

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta

Bakalářská práce

Chápání pojmu spirituálních potřeb klienty
vybraného domácího hospice

Autor práce: Mgr. Klára Holá

Vedoucí práce: doc. Jindřich Šrajer, Dr. theol.

Studijní program: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

2024

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Dne

.....

Klára Holá

Děkuji vedoucímu bakalářské práce doc. Jindřichu Šrajerovi, Dr. theol., za odborné vedení, cenné rady a připomínky a v neposlední řadě i za trpělivost. Děkuji také Mgr. Heleně Machulové, Ph.D., za ochotu při konzultaci výzkumné části. Poděkování patří i všem klientům domácího hospice, kteří byli ochotni věnovat mi svůj čas a podělili se se mnou o své myšlenky. A děkuji také své rodině, manželu Petrovi a našim pěti dětem, za trpělivost a podporu během celé doby mého studia.

Obsah

Úvod	5
1. Paliativní péče	6
1.1 Smrt v naší kultuře.....	6
1.2 Historie hospicové potažmo paliativní péče	9
1.3 Definice a specifika paliativní péče.....	11
1.4 Úrovně a formy paliativní péče	15
1.5 Představení vybraného domácího hospice.....	17
2. Spirituální potřeby člověka	21
2.1 Druhy lidských potřeb	21
2.2 Teorie potřeb dle vybraných autorů	22
2.3 Spirituální potřeby	25
2.3.1 Vymezení pojmů spiritualita a religiozita.....	25
2.3.2 Druhy spirituálních potřeb	26
3. Chápání spirituálních potřeb klienty vybraného domácího hospice	32
3.1 Chápání a význam spirituálních potřeb u klientů vybraného domácího hospice	32
3.2 Prezentace výsledků výzkumu	36
3.3 Shrnutí	38
Závěr	40
Seznam použitých zdrojů	41
Bibliografie.....	41
Elektronické zdroje.....	44
Přílohy	46
Příloha I. Rozhovor pomocí návodu.....	46
Příloha II. Přepisy relevantních částí rozhovorů	47
Abstrakt	52
Abstract	53

Úvod

Tématem této práce jsou spirituální potřeby v domácí hospicové péči. Konkrétním cílem je pak zjištění, jak klienti vybraného domácího hospice chápou pojem spirituální potřeby.

Věnovat se tomuto tématu jsem se rozhodla, protože hospicová péče je obor, který mne začal přitahovat již před lety po osobní zkušenosti s umíráním v rodině za podpory domácího hospice. Než jsem se však odhodlala ke studiu, uběhlo ještě spousta času, během nějž moje přání pracovat v tomto oboru dozrávalo a sílilo. A protože spiritualita je další oblastí, která mne zajímá a kterou považuji za velmi důležitou, rozhodla jsem se studovat sociální práci právě na Teologické fakultě JU. Za toto rozhodnutí jsem velmi ráda, protože všechny předměty související s teologií, které jsem během studia absolvovala, mi přišly zajímavé a obohacující. Zároveň jsem si volila specializační semináře se zaměřením na hospicovou péči. Jsem proto ráda, že se mohu v bakalářské práci těmito dvěma oblastmi zabývat.

Práce je rozdělena do tří hlavních částí. V první z nich se věnuji paliativní péči. Nejdříve se zabývám vztahem ke smrti v naší kultuře, následuje historie paliativní péče, její definice, specifika a formy. Tato část je ukončena představením vybraného domácího hospice, ve kterém bude realizováno empirické šetření.

Další část pojednává o spirituálních potřebách člověka. Nejdříve jsou popsány lidské potřeby obecně, jejich rozdělení a jsou zde zmíněny některé z teorií a přístupů k těmto potřebám. Dále se podrobněji zaměřuji na spirituální potřeby, vymezuji pojmy spiritualita a religiozita a věnuji se konkrétním druhům spirituálních potřeb.

Ve třetí části bakalářské práce je prezentováno empirické šetření, jehož cílem bylo zjistit, jak klienti vybraného domácího hospice chápou pojem spirituální potřeby a jakou důležitost přiřkládají vybraným spirituálním potřebám. Je zde nejprve představena metodika výzkumné práce a následně jsou představeny a reflektovány výsledky výzkumného šetření.

Práce je zakončena závěrem, za nímž následují seznamy použitých zdrojů, přílohy a abstrakt.

1. Paliativní péče

1.1 Smrt v naší kultuře

„Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt.“¹

Smrt je přirozenou součástí našich životů. Avšak zatímco dnes smrt vytěsňujeme a snažíme se žít, jako by neexistovala a jako bychom my sami byli nesmrtelní, byl v dřívějších dobách vztah lidí ke smrti zcela odlišný. Ariès uvádí, že v raném středověku smrt charakterizovaly dva rysy – lidé k ní měli prostý, důvěrný vztah a umírání mělo veřejnou povahu.² Ariès tuto smrt nazývá *ochočenou*.³ Smrt a láska byly totiž branami, kterými mohla do kulturního života člověka vstoupit příroda se svojí divokostí a mohla jej svou ničivou silou zasáhnout. Proto bylo potřeba smrt spoutat a oslabit pomocí rozličných rituálů a obřadů a učinit z ní veřejnou událost, do které se zapojuje celé společenství.⁴ Smrt byla lidem důvěrně známá, protože jí byli neustále obklopeni. V jistém slova smyslu bylo samozřejmější zemřít než žít.⁵ Lidé se v průběhu svého krátkého a nejistého života pozorováním smrti ve svém okolí učili sami umírat. Celé generace tak byly se smrtí srozuměny a věděly, co mají dělat. Ve zdárném zvládnutí celého procesu včetně truchlení lidem pomáhaly již zmíněné rituály.

Šiklová uvádí, že ještě před sto až sto padesáti lety umírali lidé ve střední Evropě především v dětství. Rodilo se mnoho dětí, mnoho jich také ale v raném věku umíralo. Smrt malého dítěte byla tedy běžnou záležitostí. Oproti tomu bylo úmrtí až ve stáří výjimkou a výsadou, která byla dopřána pouze těm, kteří byli obzvláště schopní, byli tedy výjimečně zdraví anebo výjimečně prospěšní pro společnost. Proto si jich ostatní vážili a oceňovali je. Doklad této skutečnosti můžeme spatřit v pohádkách o moudrých stařenkách, vědmách či starých mudrcích. Šiklová poznamenává, že dnes už díky našemu zdravotnictví zestárne skoro každý, tedy i lidé průměrní, a proto se nám už dnes často představa o moudrosti stáří nepotvrzuje.⁶

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 23.

² Srov. ARIÈS, P. *Dějiny smrti*, s. 34n.

³ Srov. tamtéž, s. 45.

⁴ Srov. tamtéž, s. 19nn.

⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 31.

⁶ Srov. ŠIKLOVÁ, J. *Vyhoštěná smrt*, s. 14nn.

Dříve dokázala smrt zasáhnout do chodu celého společenství, s nimž byl umírající pevně spjat. Společenství se shromáždilo kolem úmrtního lože a svými projevy smutku vyjadřovalo obavy ze smrti.

„V ložnici umírajícího zavřeli jeho nejbližší okenice, zapálili voskovice, přinesli svěcenou vodu; dům zaplnili šeptající a vážní sousedé, příbuzní a přátelé. Zvonil umíráček a z kostela vycházelo procesí nesoucí tělo Páně. Když nemocný zemřel, vyvěsili pozůstalí na domovní dveře úmrtní oznámení (tento akt nahradil někdejší a už opuštěný zvyk vystavovat nebožtíka nebo rakev na zápraží). Pootevřenými domovními dveřmi přicházeli do domu smutku, jenž měl jinak všechna okna a vchody pečlivě uzavřené, všichni ti, kdo z přátelství nebo slušnosti chtěli naposledy navštívit zesnulého. Na zádušní mši v kostele se šlo celé společenství, včetně opozdílů, kteří se dostavili až po bohoslužbě, a když pozůstalí vyslechli dlouhou řadu projevů soustrasti, vydal se pohřební průvod pomalým krokem na hřbitov, pozdravován kolemjdoucími. To však nebylo všechno. Období smutku provázely návštěvy: rodina navštěvovala hrob, příbuzní a přátelé zase navštěvovali pozůstalé. A život se postupně, poznenáhlu vracel do starých kolejí, zbyly jen stále vzácnější návštěvy hřbitova.“⁷

Jak uvádí Ariès, reagovala celá společenská skupina, kterou smrt zasáhla, společně – od nejbližší rodiny až po nejširší okruh známých. Lidé nejenže umírali před zraky veřejnosti, ale smrt každého jedince byla veřejnou událostí, která společnost rozrušila, protože ztráta člena vždy vedla k oslabení a pocitu ohrožení celého společenství. Proto bylo nutné pomocí obřadů a rituálů síly a jednotu tohoto společenství znovu obnovit. Model, že se život společenství zastavil, platil až do počátku dvacátého století. V naší současnosti je smrt jednotlivce pro společnost sotva postřehnutelná. Již nemá sílu běh společnosti zastavit a narušit. Ve městech již lze jen stěží poznat, že někdo zemřel. Západní svět smrt ze své společnosti vyhnal a zavedl nový způsob umírání – umírání, které začalo být skryté.⁸

Dalším jevem, který začal od poloviny 19. století narušovat zvyklosti umírání a měnit vztahy mezi umírajícím a jeho okolím, byla tzv. milosrdná lež. U jejího zrodu stála láska k bližnímu a snaha ochránit jej. Panovala

⁷ ARIÈS, P. *Dějiny smrti*, s. 667.

⁸ Srov. tamtéž, s. 667n a 720.

obava, že by umírajícího mohla pravda o jeho zdravotním stavu uvést v zoufalství. Lidé přestali být ochotni sdělovat umírajícím pravdu a přenechali tuto starost kněžím, neboť sdělení pravdy bylo spojeno s duchovní přípravou na poslední hodinku. Později začala být i přítomnost kněze u lůžka umírajícího nežádoucí, protože by jej mohla vyděsit. Kněz byl tedy často povolán až v okamžiku, kdy už umírající nemohl jeho přítomnost dle příbuzných vnímat, případně byl již po smrti.⁹ Názor, že lidé kolem umírajícího jsou povinni před ním jeho skutečný stav tajit, je rozšířený dodnes. K tomuto pokrytectví se přidal ještě další nový jev, a sice, že smrt začala být považována za špinavou a neslušnou. Stala se něčím, za co se lidé stydí a co je neslušné zveřejňovat, co je tedy lepší před druhými skrýt.¹⁰

Díky pokrokům v medicíně se ve 30. a 40. letech začalo umírání pomalu přesouvat do nemocnic. Nemocnice zároveň přinesly úlevu pečujícím osobám, jejichž okruh se ve srovnání s dřívějšími dobami snížil z celého menšího společenství na nejbližší rodinu, případně jednoho pečujícího člena, který byl touto péčí přetížen. To vše, společně s technickými vymoženostmi medicíny, usnadnilo podporu a rozšíření nemocniční péče.¹¹ Postupně se medicína stávala více vědeckou a specializovanou a dařilo se jí vítězit nad řadou nemocí. Délka života se začala prodlužovat a zároveň se zvýšila i jeho kvalita. Medicína najednou dokázala odsouvat smrt, až lidé nabyli dojmu, že zemřít je vlastně vždy předčasné a nepatřičné. Lidé spoléhající na vítěznou medicínu uvěřili, že těžce nemocným a umírajícím bude v péči profesionálů lépe. A tak člověk dnešní doby často umírá sám, obklopen bílou zástěnou, na pokoji s cizími lidmi a v péči zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí. Dřívější nesamozřejmost života byla v moderní době vystřídána nesamozřejmostí smrti.¹²

Zdravotníci jsou školeni na vítězný boj s nemocí. Smrt je pro ně více prohrou než běžnou součástí života. A tak se stále snaží intervenovat ve prospěch života, i když ten už nezadržitelně odchází. Za využití všech dostupných metod a technik mnohdy zatěžují umírajícího léčbou, která mu přináší více bolesti než prospěchu. Takovéto zadržování neodvratné smrti

⁹ Srov. ARIÈS, P. *Dějiny smrti*, s. 668nn.

