnou situací, nebo tím, čím procházíte právě nyní? Co dává Vašemu životu smysl?

Jak důležitá je ve Vašem životě spiritualita? Jak ovlivňuje to, jak o sebe pečujete, zvláště v oblasti zdraví? Ovlivňuje Vaše spiritualita rozhodování o zdravotní péči?

Jste součástí nějaké církve nebo náboženské společnosti? Je pro Vás tato církev/náboženská společnost oporou a jak? Existuje nějaká skupina lidí, které máte opravdu rád/a nebo kteří jsou pro Vás důležití (například rodina, přátelé, zájmový spolek)?

Jak byste chtěl, abych já jako zdravotník zohledňoval Vaše spirituální hodnoty ve zdravotní péči o Vás?)

- Ano
- Ne

5) Překvapila (či překvapila by) Vás taková otázka od lékaře?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

6) Setkal/a jste se v nemocnici s otázkou na Vaše spirituální potřeby ze strany jiného nemocničního personálu?

- Ano
- Ne

7) Pokud ano, uveďte prosím povolání člověka, který se Vás na tuto oblast dotázal (zdravotní sestra/bratr, sanitář/ka, psycholog/psychoterapeut, nemocniční kaplan, dobrovolník...):

.....

8) Přijal/a byste návštěvu nemocničního kaplana (tedy člověka, který má v popisu práce poskytovat pacientům duchovní péči a podporu, blízkost, naslouchání; rozhodně ne vnučovat svou náboženskou víru)?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

9) **Přál/a byste si otevřít nějaké spirituální téma s lékařem (například smysl života; smysl nemoci; odpuštění/smíření; smrt; vztah k něčemu, co nás přesahuje atd.)?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

10) **Přál/a byste si totéž probrat s nemocničním kaplanem či jiným duchovním?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

11) **Považujete se za věřícího člověka?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

12) **Někteří lidé prožívají svou spiritualitu v rámci některého náboženství. Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské společnosti?**

- Ano
- Ne

13) **Pokud chcete, můžete při předchozí odpovědi „ano“ upřesnit, do které církve či náboženské společnosti patříte:**

.....

Ještě jednou mnohokrát děkuji za vyplnění dotazníku.

Dotazník k bakalářské práci zabývající se rolí lékaře v poskytování spirituální péče pacientům

Část B – lékaři

Autorka dotazníku: MUDr. Ludmila Poživilová

IV. interní hematologická klinika FNHK

Univerzita Hradec Králové

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
prosím o vyplnění dotazníku, který zkoumá zkušenosti a názory lékařů týkající se poskytování spirituální péče hospitalizovaným pacientům.

Dotazník je zcela anonymní, obsahuje 9 otázek. V případě nabídky odpovědí prosím označte Vámi vybranou odpověď křížkem.

Pro účely tohoto dotazníku je užíváno toto pojetí spirituální péče:

***Spirituální péče** zahrnuje psychosociální, duchovní, náboženské a/nebo existenciální aspekty péče a podpory pacienta. Zabývá se základními lidskými otázkami ohledně životních hodnot a smyslu: Jaký je smysl mého života? Co je v životě důležité, na čem opravdu záleží? Proč mám v životě dělat dobré věci a kde k tomu vzít sílu? Co dělat s vlastními selháními? Co s vlastními chybami a vinami, které nelze odčinit? Co s pocitem křivdy? Jak najít cestu k odpuštění a ke smíření s druhými lidmi? Jak přijmout tajemství smrti? Bude něco po smrti? Existuje něco „nad námi“? Je nějaký Bůh?*

Velmi děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

1) **Uveďte prosím Váš věk:** let

2) **Jste:**

- Žena
- Muž

3) **Považujete se za věřícího člověka?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

4) **Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské společnosti?**

- Ano
- Ne

5) **Pokud chcete, můžete při předchozí odpovědi „ano“ upřesnit, do které církve či náboženské společnosti patříte:**

.....

6) Odebíráte pacientům (zejména v rámci vstupního vyšetření) také spirituální anamnézu nebo spirituální screening (tedy alespoň 1 otázku, která by se dala zařadit do spirituální anamnézy)?

(Otázky v rámci spirituální anamnézy mohou znít například takto:

Považujete se za věřícího člověka? Máte spirituální přesvědčení, hodnoty nebo praktiky, které Vám pomáhají se vyrovnat se stresem, obtížnou situací, nebo tím, čím procházíte právě nyní? Co dává Vašemu životu smysl?

Jak důležitá je ve Vašem životě spiritualita? Jak ovlivňuje to, jak o sebe pečujete, zvláště v oblasti zdraví? Ovlivňuje Vaše spiritualita rozhodování o zdravotní péči?

Jste součástí nějaké církve nebo náboženské společnosti? Je pro Vás tato církev/náboženská společnost oporou a jak? Existuje nějaká skupina lidí, které máte opravdu rád/a nebo kteří jsou pro Vás důležití (například rodina, přátelé, zájmový spolek)?

Jak byste chtěl, abych já jako lékař zohledňoval Vaše spirituální hodnoty ve zdravotní péči o Vás?)

- Vždy
- Často
- Občas
- Výjimečně
- Nikdy

7) Jaké považujete za hlavní důvody pro lékaře neodebírat spirituální anamnézu či nezjišťovat pacientovy spirituální potřeby? Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou (pokud spirituální anamnézu běžně odebíráte).

- Respektuji pacientovu autonomii a soukromí ve spirituální oblasti
- Nemám na to dostatek času, i kdybych chtěl/a
- Není na to vhodná příležitost
- Nejsem si jistý/jistá, jak tyto otázky formulovat či jak začít hovor na toto téma
- Nevím, jak bych s těmito informacemi od pacienta naložil/a
- Myslím si, že spirituální péči naši pacienti nepotřebují
- Myslím si, že spirituální péče nepatří do kompetence (žádného) lékaře
- Myslím si, že spirituální péče patří do kompetence lékaře pouze některých odborností (například paliatra či psychiatra)
- Jiný důvod:

8) Obrátil se na Vás někdy pacient s otázkou či prosbou týkající se jeho spirituálních potřeb? Nebo řešili jste někdy u pacienta spirituální tíseň (například ztráta smyslu, beznaděj a zoufalství, pochybnosti pacienta a jeho víře a systému hodnot)?

- Ano
- Ne

9) Informujete pacienta o možnosti návštěvy nemocničního kaplana? Lze zvolit i více (vzájemně si neodporujících) možností.

- Ano, vždy
- Ano – při zjištění, že je pacient věřící nebo přísluší k nějaké církvi
- Ano – když se pacient sám zeptá
- Ano – když si myslím, že by z toho pacient mohl profitovat (například u něj zaznamenám spirituální tíseň)
- Výjimečně
- Ne, nikdy
- Jiná odpověď:

Ještě jednou mnohokrát děkuji za vyplnění dotazníku.