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 678.

¹¹ Srov. tamtéž, s. 679.

¹² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 30n.

se nazývá dystanázíí. Tam, kde ještě zbývá naděje na vyléčení, je prostor pro léčebnou medicínu. Její moc ale končí tam, kde započal proces umírání. Zde pak pacient i jeho blízcí potřebují jiný typ pomoci, a sice paliativní péči, která zohledňuje aktuální potřeby člověka a umožňuje mu vést i se smrtelnou nemocí co nejkvalitnější život.

Smrti se dnes bojíme. Jedním z důvodů je i to, že díky ní můžeme ztratit daleko více než naši předkové, poněvadž jejich životy byly skromnější a v porovnání s těmi našimi daleko méně žádoucí. O co více se snažíme smrt vyhnat a nemluvit o ní, s o to větší intenzitou se nám ona sama v podobě strachu vrací.¹³ Smrt není dobré vytěšňovat, je lépe s ní ve svém životě počítat. „*Jestliže si totiž člověk bude opakovaně připomínat konečnost svého života, bude pak zcela jistě jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán.*“¹⁴

1.2 Historie hospicové potažmo paliativní péče¹⁵

Název hospic pochází z latinského slova *hospitium*, které znamenalo útulek. Tato hospitia byla ve středověku útočištěm poutníků. Jednalo se především o poutníky nemocné, zraněné či v nouzi. Hospice těmto poutníkům poskytovaly nejen tělesné, ale také duchovní zaopatření.¹⁶

Nejstarší předchůdce hospicu v dnešním slova smyslu, tedy domova pro umírající, založila v roce 1842 **Jeanne Garnier** ve francouzském Lyonu. Zároveň s ním vzniklo společenství žen, které se o umírající pacienty staraly. I když Jeanne Garnier zemřela brzy, vedl její vliv k založení několika dalších zařízení pečujících o umírající, např. v Paříži, Marseille, Bruselu či Bordeaux.¹⁷

Podobná zařízení začala vznikat také v Anglii a Irsku, kde se o jejich vznik zasloužila řádová sestra **Mary Aikenhead**, představená řádu Milosrdných sester. Tento řád po její smrti založil roku 1879 Hospic Naší

¹³ Srov. ŠIKLOVÁ, J. *Výhoštěná smrt*, s. 119.

¹⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 15.

¹⁵ Rozdíly v pojmech hospicová a paliativní péče budou vysvětleny v následující podkapitole.

¹⁶ Srov. KALVACH, Z. *Hospic*. In: MATOUŠEK, Z. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 438-439.

¹⁷ Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. et al. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 12.; srov. CLARK, D. *Women pioneers in 19th century hospice care* [online]. Glasgow: University of Glasgow, Published on April 8th 2014 [cit. 18. února 2024]. Dostupné z: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/women-pioneers-in-19th-century-hospice-care/>.

Paní v Dublinu. Následně také v Corku a 1905 v Londýně (Hospic sv. Josefa v londýnském Hackney).¹⁸ Důležitá změna v poskytování péče pacientům v pokročilých stádiích nevyлéčitelných nemocí nastala v 50. letech 20. století díky objevu mnoha důležitých léků, které pomohly účinněji řešit bolest a další nepříjemné symptomy pacientů.

Vznik moderní hospicové péče bývá spojován se jménem **Cicely Saunders**. Saunders pracovala po druhé světové válce jako zdravotní sestra a sociální pracovnice ve výše zmíněném Hospici sv. Josefa v londýnském Hackney. Poté vystudovala medicínu a v roce 1967 založila v Londýně svůj Hospic sv. Kryštofa, kde byla péče o pacienty poprvé zajišťována profesionálním multidisciplinárním týmem. Díky svým vlastním zkušenostem s různými rolemi pečujícího personálu si totiž Saunders uvědomila důležitost multidisciplinárního přístupu v paliativní péči, jehož se stala průkopnicí.¹⁹

Dalším významným přínosem Saunders, souvisejícím se zavedením multidisciplinarity, bylo vytvoření teorie celkové bolesti nebo také celkového utrpení (total pain), dle které nemusí pacienta trápit pouze fyzická bolest, ale jeho trápení může být také psychického, sociálního nebo spirituálního původu. Jednotlivé typy bolestí jsou spolu provázány. Tato teorie celkové bolesti je jedním z nejdůležitějších konceptů na poli paliativní péče.²⁰

„Uvědomila jsem si, že potřebujeme lepší nejen kontrolu bolesti, ale celkovou péči. Lidé potřebovali prostor, aby byli sami sebou. Zavedla jsem pojem „celková bolest“ (celkové utrpení, total pain), neboť jsem pochopila, že umírající lidé trpí bolestí nejen tělesnou, ale také spirituální, duševní či sociální, které všechny se musejí léčit. A od té chvíle jsem na tom pracovala.“²¹

¹⁸ Srov. CLARK, D. *Women pioneers in 19th century hospice care* [online]. Glasgow: University of Glasgow, Published on April 8th 2014 [cit. 18. února 2024]. Dostupné z: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/women-pioneers-in-19th-century-hospice-care/>.

¹⁹ Srov. WRIGHT, B. *Total Pain Theory: Cicely Saunders and the rise of the hospice movement*. [online]. Leeds: University of Leeds, Published on Monday 4 October 2021 [cit. 18. února 2024]. Dostupné z: <https://livingwithdying.leeds.ac.uk/2021/10/04/total-pain-theory-cicely-saunders-and-the-rise-of-the-hospice-movement/>.

²⁰ Srov. tamtéž.

²¹ SAUNDERS, C. In: KALVACH, Z. et al. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 15.

Saunders žila v době, kdy bylo běžnou praxí informovat o konečné prognóze rodinu, ale nikoli pacienta. Ona však byla přesvědčená, že jasnou a otevřenou komunikací s pacientem o jeho zdravotním stavu lze zmírnit jeho duševní utrpení. Sama byla přesvědčená, že i ve chvílích, kdy už pacientům nemůže být nabídnuta léčba, zůstává prostor pro naději – není to sice naděje na vyléčení, ale naděje na napravení vztahů, odpuštění křivd a urovnání pozemských záležitostí.²²

V naší zemi se hospicové hnutí začalo rozvíjet až po roce 1989 a je nedílně spjato se jménem **Marie Svatošové**. Díky jejímu úsilí byl roku 1995 otevřen v Červeném Kostelci Hospic sv. Anežky, první lůžkový hospic v ČR. V současné době se nachází alespoň jeden lůžkový hospic v každém ze čtrnácti krajů ČR, s výjimkou Kraje Vysočina, kde je otevření prvního lůžkového hospice naplánováno na závěr letošního roku. Po celé republice je však zřízeno poměrně velké množství mobilních hospiců.

1.3 Definice a specifika paliativní péče

Podíváme-li se na definici paliativní péče, zjistíme, že neexistuje jediná verze, na které by se odborná veřejnost shodla. Pro ilustraci zde některé z definic paliativní péče uvedeme.

Světová zdravotnická organizace revidovala v roce 2002 svoji definici paliativní péče, přičemž novější verze již klade větší důraz na předcházení utrpení:

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“²³

V českém Zákoně o zdravotních službách je paliativní péče uvedena jako druh zdravotní péče, „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování

²² Srov. IGNATIEFF, M. *O útěše...*, s. 266n.

²³ *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům* [online]. Praha: Cesta domů, 2004, s. 22 [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf.

kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.“²⁴ (Definice dle § 5. odst. 2, písm. h Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče ve svých Standardech z října 2016 definovala paliativní péči následovně: *„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.*“²⁵

Zaměříme-li se na definici hospicové péče, zjistíme, že je situace ohledně nalezení shody v definici komplikovanější než v případě paliativní péče. Tohoto problému si povšimla i Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC), která se zabývala rozdílnou terminologií v jednotlivých zemích Evropské unie. Tyto rozdíly se týkaly nejenom odborné literatury, ale také zákonů, vládních dokumentů či vyhlášek a stanovisek odborných společností. EAPC se následně pokusila o vytvoření vlastních definic paliativní a hospicové péče, které by usnadnily vytvoření evropských norem kvality pro oblast paliativní péče v Evropské unii.²⁶

EAPC definuje paliativní péči následovně:

„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb, a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt

²⁴ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. Zákony pro lidi, aktuální znění 1. 1. 2024 – 31. 12. 2024 (verze 30) [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>.

²⁵ *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 14 [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: <https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2021/06/STANDARDY-2016.pdf>.

²⁶ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, s. 13nn [cit. 19. února 2024].

Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_europe.pdf.

považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.“²⁷

Definice hospicové péče dle EAPC:

„Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální i duchovní. Doma, v rámci denní péče či v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují. Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobního přání. Hospic se snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid a pokoj.“²⁸

Z uvedených definic vyplývá, že se oba termíny do značné míry překrývají, ale zároveň z nich jasně vyplývá, že hospicová péče se v rámci paliativní péče věnuje poslednímu úseku života pacienta. V tomto smyslu jsou oba termíny používány také v ČR. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) ve svých Standardech uvádí, že hospicová paliativní péče je indikována u pacientů, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě lékařského posouzení kratší než šest měsíců.²⁹ V tomto smyslu budou oba termíny používány i v této práci.

K hlavním **specifikům** paliativní péče patří, že:

- usiluje o dosažení optimální úrovně tlumení bolesti a ostatních symptomů, což vyžaduje podrobně vyšetřit a vyhodnotit stav každého jednotlivého pacienta;
- podporuje život, avšak umírání chápe jako přirozený proces, tedy nikoli jako prohru a selhání medicíny;
- neusiluje o urychlení smrti (eutanázie), ani o oddálení smrti (dystanázie): paliativní péče se tedy svými zákroky nesnaží život předčasně ukončit, zároveň se jej ale ani nesnaží nepřírozeně prodlužovat

²⁷ RADBRUCH, L., PAYNE S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, s. 14 [cit. 19. února 2024]. Dostupné z:

https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_europe.pdf.

²⁸ Tamtéž, s. 16.

²⁹ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 3 [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: <https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2021/06/STANDARDY-2016.pdf>.

a zatěžovat marnou léčbou, nýbrž chce, aby život každého pacienta dospěl do svého přirozeného konce;

- péče o pacienta zahrnuje také psychologické, sociální a duchovní aspekty, nesoustředí se tedy jen na péči o fyzickou stránku, ale vidí pacienta v jeho jedinečnosti i v jeho vztazích;

- nabízí systém podpory pacientům tak, aby mohli žít co nejaktivněji a nejdůstojněji až do smrti. Pacienti si sami stanovují své cíle a priority, které jsou pro ně v dané chvíli důležité;

- nabízí podporu také rodinám pacienta a pomáhá jim tak zvládat náročné období pacientovy nemoci a následné období zármutku. Objektem péče je tedy nejen pacient, ale i jeho blízcí, kteří mají své vlastní potíže a ty je třeba také identifikovat a nabídnout pomoc s jejich řešením;

- pro svou komplexní péči využívá týmový přístup, pomocí něž přispívá k řešení komplikovaných a různorodých problémů pacienta i jeho rodiny;

- usiluje o zlepšení kvality života pacienta. Kvalita života je ústředním tématem paliativní péče, kde má přednost před kvantitou, tedy prodloužením života. Paliativní péče tedy usiluje o to, aby mohli pacienti vést co nejkvalitnější život a soustředit se na to, co je pro ně důležité.³⁰

Ke specifiku hospicové péče patří, že ji na rozdíl od obecné paliativní péče není možné poskytovat společně s léčbou kurativní. To tedy znamená, že hospicová péče je určena pouze pacientům v terminální fázi onemocnění, jak již bylo uvedeno výše.

³⁰ Srov. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům* [online]. Praha: Cesta domů, 2004, s. 21nn [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf.

1.4 Úrovně a formy paliativní péče

Úrovně paliativní péče³¹

Paliativní péče bývá poskytována na třech různých úrovních komplexnosti:

1. **Paliativní přístup:** Jedná se o možnost, jak integrovat metody a postupy paliativní péče do prostředí a zařízení, která nejsou na paliativní péči specializována. Tento přístup by měl být součástí péče praktických lékařů či personálu nemocnic. Spadají do něj nejen (ne)farmakologická opatření tlumící nežádoucí příznaky, ale také komunikace s pacientem a jeho rodinou nebo stanovování cílů péče v souladu s paliativními principy.

2. **Obecná paliativní péče:** Tuto péči poskytuje primární zdravotnický personál a specialisté, kteří léčí pacienta s život ohrožujícím onemocněním a kteří mají základní dovednosti a znalosti v oblasti paliativní péče. Jedná se o zdravotníky, kteří se s problematikou paliativní péče setkávají častěji, avšak poskytování paliativní péče není jejich hlavním profesním zaměřením. Patří sem například onkologové nebo geriatři.

3. **Specializovaná paliativní péče:** Tuto péči nabízí instituce, které se zaměřují na poskytování paliativní péče, což je jejich hlavní činností. Tyto instituce pečují o pacienty s progresivní nevléčitelnou nemocí a jejich blízké s komplexními problémy a složitými potřebami, které nejsou v dostačující míře řešitelné v jiných zdravotnických zařízeních, a proto vyžadují vyšší úroveň vzdělání zaměstnanců a zároveň také vyšší potřebu dalších zdrojů. Péči o pacienty v těchto institucích zajišťuje multidisciplinární tým složený z odborníků, kteří jsou speciálně vzděláni v oblasti paliativní péče a jsou schopni obstarat všechny potřeby pacienta.

³¹ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, s. 26nn [cit. 19. února 2024].

Dostupné z:

https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf.

Formy paliativní péče³²

V této části práce budou představeny základní organizační formy specializované paliativní péče.

1. Lůžkový hospic

Bývá označován také jako kamenný hospic. Jedná se obvykle o samostatně stojící lůžkové zařízení, které se více podobá domovu než nemocnici. Přijímá pacienty v poslední fázi života, kteří nemohou z jakéhokoli důvodu zůstat ve svém přirozeném prostředí. K dispozici jsou většinou jednolůžkové pokoje s možností přistýlky pro pacientovy blízké, kteří pacienta neošetřují, ale pouze doprovázejí. Návštěvy nebývají časově omezené a denní režim v zařízení je podřízen potřebám pacienta, nikoli naopak, jak tomu bývá v nemocnicích.

2. Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)

MSPP bývá také nazývána mobilní, případně domácí hospic. Poskytuje péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacienta (například v domovech pro seniory), garantuje neustálou dostupnost péče (24 hodin denně, 7 dní v týdnu). Péči o pacienta zajišťují za pomoci multidisciplinárního týmu jeho blízcí – fungující rodinné zázemí je tedy pro přijetí pacienta do hospicové péče nutnou podmínkou (v domovech pro seniory naopak zajišťuje péči personál domova). Domácí hospic představuje ideální formu péče o umírající, protože nabízená péče je maximálně individualizovaná a je poskytována v prostředí, které pacient důvěrně zná.

³² Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. et al. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 13;

srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 28.;

srov. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům* [online]. Praha: Cesta domů, 2004, s. 29 [cit. 19. února 2024].

Dostupné z:

https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf;

srov. RADBRUCH, L., PAYNE S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, s. 51n [cit. 19. února 2024].

Dostupné z:

https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_europe.pdf;

srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 30nn.

3. Oddělení paliativní péče v nemocnicích

Je paliativní péčí poskytovanou na specializovaném oddělení ve zdravotnickém zařízení. Nabízí péči pacientům, kteří kromě paliativní péče potřebují současně také nemocniční péči. Může být považováno za ekvivalent lůžkového hospice.

4. Ambulantní paliativní péče

Jedná se o paliativní péči poskytovanou formou vyšetření a konzultací ve specializované ambulanci. Tato péče je nabízena pacientům žijícím doma, kteří jsou schopni ambulanci osobně navštěvovat.

5. Konziliární paliativní tým v rámci nemocnice

Tým plní poradní a podpůrné funkce v rámci všeobecné nemocnice. Výhodou pro pacienty je, že zůstávají hospitalizováni na oddělení, na kterém byli doposud léčeni; paliativní tým dochází za pacientem a jeho ošetřujícím lékařem. Konziliární tým také pomáhá šířit zásady paliativní péče mezi ostatní zdravotníky v nemocnici.

V zahraničí se můžeme setkat s ještě dalšími formami specializované paliativní péče jako jsou například denní hospicové stacionáře nebo specializované hospicové poradny, které jsou rozšířené především ve Velké Británii.

1.5 Představení vybraného domácího hospice

V této kapitole bude představeno konkrétní zařízení poskytující mobilní specializovanou paliativní péči, bude popsán chod této organizace, její struktura a cílová skupina a následně bude v této organizaci realizováno empirické šetření. Z důvodu zachování anonymity nebude zveřejněn název organizace, proto bude v této práci uváděna pouze jako „domácí hospic“, případně pouze „hospic“. Kromě služeb hospicové péče je zde pacientům³³ k dispozici také odlehčovací služba a půjčovna kompenzačních pomůcek.

³³ V sociálním spektru služeb domácího hospice je používán termín „klient“, ve zdravotní části služeb termín „pacient“. V této práci budou používány oba termíny, a to v závislosti na druhu služby, v jejímž kontextu bude termín užit.

Multidisciplinární tým

Péče domácího hospice se zaměřuje na pacienta v jeho celistvosti, včetně všech druhů jeho potřeb, tedy potřeb bio – psycho – socio – spirituálních. Aby tohoto cíle mohlo být dosaženo, je potřeba, aby tým pečující o pacienty byl multidisciplinární, tzn. aby sestával z odborníků různých specializací a různého zaměření. V tomto hospici tvoří tým lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovnice, asistentky odlehčovací služby, psycholog, duchovní, psychoterapeut/psychiatr a administrativní pracovnice, přičemž většina z nich pracuje pouze na částečný úvazek.

Cílová skupina

Cílovou skupinou domácího hospice jsou nemocní, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém stadiu, u nichž už byly vyčerpány všechny známé a dostupné možnosti léčby vedoucí k uzdravení, případně také nemocní, kteří se rozhodli v náročné léčbě již nadále nepokračovat, a kteří si přejí strávit své poslední chvíle doma se svými blízkými. Cílovou skupinou je i rodina a blízcí nemocného, kteří se cítí být jeho nemocí a odcházením zasaženi. Kromě ukončené léčby a přání být doma je další nutnou podmínkou přijetí do domácího hospice stálá přítomnost pečující osoby, která je ochotná se o nemocného starat a být mu k dispozici dvacet čtyři hodin denně. Poslední podmínkou je pobyt v okrese působnosti domácího hospice.

Domácí hospic svým pacientům garantuje, že:

- nebudou trpět nesnesitelnou bolestí,
- za všech okolností bude zachována jejich lidská důstojnost,
- nezůstanou v posledních chvílích osamoceni.

Mezi nemoci, s nimiž se u pacientů hospice setkáváme nejčastěji, patří: maligní nádorová onemocnění, geriatrická křehkost, kardio - renální selhání, zhoršující se stavy po CMP (cévních mozkových příhodách), poslední stadia demence a další neurologická onemocnění. Maximální okamžitá kapacita služby je dvacet pacientů. Zájem o službu bohužel převyšuje její personální možnosti.

Pacienti se do péče hospice dostávají povětšinou pozdě, tedy ve špatném zdravotním stavu a tráví tedy v domácí péči za podpory hospice pouze posledních pár dnů, někdy týdnů. Nestihnou tedy plně profitovat z nabídky multidisciplinární péče. Čím je tento stav způsoben, je těžké

zodpovědět. Na vině může být náš celospolečenský postoj ke smrti, o kterém bylo pojednáno na počátku této kapitoly. Tím, že si svoji smrtelnost nechceme připouštět, často tlačíme lékaře do dalších a dalších zákroků a lékaři nám rádi vyhoví, protože medicína smrt stále ještě považuje více za prohru než přirozenou součást života. Pro zdravotníky je také snazší nabídnout naději v podobě léčby než se pustit do náročného rozhovoru o konci života. A možná se také zdravotníci jen brání před žalobami ze strany pacientů či příbuzných.

Průběh poskytování multidisciplinární specializované paliativní péče

Zájemci o službu, kteří kontaktují domácí hospic, se o této organizaci nejčastěji dozví ve spádové nemocnici od členů paliativního týmu nebo od svých známých, kteří již měli se službou dříve zkušenosti. Nejdříve přijdou zájemci na informativní schůzku, tzv. první kontakt, přičemž nejčastěji přichází příbuzní nevléčitelně nemocného pacienta, který se zatím nachází v nemocnici. Na této schůzce jsou zájemcům předány veškeré informace o chodu služby, včetně informací o odlehčovací službě a půjčovně kompenzačních pomůcek. Když pracovník hospice zjistí, že pacient splňuje podmínky pro přijetí do domácího hospice, naplánuje jeho příjem tak, aby bezprostředně navazoval na propuštění z nemocnice. V případě, že nabídka služeb domácího hospice neodpovídá požadavkům zájemce, jsou mu předány kontakty na odpovídající organizace (většinou se jedná o služby osobní asistence, pečovatelské služby nebo domácí zdravotní péči).

Na příjem do domácího prostředí pacienta přijíždí lékař, zdravotní sestra a sociální pracovníce. Pacientovi a jeho rodině jsou znovu zopakovány veškeré informace o chodu služby.³⁴ Zatímco lékař a zdravotní sestra vyšetřují pacienta, provádí sociální pracovníce sociální šetření, informuje o příspěvku na péči, případně pomáhá s jeho vyřízením, snaží se identifikovat potíže, které mohou pacienta trápit (často se jedná o potíže ve vztazích s blízkými nebo finanční potíže) a zároveň hledá zdroje, které by mohly pomoci potíže odstranit. Sociální pracovníce také připravuje smlouvy a zajišťuje jejich podepsání klientem a pečující osobou.

³⁴ Je lépe veškeré informace zopakovat vícekrát, protože celá situace je pro pacienta i jeho blízké velmi stresující, v důsledku čehož informace hůře zpracovávají.

Přijetím do péče získá pacient a jeho rodina kontakt na pohotovostní telefon, na němž je nepřetržitě k dispozici některá ze zdravotních sester, která v případě potíží poradí, jak postupovat, jaké léky pacientovi podat, případně může okamžitě vyjet do rodiny. Sestra může také kdykoli kontaktovat telefonicky lékaře, neboť i oni se střádají v nepřetržité pohotovostní službě.

V případě úmrtí pacienta přijíždí do rodiny lékař, zdravotní sestra a asistentka odlehčovací služby. Lékař provede prohlídku těla zemřelého a zdravotní sestra s asistentkou zemřelého upraví a obléknou do svátečních šatů, které připraví rodina. Rodině jsou již při příjmu předány kontakty na pohřební služby a leták s informacemi, co vše je třeba po úmrtí vyřídit.

Každý čtvrtek se koná setkání multidisciplinárního týmu, kde se kromě důležitých informací ohledně stávajících pacientů vzpomene i na pacienty zemřelé během posledního týdne a jejich jména jsou zapsána do vzpomínkové knihy. Asi měsíc po úmrtí odešle administrativní pracovnice pozůstalým letáček s nabídkou pomoci a zhruba po třech měsících od úmrtí pacienta kontaktuje telefonicky sociální pracovnice pečující osobu, aby zjistila, jak se jí daří a v případě komplikovaného truchlení nabídne kontakt na psychologa či účast na setkání svépomocné pozůstalostní skupinky. Jednou za rok se také koná velké vzpomínkové setkání na zemřelé, na něž jsou zváni pozůstalí klientů, kteří zemřeli v posledních letech v péči hospice.

Poskytování duchovní péče

Duchovní péče je nabídnuta klientovi a jeho blízkým sociální pracovníci při příjmu – ten je totiž často jedinou příležitostí pro sociální pracovníci dostat se do rodiny. Zároveň má při příjmu velmi malé množství času na to, aby zjistila veškeré informace, které ke své práci potřebuje, proto se nabídka duchovní péče většinou omezí pouze na dotaz, jestli má klient nějaké spirituální potřeby, případně či je věřící a stál by o návštěvu duchovního. Na tuto nabídku reaguje naprostá většina klientů i jejich rodin odmítnutím. Důvodem tohoto častého odmítání by mohlo být, že klienti nerozumí správně pojmu „spirituální potřeby“ a neví tudíž, co si pod ním mají představit. Proto bude empirická část této práce zaměřena na zjištění, jak klienti pojem spirituálních potřeb chápou, zda jsou si nějakých svých spirituálních potřeb vědomi a zda je pro ně spiritualita důležitá.

2. Spirituální potřeby člověka

2.1 Druhy lidských potřeb

Lidské potřeby mohou být děleny podle různých kritérií. Tato práce vychází z holistického přístupu a z něj odvozených čtyř druhů potřeb: biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Naplnění všech těchto potřeb je cílem hospicové péče, proto je pro ni charakteristický multidisciplinární přístup.

Jako lidé máme společné potřeby, avšak jejich kvalita i kvantita se v průběhu života každého z nás mění. V následujícím textu budou představeny jednotlivé druhy potřeb s konkrétními příklady, s nimiž je možné se v hospicové péči setkat nejčastěji. Je však třeba mít na zřeteli, že jednotlivé okruhy potřeb se vzájemně prolínají a doplňují.

Spirituální potřeby

Dle Svatošové se mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že se jedná o uspokojování potřeb věřících. Zároveň ale Svatošová také dodává, že věřící lidé většinou ví, jak své duchovní potřeby naplnit. Tyto potřeby mají ale všichni lidé, ať už se hlásí k nějakému náboženskému přesvědčení, nebo ne.³⁵ Protože jsou spirituální potřeby stěžejním tématem této práce, budou podrobněji popsány v podkapitole 2. 3.

Biologické potřeby

Jedná se o základní potřeby, které zajišťují přežití člověka. Patří mezi ně např. spánek, příjem tekutin a stravy, vyměšování, potřeba hygieny, sexuální potřeby apod. Hospicová péče se nejčastěji zaměřuje na tlumení bolesti a dušnosti. Dalšími častými obtížemi jsou: slabost, nauzea a zvracení, problémy s močením a vyměšováním, chronické rány či krvácivé projevy.³⁶ U imobilních pacientů je také důležité pomocí polohování předcházet vzniku dekubitů.

Na příkladu dušnosti můžeme vidět, jak se jednotlivé dimenze lidského bytí navzájem prolínají. Dušnost je fyziologickým nedostatkem, a tedy základní biologickou potřebou. Zároveň je ale také výrazným zdrojem úzkosti. Podaří-li se odstranit dušnost, dojde i ke zlepšení psychického stavu pacienta.

³⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 23.

³⁶ Srov. KALVACH, Z. et al. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty...*, s. 14.

Sociální potřeby

Člověk je tvor společenský a vyhledává kontakt s ostatními lidmi, potřebuje zažívat pocit sounáležitosti, pečovat o vztahy s druhými lidmi, dávat jim svou lásku, ale také ji od nich přijímat. Většina lidí si přeje strávit své poslední chvíle doma mezi svými nejbližšími. I v případech vážného onemocnění je možné toto přání za přítomnosti pečující rodiny a podpory domácího hospice splnit. K sociálním obtížím, které pomáhá sociální pracovnice v domácím hospici řešit, patří nejčastěji narušené vztahy v rodině, finanční zabezpečení klienta a jeho rodiny (příspěvek na péči, invalidní důchod, vdovský / vdovecký a sirotčí důchod, příspěvek na bydlení, dávky hmotné nouze apod.), hmotné zajištění (převody vlastnictví a dispozičních práv) apod.³⁷

Psychologické potřeby

V psychologickém slovníku je potřeba charakterizována jako stav organismu, jehož vnitřní rovnováha byla v důsledku nedostatku nebo přebytku v některé z oblastí narušena. Naplněním potřeby dochází k obnovení rovnováhy uvnitř organismu. Pojem potřeby je spjat s pojmem hodnot, neboť jejich výběrem je možné saturaci potřeb ovlivnit.³⁸ S potřebami také souvisí kvalita života, neboť ta se zvyšuje současně s tím, jak se daří potřeby uspokojovat.

Jak výstižně uvádí M. Svatošová, není člověk pouze množinou orgánů v koženém vaku, nýbrž jedinečnou bytostí, která má své neopakovatelné poslání. Každý člověk touží po tom, aby ostatní respektovali jeho lidskou důstojnost, tím spíše, když se jeho životní pouť chýlí ke svému konci a jeho tělesná schránka chátrá, případně je již zcela odkázán na péči druhých.³⁹

2.2 Teorie potřeb dle vybraných autorů

Dosud nejznámější teorie lidských potřeb pochází od amerického humanistického psychologa **Abrahama Maslowa** (1908-1970), který uspořádal lidské potřeby do jisté hierarchie podle pořadí jejich

³⁷ Srov. KALVACH, Z. et al. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty...*, s. 14.

³⁸ Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 444.

³⁹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 22.

naléhavosti.⁴⁰ Na prvním místě jsou **biologické potřeby**, jejichž uspokojení je nezbytné k zachování lidské existence. Jejich neuspokojení může zcela ovládnout prožívání a jednání člověka. Pokud jsou základní biologické potřeby uspokojeny, dostává se do popředí **potřeba bezpečí**, která je důležitá např. pro nemocné, kteří ví o vážnosti svého zdravotního stavu. Po uspokojení potřeby bezpečí přichází na řadu **potřeba někam patřit a být milován**. Následuje **potřeba úcty a sebeúcty**. Tyto potřeby nazval Maslow **potřebami nedostatkovými**. Když jsou všechny nedostatkové potřeby člověka nasyceny, nastupují **potřeby růstové**, tedy **potřeba poznání, potřeba krásy a harmonie a potřeba seberealizace** (potřeba mít smysluplné cíle a naplnit svůj potenciál).⁴¹

Na sklonku svého života Maslow vrchol pyramidy doplnil o **potřebu transcendence**, tedy přesahu a prožitku toho, že je člověk součástí většího celku (lidstva, přírody, vesmíru apod.).⁴² Dle Maslowa je probuzení vyšších potřeb závislé na uspokojení nižších potřeb, které jsou uspokojovány přednostně. Toto pravidlo však přestává platit u člověka, kterému se podaří dosáhnout stadia seberealizace a následně transcendence.⁴³

K podobnému zjištění dospěl i **Viktor Emil Frankl** (1905-1997), rakouský neurolog a psychiatr, zakladatel psychoterapeutického směru zvaného logoterapie (logos zde znamená nejen slovo, ale také smysl; jedná se tedy o druh terapie pomáhající prostřednictvím rozhovoru (slovo) nalézt smysl života). Podle Frankla⁴⁴ může člověk nalézt smysl svého života uskutečňováním tří druhů hodnot:

1. **Hodnoty tvůrčí:** Patří sem zejména práce a vytváření hmotných hodnot. Tyto hodnoty většinou lidé oceňují nejvíce, přestože v jejich uskutečňování jsme nejvíce limitováni (nejen zdravím, ale například svou tělesnou konstitucí apod.)

⁴⁰ Maslow tuto svoji teorii zformuloval ve 40. letech 20. století. Srov. KALVACH, Z. et al. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty...*, s. 27.

⁴¹ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*, s. 231nn.

⁴² Potřeba transcendence jako vrchol pyramidy byl publikován v roce 1969 v časopisu hnutí transpersonální psychologie, avšak většina publikací tuto aktualizaci pyramidy potřeb neuvádí. Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*, s. 233.

⁴³ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*, s. 233.

⁴⁴ Srov. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 61nn, 107n.

2. **Hodnoty prožitkové:** Jedná se o hodnoty uskutečňované v prožívání, především o schopnost milovat, setkávat se s druhými lidmi, prožívat krásu přírody a umění apod. V uskutečňování těchto hodnot jsme omezeni podstatně méně než u hodnot předchozích, máme tedy možnost vytvářet je nezávisle na stavu naší tělesné schránky či na naší vnější svobodě.

3. **Hodnoty postojové:** Tyto hodnoty uskutečňuje člověk v těžkých situacích, které není schopen změnit. Jedná se o kategorii hodnot nejvyššího řádu a člověk zde má prakticky neomezenou svobodu. Člověk může například odpustit křivdy, které na něm byly spáchány.⁴⁵ Terminálně nemocní mohou postojové hodnoty uskutečnit tím, že svoji smrtelnou chorobu a s ní spojené utrpení přijmou; tím mohou dle Frankla dát svému životu smysl.

Podle Frankla má život smysl až do posledního dechu, protože člověk má vždy možnost uskutečňovat hodnoty právě tím, jaký postoj zaujme ke svému utrpení, kterému se nelze vyhnout. Frankl toto utrpení nazývá utrpením osudovým.⁴⁶

„Neboť život se jeví v zásadě také ještě tehdy jako smysluplný, i když není ani tvořivě plodný, ani bohatý na zážitky. Existuje totiž další hlavní skupina hodnot, jejichž realizace spočívá právě v tom, jak se člověk staví k omezením svého života.“⁴⁷

Frankl mluví z vlastní zkušenosti, neboť sám dokázal přežít pobyt v koncentračním táboře díky nalezení smyslu i v nejtěžších životních situacích:

„Pro nás v koncentračním táboře to rozhodně nebyla nějaká životu vzdálená spekulace. Pro nás byly takové myšlenky tím jediným, co nám ještě mohlo pomoci. Právě tyto myšlenky nám nedovolily zoufat si ani tehdy, když už jsme neviděli žádnou šanci na přežití. [...] Jakmile jsme si uvědomili smysl utrpení, nechtěli jsme už hloubku utrpení v koncentračním táboře sentimentálně přibarvovat a bagatelizovat tím, že bychom je ‚vytěšňovali‘ nebo se přes ně přenášeli například laciným a křečovitým

⁴⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 33.

⁴⁶ Srov. FRANKL, V. E. *Teorie a terapie neuróz...* s. 234.

⁴⁷ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 62.

optimismem. Utrpení se nám stalo úkolem, jehož smysluplnosti jsme se už nechtěli uzavírat.“⁴⁸

Podle Frankla stojí potřeba smyslu v hodnotovém systému člověka na nejvyšších příčkách. Orgánem smyslu je dle něj svědomí. Náboženství považuje Frankl jen za jeden ze způsobů, které mohou pomoci v hledání a nalézání smyslu vlastního života.⁴⁹

2.3 Spirituální potřeby

2.3.1 Vymezení pojmů spiritualita a religiozita

Při pokusu o definici spirituality narazíme na vícero problémů. Jedním z nich je neurčitost tohoto pojmu,⁵⁰ jehož vymezení je ztíženo množstvím různých pohledů, z nichž lze na spiritualitu nahlížet. Pokusíme-li se o jistou stručnost, lze spiritualitu nahlížet dvěma způsoby:

V **širším pojetí** je spiritualita chápána jako část nitra člověka, která řeší jeho nejdůležitější a nejniternější otázky, tedy otázky existenciální, které se ptají po smyslu života,⁵¹ které určují jeho životní orientaci⁵² a hodnoty, jimiž se v životě řídí. Patří sem tedy i nejdůležitější a nejniternější vztahy každého člověka,⁵³ ať již se jedná o vztahy k sobě, k jiným lidem, k prostředí, k Bohu či jiné vyšší síle,⁵⁴ které však nemusí být vázány na některou z církví. Takto široce pojatá spiritualita, která zahrnuje náboženské i obecně lidské skutečnosti, přináší své klady i zápory. Nevýhodou může být jistá nejasnost pojmu, která může vést k záměnám. Vojtíšek uvádí, že různá chápání spirituality různými autory ztěžuje psychologická zkoumání spirituality pomocí kvalitativních výzkumů.⁵⁵ Dle Opatrného je však užití takto široce pojatého pojmu výhodou v oblasti spirituální péče o nemocné, protože zde jde především o pochopení situace nemocného a o hledání odpovědí na jeho existenciální otázky.⁵⁶

⁴⁸ FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano...*, s. 98.

⁴⁹ Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*, s. 61n, 91.; srov. SMĚKAL, V. *Psychologie duchovního života*, s. 23.

⁵⁰ Srov. VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*, s. 15.

⁵¹ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 64.

⁵² Srov. OPATRNÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 28.

⁵³ Srov. tamtéž, s. 28.

⁵⁴ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 64.

⁵⁵ Srov. VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*, s. 15.

⁵⁶ Srov. OPATRNÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 29.

V **užším pojetí** bývá spiritualita vztahována ke konkrétní náboženské instituci, k členství v této instituci a vyznávání jejich hodnot. V tomto případě hovoříme o **náboženské spiritualitě** nebo také **religiozitě**.⁵⁷ Pojem religiozita bývá částí naší populace spojován s negativními konotacemi jako je dogma, strnulost, omezování či zastaralost. Naopak spiritualita asociuje autentický duchovní prožitek, individuální tvořivost nebo svobodný rozvoj.⁵⁸ Pojmy spiritualita a religiozita nejsou tedy totožné, jsou však vzájemně provázané. Spojujícím prvkem obou pojetí je vztahovost, která zahrnuje vztahy k sobě, k druhým lidem, k okolnímu světu i k vyšší realitě. Tyto vztahy se vzájemně prolínají i ovlivňují. A tak může člověk například skrze zkušenost hlubokého vztahu k milovanému člověku, skrze krásu přírody nebo uměleckého díla zažít přítomnost vyšší reality či přímo Boha.⁵⁹

Ačkoliv přístupů ke spiritualitě je velmi mnoho, v této práci budeme vycházet z výše uvedených popisů – pojem spiritualita bude užíván v širším slova smyslu; pro spiritualitu v užším slova smyslu budou užity termíny religiozita či náboženskost.

2.3.2 Druhy spirituálních potřeb

„A tak zůstává víra, naděje, láska – ale největší z té trojice je láska.“ 1K 13,13

Víra, naděje a láska, tedy tři božské ctnosti,⁶⁰ jsou zároveň obecnějšími kategoriemi duchovních potřeb, neboli třemi stěžejními spirituálními potřebami, ze kterých lze odvozovat potřeby konkrétnějšího charakteru. Všechny tři potřeby spolu úzce souvisí – víra nám dává naději, poskytuje nám opěrné body a umožňuje nám doufat. Zároveň souvisí víra s láskou, neboť každý člověk potřebuje zažívat lásku toho, komu věří. Láska také posiluje člověka v jeho naději i víře.⁶¹ Pro Karla Rahnera, jednoho z nejvýznamnějších teologů 20. století, znamená spiritualita

⁵⁷ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 64.

⁵⁸ Srov. VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*, s. 11.

⁵⁹ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 65.

⁶⁰ Tyto tři nadpřirozené ctnosti, bývají nazývané též božské, protože se vztahují bezprostředně na Boha, jaký je sám v sobě. V nich a skrze ně působí sám Bůh. Srov. RAHNER, K., VORGRIMLER, H. *Teologický slovník*, s. 77.

⁶¹ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 159n.

vědomé a metodické rozvíjení víry, naděje a lásky.⁶² Také Smékal považuje víru, naději a lásku za tři nejdůležitější cnosti, které jsou dle něj východiskem pro důstojný život a ideálem obnovy osobnosti i společnosti.⁶³

Víra

*„I když půjdu roklí šeré smrti,
nebudu se bát ničeho zlého,
vždyť se mnou jsi ty. (...)“ Ž 23,4*

Biblická víra se zakládá na důvěře v Boha, v jeho všemohoucnost a moudrost. Ve Starém zákoně se objevuje víra jako požadavek smlouvy – Bůh dokazuje svoji zaangažovanost v dějinách Izraele a ten má na oplátku věřit v Hospodina přes všechny nesnáze, které jeho život doprovází. K víře v Boha neoddělitelně patří poslušnost vůči příkázáním Zákona, která je součástí smlouvy; hrozí však formalismus, který pečuje více o rituální předpisy než o mravní požadavky.⁶⁴

V Novém zákoně zdůrazňuje apoštol Pavel, že věřící člověk se nemůže odvolávat na svou vlastní spravedlnost a spoléhat se na své vlastní skutky, i když jsou správné. Může se opírat jen o samotného Boha a jeho milost. Spása není právem, kterého bychom se mohli dovolávat. Je Boží milostí, kterou přijímáme ve víře. Janovo evangelium je evangeliem víry. Je nutné uvěřit v Ježíše Krista, neboť věřit v něj a věřit v Boha je totožné, protože oba jsou jedno a sama tato jednota je předmětem víry. Evangelista Jan je spolu se sv. Pavlem přesvědčen, že víra vede člověka k poznání Boží lásky k lidem.⁶⁵

Smékal předkládá tři stránky víry:

1. Věřit někomu a něčemu: Když někomu věříme, pokládáme ho za pravdivého; podobně když věříme něčemu, má to pro nás hodnotu, případně nám to může být nápomocno (např. víra, že lék má uzdravující sílu).

⁶² Srov. SMÉKAL, V. *O lidské povaze...*, s. 159.

⁶³ Srov. SMÉKAL, V. *Psychologie duchovního života*, s. 95.

⁶⁴ Srov. Kolektiv autorů. *Slovník biblické teologie*, s. 550nn.

⁶⁵ Srov. Kolektiv autorů. *Slovník biblické teologie*, s. 554n.

2. Věřit v někoho a v něco: Věřit v někoho znamená naději, že mě druhý člověk nezklame, že je mým přítelem a mohu se na něj spolehnout. Věřit v něco znamená uznávat a přijímat to (např. názor).

3. Víra jako stav duše: Tato víra je prožitkem souhlasu, je spojena s vědomím smyslu a pocitem odpovědnosti, který nás zavazuje, abychom v souladu s touto vírou jednali.⁶⁶

Potřebujeme věřit v Boha, který je dobrý, případně ve vyšší realitu, která nás přesahuje a za kterou má smysl jít; v to, že svět je v zásadě dobré místo pro život; v sebe sama a své schopnosti a konečně potřebujeme mít také důvěru v lidi kolem sebe.⁶⁷ Zatímco potřeby víry či náboženských rituálů jsou vázané na religiozitu daného člověka, je potřeba věřit ve druhé lidi společná všem lidem bez ohledu na jejich vyznání. Všichni také máme společnou potřebu věřit v sebe sama a být si vědomi své vlastní lidské důstojnosti v inherentním slova smyslu, tedy bez ohledu na naše zásluhy či stav naší tělesné schránky. Další konkrétní potřebou, kterou lze předpokládat u všech lidí, je potřeba žít život v souladu se svým svědomím a se svými hodnotami. Suchomelová tuto potřebu nazývá potřebou vnitřní pravdivosti.⁶⁸

Naděje

„Dobrý je Hospodin k těm, kdo v něho naději složí, k duši, jež se na jeho vůli dotazuje.“ Pl 3,25

Naděje na šťastnou budoucnost zaujímá v životě starozákonního Izraele význačné místo. Bůh vyvolenému národu přislíbil nádhernou budoucnost, která jej čeká ne na tomto světě, ale v nebeském domově. Očekávání této budoucnosti je podepřeno Boží věrností a lidskou důvěrou v ni. V Novém zákoně hlásá Ježíš Kristus příchod Božího království na tento svět, avšak jedná se o království duchovní, přístupné pouze skrze víru.⁶⁹

Naděje je důvěrou, že se i přes nepříznivé životní okolnosti stane to, co je žádoucí a dobré. Jako lidé jsme schopni si tuto základní důvěru vytvořit. V Eriksonově teorii vývoje je vytvoření důvěry definováno jako

⁶⁶ Srov. SMÉKAL, V. *O lidské povaze...*, s. 171.

⁶⁷ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 159.

⁶⁸ Srov. tamtéž, s. 219.

⁶⁹ Srov. Kolektiv autorů. *Slovník biblické teologie*, s. 246.

základní vývojový úkol.⁷⁰ Tento úkol je třeba zvládnout v prvním roce života, komu se to nepodaří, prožívá v dalším životě nejistotu a úzkost.⁷¹

Člověk naději k životu potřebuje, obzvláště v těžké situaci, jakou vážná nemoc bezesporu je. Terminálně nemocní a jejich blízcí ale mnohdy redukují svoji naději pouze na vyléčení a připravují se tím o možnost najít i jiné zdroje naděje, jejichž naplnění je však na rozdíl od uzdravení možné. Pro umírající je důležité vědět, že i jejich život má smysl, přestože tělesná schránka chátrá a duševní síly ubývají. Naděje velmi úzce souvisí se smyslem, který může nemocný ve svém životě nalézt i v situacích, kdy to vypadá, že už žádný smysl není.⁷²

Všichni toužíme po naději, že křivdy budou napraveny a zranění uzdravena, dobré skutky odměněny a že náš život nebude zapomenut.⁷³ Pro nemocné v hospicové péči je zásadní naděje, že nebudou opuštěni. Tato naděje by se měla naplnit ve všech čtyřech rovinách nemocného, tedy v rovině biologické, sociální, psychologické a duchovní. Pro věřícího člověka je vrcholnou nadějí spočinutí v Boží náruči, tedy naděje na věčný život.⁷⁴ Dále pak také naděje v Boží pomoc a v to, že životní těžkosti v sobě urývají nějaký vyšší smysl⁷⁵. Všem lidem bez rozdílu vyznání je společná potřeba krásy a tvořivosti⁷⁶ a také potřeba mít se na co těšit a nacházet v každodenním životě drobné radosti.⁷⁷

Láska

„Ať se děje cokoli, láska vydrží, láska věří, láska má naději, láska vytrvá.“ 1K 13,7

⁷⁰ Erik H. Erikson vypracoval teorii osmi stádií celoživotního vývoje týkající se sociálních stránek psychiky. V každém z životních období je třeba řešit určitý specifický úkol, jehož úspěšné zvládnutí je předpokladem pro přechod do období následujícího. Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník* s. 685; Eriksonova manželka Joan později doplnila ještě deváté stadium týkající se stáří, které s sebou přináší tělesnou i duševní dezintegraci, pocity neužitečnosti a zároveň hovoří o pokoře a přijetí závislosti. Srov. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*, s. 252.

⁷¹ Srov. SMÉKAL, V. *Psychologie duchovního života*, s. 99.

⁷² Viz kapitola 2.1.2 a hledání životního smyslu u V. E. Frankla.

⁷³ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 159.

⁷⁴ Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 43n.

⁷⁵ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 218n.

⁷⁶ Srov. Kolektiv autorů. *Spiritualita v paliativní péči...*, s. 24.

⁷⁷ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 225.

Bible nám dává odpověď na to, jaký je vztah mezi láskou k Bohu a láskou k lidem: „*Bůh se rozhodnul z vlastní vůle navázat s člověkem vztah lásky a učí jej tak vzájemné lásce mezi lidmi.*“⁷⁸ Láska spojuje naději a víru a zároveň je jim nadřazena.⁷⁹ Láska má několik druhů (amor, caritas, gratia a pietas) a uskutečňuje se ve všech čtyřech dimenzích člověka.⁸⁰

Příkázání lásky k Bohu bylo už ve Starém zákoně doplněno o druhé příkázání – „*(...) budeš milovat svého bližního jako sebe samého. (...)*“
Lv 19,18

Izraelitům tedy bylo uloženo, všimnout si lidí kolem sebe a bylo považováno za urážku Boha, když se chovali k druhým nevšimavě či dokonce nepřátelsky. Židovství už před Kristovým příchodem prohlubovalo pojem bratrské lásky, do které zahrnovalo dokonce i protivníka a pohanského nepřítel. Jednalo se tedy o lásku, která zahrnovala všechny lidi, avšak Izrael měl trvale výsadní postavení. Zároveň se již začalo objevovat přesvědčení, že milovat znamená umožňovat Boží působení ve světě. Ve Starém zákoně se ještě láska objevuje jako jedno z příkázání Zákona, které je rovnocenné s ostatními.

V Novém zákoně se však příkázání lásky dostává již výsadního postavení. Láska k bližnímu je zde neoddělitelná od lásky k Bohu a obě tato příkázání jsou vrcholem Zákona a jediným skutečným příkázáním. Láska k bližnímu tedy není jen pouhou filantropií, ale má hluboce náboženský základ – Bůh je její vzor i zdroj. V Novém zákoně je lidská láska poměřována s nezištnou Boží láskou k člověku – Bůh dává hříšným lidem ke spáse vlastního Syna, aniž by hleděl na jejich zásluhy.⁸¹

Láska odplácí zlé dobrem, nenechá se odradit a k jejím výrazným znakům patří i neomezené **odpuštění**.⁸² Odpuštění je proces, který se ve své podstatě více týká odpouštějícího než toho, komu má být odpuštěno. Odpuštění neznamená zapomenout, že mi někdo ublížil, není to omluva něčího špatného chování. Je to smíření se s tím, že minulost už nezmění a zároveň už nechci, aby tato minulost ovládala moji budoucnost.⁸³ Odpuštění je tedy proces namířený směrem ven – člověk se zabývá

⁷⁸ Kolektiv autorů. *Slovník biblické teologie*, s. 193.

⁷⁹ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 159.

⁸⁰ Srov. SMĚKAL, V. *O lidské povaze...*, s. 178.

⁸¹ Srov. Kolektiv autorů. *Slovník biblické teologie*, s. 196n.

⁸² Srov. Kolektiv autorů. *Slovník biblické teologie*, s. 197.

⁸³ Srov. BYOCK, I. *Čtyři klíče k životu*, s. 14n.

zraněním, které mu bylo způsobeno, cítí se jako oběť. Opuštěním získává zpět svoji svobodu, už není na svém „dlužníkovi“ závislý. To ale neznamená, že „dlužník“ dál nenese svoji morální odpovědnost.⁸⁴ A konečně člověk také musí umět odpustit sám sobě a přijmout se i se svými chybami. Někdy jsme to i my sami, kdo ublíží ostatním – pak přichází na řadu lítost, tedy proces namířený směrem dovnitř. Člověk zpracovává svoji vlastní vinu a pokouší se znovu dosáhnout své vlastní integrity.⁸⁵

Každý z nás potřebuje mít v životě někoho, koho miluje a kým je milován, mít někoho, kdo nás vyslechne a poskytne podporu, někoho, kdo nás potřebuje.⁸⁶ Lásky je základem lidských vztahů a ty jsou naším nejcennějším majetkem.⁸⁷ Proto pro nás také naše vztahy nabývají před smrtí na významu. Praktický lékař a geriatr Hugo Příbyl zrealizoval vlastní výzkum týkající se potřeb seniorů. Ve své praxi si totiž začal všimnout toho, že potřeby mladších a starších seniorů se liší, což následně i svým výzkumem potvrdil. Zatímco pro mladší seniory (65-70 let), kteří jsou ještě většinou fyzicky aktivní a soběstační, byla nejdůležitější potřeba ekonomického zajištění a rodina se umístila až na třetí příčce žebříčku potřeb, ukázala se naopak rodina být tím nejdůležitějším pro starší seniory (nad 80 let). Dobré vztahy s rodinou a v rodině jsou pro ně důležitější, než peníze nebo možnost o sobě rozhodovat. Podle Příbyla lidé s přibývajícím věkem více lpí na rodině a ta se pro ně stává prioritou.⁸⁸ Lze tedy předpokládat, že pacienti v hospicové péči budou potřeby týkající se vztahů ke svým nejbližším považovat za jedny z nejdůležitějších.

V této podkapitole jsme si představili kategorie duchovních potřeb, jimiž jsou **víra**, **naděje** a **láska**. A tak jako je láska nejdůležitější ctností z uvedené trojice, je možná i tou nejdůležitější potřebou stojící v pozadí všech potřeb ostatních. Protože i Bůh sám je láska a naše cesta k němu i druhým vede skrze lásku.

⁸⁴ Srov. LÄNGLE, A., BÜRGI, D. *Wenn das Leben pflügt...*, s. 81n.

⁸⁵ Srov. tamtéž, s. 79n.

⁸⁶ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita...*, s. 159.

⁸⁷ Srov. BYOCK, I. *Čtyři klíče k životu*, s. 30.

⁸⁸ Srov. PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*, s. 70-71.

3. Chápání spirituálních potřeb klienty vybraného domácího hospice

V této kapitole bude představeno empirické šetření, jehož hlavním cílem bylo zjištění, jak klienti vybraného domácího hospice rozumí pojmu spirituálních potřeb. Nejdříve bude představen hlavní cíl této práce, včetně dílčího cíle a výzkumných otázek. Následně bude popsána metodika výzkumu a poté prezentovány jeho výsledky. Přepisy relevantních částí rozhovorů budou uvedeny v Příloze II.

3.1 Chápání a význam spirituálních potřeb u klientů vybraného domácího hospice

Zaměstnanci vybraného domácího hospice se snaží zlepšit kvalitu života svých klientů nabídkou komplexní péče, která má uspokojit potřeby klienta pramenící ze všech čtyř dimenzí, tedy potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Většinou je to sociální pracovník, který při příjmu klienta do péče v rámci sociálního šetření zjišťuje, zda má klient nějaké spirituální potřeby, případně také zda je věřící a měl by zájem o návštěvu duchovního. Tato nabídka je ve většině případů odmítnuta. V této práci se chceme zaměřit na to, zda zdrojem odmítnutí ze strany klienta nemůže být to, že nabídce sociálního pracovníka dostatečně nerozumí, protože nechápe správně, co jsou to spirituální potřeby a co si pod tímto pojmem má představit.

Hlavním cílem práce je tedy zjištění, jak klienti vybraného domácího hospice chápou pojem spirituální potřeby. Pro dosažení tohoto cíle je stanovena následující výzkumná otázka: *Jak chápou klienti vybraného domácího hospice pojem spirituální potřeby?*

Následně byl stanoven také dílčí cíl, který by měl vést k lepšímu pochopení významu spirituálních potřeb pro klienty. Tímto cílem je zmapování důležitosti vybraných spirituálních potřeb pro klienta.

Výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli práce zní: *Jak důležité jsou pro klienta vybrané spirituální potřeby?*

Zjištění, která z výzkumu vzejdou, by měla vést ke zlepšení komunikace s klienty, lepší identifikaci jejich případných spirituálních potřeb a zefektivnění nabídky pomoci.

Metodika

Metody a techniky sběru dat

K naplnění cíle práce je použita metoda kvalitativního výzkumu, mezi jehož přednosti patří možnost získání podrobného vhledu do situace respondenta, kterého zkoumá v jeho přirozeném prostředí, a také větší pružnost této metody, jež umožňuje modifikovat nebo doplňovat otázky v průběhu výzkumu, ale i během sběru a analýzy dat.⁸⁹

S ohledem na povahu zkoumaného tématu bude použita metoda dotazování, která může být v kvalitativním výzkumu realizována pomocí techniky rozhovoru.⁹⁰ V našem výzkumu se jedná o rozhovor pomocí návodu,⁹¹ nazývaný též polostrukturovaný rozhovor,⁹² při němž si výzkumník připraví seznam otázek či témat, která chce v rámci rozhovoru s respondentem probrat.⁹³ Výzkumník má volnost ve formulaci otázek a pořadí jejich kladení dle situace. Důležitá a citlivá témata jsou umístována ke konci rozhovoru. Je pravděpodobné, že během rozhovoru vyvstanou témata, se kterými výzkumník předem nepočítal. Otázky by měly být formulovány jako otevřené a dávat tak respondentovi možnost a prostor pro svobodné vyjádření.⁹⁴

Charakteristika výzkumného souboru a způsob jeho výběru

Za účelem zapojení se do výzkumu byli osloveni všichni klienti vybraného domácího hospice, jejichž zdravotní a psychický stav účast ve výzkumu umožňoval. Jedná se o takzvaný účelový výběr výzkumného souboru, „*v jehož rámci zkoumáme jasně vymezený a daný jev u dané skupiny, přičemž důležitá je právě skutečnost, že nikde jinde potřebnou informaci neseženeme.*“⁹⁵ Celkem bylo osloveno jedenáct klientů, z nichž dva účast na výzkumu odmítli poté, co zjistili, že rozhovor bude nahráván. Tři klienti s poskytnutím rozhovoru souhlasili, avšak jejich zdravotní stav se natolik rychle zhoršil, že již nebylo možné rozhovor realizovat a tito klienti záhy zemřeli. Se zbývajících šesti klienty byl rozhovor zrealizován, avšak jeden z těchto klientů neposkytl souhlas s nahráváním rozhovoru. Rozhovory

⁸⁹ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum...*, s. 48n.

⁹⁰ Srov. HRICOVÁ, A. et al. *Metodologie v sociální práci*, s. 27.

⁹¹ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum...*, s. 180n.

⁹² Srov. HRICOVÁ, A. et al. *Metodologie v sociální práci*, s. 29.

⁹³ Seznam otázek je uveden v Příloze I.

⁹⁴ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum...*, s. 180n.

⁹⁵ Novotná in: HRICOVÁ, A. et al. *Metodologie v sociální práci*, s. 83.

probíhaly v domácím prostředí klientů, pouze jeden z klientů nepobývá ve svém vlastním prostředí, ale u své dcery, která o něj pečuje.

Co se samotné realizace rozhovorů s klienty týče, probíhaly dle pěti etap popsaných Wildemuthovou a Zhangovou⁹⁶. Zásady dobré komunikace jsou důležité, avšak nenaučí nás, co přesně říci konkrétnímu nemocnému v konkrétní situaci. Z tohoto důvodu byla aplikována Svatošovou doporučená „metoda klika a rohožka“, která neznamena nic jiného, než zastavit se před vkročením do bytu respondenta a celý rozhovor svěřit do Božích rukou.⁹⁷ Poté již samotné rozhovory probíhaly následovně dle etap popsaných Wildemuthovou a Zhangovou:

V první etapě výzkumník klientovi – respondentovi znovu zopakoval cíl výzkumu, respondent byl ujistěn, že jeho účast bude ryze anonymní a že odpovědi na otázky jsou dobrovolné, nemusí tedy zodpovídat dotazy, které by pro něj byly citlivé či jinak nepříjemné. Následně výzkumník požádal respondenta o souhlas s účastí na výzkumu a souhlas s nahráváním. V další etapě, která slouží k takzvanému rozehrání, se pokusil výzkumník navázat s respondentem vztah neformální komunikací. Každý respondent byl také vyzván, aby si pro tento výzkum navrhl svůj vlastní pseudonym. Poté výzkumník upozornil respondenta a zapnul nahrávací zařízení ve svém mobilním telefonu a znovu požádal o vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu. Ve třetí etapě byl realizován vlastní sběr dat podle připravených témat. Ve čtvrté etapě, nazývané zchladnutí, přešel rozhovor opět do neformální roviny, během níž bylo ukončeno nahrávání rozhovoru, na což byl respondent výzkumníkem upozorněn. V poslední fázi došlo k ukončení rozhovoru, poděkování respondentovi za jeho účast na výzkumu a rozloučení se.

Rozhovory byly realizovány v období od 1. 2. 2024 do 28. 2. 2024 a účastnili se jich tito respondenti:

Respondent č. 1 – pseudonym **paní Irena** – žena, 90 let, vdova, diagnóza srdeční selhání, pečující osobou je jedna z dcer. Délka realizovaného rozhovoru byla 32 minut.

⁹⁶ Srov. Wildemuth a Zhang in: HRICOVÁ, A. et al. *Metodologie v sociální práci*, s. 30.

⁹⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 55.

Respondent č. 2 – pseudonym **pan J. J.** – muž, 86 let, ženatý, diagnóza CHOPN ve IV. stadiu, pečujícími osobami jsou manželka a obě dcery. Rozhovor byl realizován nadvakrát, celkem 128 minut.

Respondent č. 3 – pseudonym **paní Eleonora** – žena, 68 let, vdaná, diagnóza rakovina ledviny, pečujícími osobami jsou manžel a obě dcery. Délka realizovaného rozhovoru byla 7 minut.

Respondent č. 4 – pseudonym **paní Růža** – žena, 73 let, vdaná, diagnóza rakovina slinivky, pečující osobou je manžel za podpůrné pomoci obou dcer. Délka realizovaného rozhovoru byla 8 minut.

Respondent č. 5 – pseudonym **paní Bílá** – žena, 84 let, vdova, diagnóza rakovina žlučových cest, pečující osobou je jedna z dcer. Délka realizovaného rozhovoru byla 10 minut.

Respondent č. 6 – pseudonym **paní Antonie** – žena, 80 let, vdova, diagnóza relaps rakoviny prsu, v péči se rovnoměrně střídají syn s dcerou. Délka realizovaného rozhovoru byla 125 minut.

Metody analýzy

Všechny nahrávky rozhovorů byly přepsány doslovnou transkripcí, nejedná se však o fonetickou transkripci, nýbrž o literární opis pomocí české abecedy, který zachovává mluvené slovo tak, jak bylo řečeno.⁹⁸ Následně byl písemný záznam analyzován pomocí kódování. Kódem se rozumí základní významová jednotka textu pojmenovávající určitý textový úsek.⁹⁹ Výzkumník pojmenoval kódy označující jednotlivé kategorie, které chtěl v textu objevit. Např. chápání pojmu spirituální potřeby bylo označeno jako Kód 1 – pojem. Text byl následně vícekrát pročítán a jednotlivým úsekům byly přiřazovány jejich významové kódy. K některým větám, které nesly více významů, bylo přiřazeno více kódů.

Etické aspekty výzkumu

S přípravou a realizací výzkumného šetření je spojená problematika získání poučeného souhlasu respondenta, tedy jeho souhlas se zařazením do výzkumu. Tento souhlas může mít různou podobu, avšak měl by být

⁹⁸ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum...*, s. 216.

⁹⁹ Srov. Miovský in: HRICOVÁ, A. et al. *Metodologie v sociální práci*, s. 133.

vždy dokumentován.¹⁰⁰ V našem případě jsme použili ústně vyslovený souhlas respondenta, který je nahrán v hlasovém záznamu rozhovoru a je též zaznamenán v přepisu rozhovoru.

Etická pravidla je třeba dodržovat během celé realizace výzkumného projektu, a tedy i v souvislosti s prezentací dat, při které je nutné chránit veškeré citlivé a důvěrné informace, které jsme během zkoumání získali, a jejichž prozrazení či zneužití je nutné zabránit.¹⁰¹ Protože jsme v našich rozhovorech získávali citlivá data a často se seznamovali s životními příběhy respondentů, nebudeme z důvodu jejich ochrany v této práci uvádět kompletní přepisy rozhovorů; ty však budou v případě potřeby dostupné u autora výzkumu.

3.2 Prezentace výsledků výzkumu

Porozumění pojmu spirituálních potřeb

Pokusíme-li se z odpovědí respondentů zodpovědět výzkumnou otázku, tedy: Jak klienti vybraného domácího hospice rozumí pojmu spirituálních potřeb, můžeme konstatovat, že tomuto pojmu nerozumí, že je pro ně příliš složitý a neví, co si pod ním mají představit.

V rozhovoru bylo dále zjišťováno, zda má případná respondentova víra vliv na jeho porozumění pojmu spirituálních potřeb. Respondenti byli tedy dotazováni, zda se považují za věřící, byla zjišťována jejich příslušnost k některé z církví a zda věří v Boha a posmrtný život. Ukázalo se, že variabilita přístupů k vlastní víře může být poměrně velká, tedy že respondent sice může věřit v Boha, ale nemusí věřit v posmrtný život nebo sám sebe může například prohlásit za „*husitu*“, ale v Boha nevěřit. Souhrnem lze říci, že mezi respondenty byli jak věřící, tak nevěřící, ale i lidé „*tak trochu*“ věřící, přesto však nikdo z nich nerozuměl pojmu spirituální potřeby. Lze tedy konstatovat, že víra respondentů či jejich příslušnost k církvi neměla na jejich porozumění pojmu spirituálních potřeb vliv.

Abychom se přesvědčili, zda jsou pro klienty vybraného domácího hospice spirituální potřeby v jejich životě důležité, byl následně stanoven

¹⁰⁰ Srov. HRICOVÁ, A. et al. *Metodologie v sociální práci*, s. 87.

¹⁰¹ Srov. Reichel in: HRICOVÁ, A. et al. *Metodologie v sociální práci*, s. 93.

i dílčí cíl. V souladu s teorií uvedenou v podkapitole 2.3.2 byly vybrány tři druhy spirituálních potřeb tak, aby zároveň vycházely z obecnějších kategorií duchovních potřeb, jimiž jsou víra, naděje a láska.

Otázka dílčího cíle zní: *Jak důležité jsou pro klienta vybrané spirituální potřeby?*

Význam etických hodnot v životě klientů vybraného domácího hospice

Z oblasti víry byla vybrána potřeba **žít život v souladu se svým svědomím**, případně hodnotami. Předpokládali jsme, že věřící respondenti budou žít a činit životní rozhodnutí v souladu s hodnotami své víry a zajímalo nás, zda je i pro nevěřící respondenty důležité mít svůj vlastní žebříček hodnot a podle něj se orientovat. Tato otázka se ukázala být pro respondenty nejtěžší. Většina z nich se nad dotazem dlouho zamýšlela, jedna respondentka se rozhodla neodpovědět vůbec, pro jednoho respondenta nebyla tato potřeba důležitá, pro zbývající čtyři v podstatě ano.

Význam naděje v životě klientů vybraného domácího hospice

Z oblasti naděje byla vybrána potřeba **mít se na co těšit**, abychom si ověřili, zda je naděje a těšení se z drobných radostí v hospicové péči důležitým tématem. Původně měl autor výzkumu záměr ptát se respondentů na zdroj jejich naděje, avšak při předběžném testování se tato otázka ukázala jako příliš složitá kvůli své neurčitosti. Z výpovědí lze vyčíst, že pro čtyři respondenty je důležité mít se na co těšit. Dva z respondentů bohužel neodpověděli úplně přesně na položenou otázku.

Význam blízkých rodinných vztahů v životě klientů vybraného domácího hospice

Z kategorie lásky byla vybrána potřeba **mít urovnané vztahy se svými blízkými**. V podkapitole 2.3.2 bylo uvedeno, že vztahy bývají pro většinu lidí tím nejcennějším majetkem a před smrtí nabývají na svém významu, proto nás zajímalo, jestli se tato myšlenka potvrdí i v praxi u respondentů z hospice, jež jsou si vědomi toho, že se jejich život chýlí ke svému konci. Odpovědi ukazují, že rodina a dobré vztahy mezi jejími členy se jeví být pro všechny respondenty jako velmi důležité. Většina respondentů se k tématu rodiny během hovoru často vracela nebo je zmiňovala v odpovědích na jiné otázky. Při bližším pohledu vidíme, že rodina a dobré

vztahy v ní jsou pro pět z šesti respondentů velmi důležité, často jsou dokonce tou nejdůležitější potřebou v jejich životě.

Odpověď na otázku dílčího cíle zní: všechny tři uvedené spirituální potřeby, tedy potřeba žít život v souladu se svým svědomím, mít se na co těšit a mít urovnané vztahy se svými blízkými jsou pro většinu respondentů důležité, přičemž nejdůležitější se ukázala být potřeba dobrých vztahů v rodině. Potvrzuje se tedy myšlenka uvedená v podkapitole 2.3.2, že naše vztahy jsou pro nás tím nejcennějším a jejich důležitost s vědomím blízcího se konce života narůstá. Závěrem lze konstatovat, že oba cíle výzkumu, hlavní i dílčí, byly naplněny.

3.3 Shrnutí

Hlavním cílem výzkumu bylo zjištění, zda klienti vybraného domácího hospice rozumí pojmu spirituální potřeby. Výzkumem bylo zjištěno, že klienti tomuto pojmu nerozumí a je pro ně příliš složitý. V našem malém vzorku respondentů nebylo chápání pojmu spirituálních potřeb ovlivněno případnou vírou respondenta. Bylo by zajímavé tuto myšlenku ověřit na větším množství respondentů. V této souvislosti bychom chtěli uvést, že pojem spirituálních potřeb nemusí být nesrozumitelný jen pro klienty hospice, ale často jej správně nechápou ani samotní zaměstnanci. Přitom je to ale vždy celý tým, který se má na naplňování těchto potřeb podílet. Bylo by tedy dobré vyjasnit si pojmy také uvnitř týmu, aby zaměstnanci byli schopni lépe spirituální potřeby rozpoznat. Zároveň by bylo žádoucí komunikovat s klientem jazykem, který pro něj bude srozumitelný a vyvarovat se cizích slov. Také je dobré uvědomit si, že ne každý klient, který se označí za věřícího, opravdu věří v Boha a má tudíž nějaké religiozní potřeby, které by si přál naplnit.

Dílčím cílem výzkumu bylo zjištění, jakou důležitost hrají vybrané tři spirituální potřeby v životě respondentů. Ukázalo se, že všechny z těchto potřeb jsou pro většinu klientů důležité, přičemž úplně nejdůležitější se ukázala být potřeba urovnaných vztahů s blízkými osobami klienta. Nebylo cílem této práce zjišťovat, jak moc jsou jednotlivé potřeby klienta satureovány, lze však předpokládat, že klienti, o něž v domácím prostředí jejich blízcí pečují, by pravděpodobně vykazovali vyšší míru uspokojení těchto potřeb než například klienti lůžkového hospice nebo pacienti

paliativních oddělení nemocnic. Bylo by tedy zajímavé věnovat se v budoucnu také této oblasti.

Na tomto místě bychom také rádi uvedli, že nás během výzkumu zaujalo, jak obtížné bylo pro klienty vypořádat se s otázkou důležitosti žít život v souladu se svým svědomím. I když většina odpověděla kladně, všichni si odpověď dlouho rozmýšleli, jedna respondentka odpovědět nechtěla a jeden respondent se touto otázkou ve svém životě nezabývá. Bylo by zajímavé zamyslet se, zda tento stav nemůže souviset s dnešní dobou, která nás už nevede ke zpytování svědomí a jeho očišťování ve svátosti smíření, ale chováme se, jako by hřích přestal existovat a pro všechny naše poklesky hledáme ospravedlnění v podobě nemoci, vlivu prostředí, výchovy apod.

Závěr

V této práci jsme se zabývali tím, jak klienti vybraného domácího hospice chápou pojem spirituální potřeby. Práce má celkem tři části. V první z nich jsme si přiblížili, čemu se věnuje paliativní péče, věnovali jsme se její historii, uvedli jsme její definice a nastínili její specifika a formy. Následně zde byl představen domácí hospic, v němž bylo realizováno empirické šetření.

Druhá část práce pojednávala o spirituálních potřebách. Ty byly nejdříve obecně představeny, bylo uvedeno jejich rozdělení a některé z přístupů k těmto potřebám. Podrobněji jsme se pak zabývali spirituálními potřebami, přičemž jsme si vymezili pojmy spiritualita a religiozita a následně jsme uvedli konkrétní spirituální potřeby.

Ve třetí části práce bylo představeno empirické šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit, jak klienti vybraného domácího hospice chápou pojem spirituální potřeby. Výzkum nám ukázal, že klienti tomuto pojmu nerozumí, což vede k negaci případných spirituálních potřeb a může vést také k odmítnutí nabídky spirituální péče, jež je klientovi nabízena. Dílčím cílem výzkumu bylo zjištění, jakou důležitost klient přikládá vybraným spirituálním potřebám. Jednalo se o potřeby žít život v souladu se svým svědomím, mít se na co těšit a mít urovnané vztahy se svými blízkými. Z výzkumu vzešlo zjištění, že pro většinu klientů jsou tyto potřeby důležité, přičemž jako nejdůležitější se pro klienty ukázala být potřeba dobrých rodinných vztahů. Závěrem lze konstatovat, že oba cíle práce, hlavní i dílčí, byly naplněny.

Seznam použitých zdrojů

Bibliografie

ARIÈS, P. *Dějiny smrti*. Praha: Argo, 2020. ISBN 978-80-257-3251-9.

Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona. Český ekumenický překlad. 4. přepracované vydání. Praha: Česká biblická společnost, 1993. ISBN 80-900881-7-1.

BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. et al. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Most k domovu, 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.

BYOCK, I. *Čtyři klíče k životu*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0777-1.

FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano: Psycholog prožívá koncentrační tábor*. Páté vydání. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2018. ISBN 978-80-7566-022-0.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 978-80-7295-195-6.

FRANKL, V. E. *Teorie a terapie neuróz: Úvod do logoterapie a existenciální analýzy*. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1478-6.

GAWANDE, A. *Nežijeme věčně: Medicína a poslední věci člověka*. Praha: Dokořán, 2016. ISBN 978-80-7363-702-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

HRICOVÁ, A. et al. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3636-0.

IGNATIEFF, M. *O útěše: Jak žít s nadějí v temných časech*. Praha: Kalich, 2023. ISBN 978-80-7017-327-5.

KALVACH, Z. et al. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.

KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

Kolektiv autorů. *Slovník biblické teologie*. Český překlad 5. vydání z roku 1981. Řím: Velehrad - Křesťanská akademie, 1991. ISBN neuvedeno.

Kolektiv autorů. *Spiritualita v paliativní péči: Příručka pro pečující*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna a TF JU, 2023. ISBN neuvedeno.

KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

LÄNGLE, A., BÜRGI, D. *Wenn das Leben pflügt: Krise und Leid als existentielle Herausforderung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2016. ISBN 978-3-525-40259-7.

MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

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

PARKES, M. C. et al. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.

PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.

RAHNER, K., VORGRIMLER, H. *Teologický slovník*. Vydání druhé, revidované. Praha: Vyšehrad, 2009. ISBN 978-80-7021-934-8.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Druhé, nezměněné vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SMĚKAL, V. *O lidské povaze: Krátká zamyšlení nad psychickou a duchovní kulturou osobnosti*. Brno: Cesta, 2005. ISBN 80-7295-069-X.

SMĚKAL, V. *Psychologie duchovního života*. Brno: Cesta, 2017. ISBN 978-80-7295-221-2.

SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita: Duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Sedmé, doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4107-9.

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

ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.

VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0088-8.

Elektronické zdroje

CLARK, D. *Women pioneers in 19th century hospice care* [online]. Glasgow: University of Glasgow, Published on April 8th 2014 [cit. 18. února 2024]. Dostupné z: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/women-pioneers-in-19th-century-hospice-care/>.

EMROVÁ, N. *Spiritualita v sociální práci a inspirace v jiných oborech*. Caritas et veritas [online]. 2023, roč. 13, č. 1, s. 121-134. ISSN 1805-0948. Dostupné z: DOI:10.32725/cetv.2023.011.

HAJNOVÁ FUKASOVÁ, E., BUŽGOVÁ, R., FELTL D. *Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči*. Klinická onkologie [online]. 2015, roč. 28, č. 1, s. 13-19. ISSN 1802-5307. Dostupné z: DOI:10.14735/amko201513.

O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům [online]. Praha: Cesta domů, 2004, [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pec_e.pdf.

RADBRUCH, L., PAYNE S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pec_v_evrope.pdf.

Standardy hospicové paliativní péče [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: <https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2021/06/STANDARDY-2016.pdf>.

WRIGHT, B. *Total Pain Theory: Cicely Saunders and the rise of the hospice movement*. [online]. Leeds: University of Leeds, Published on Monday 4 October 2021 [cit. 18. února 2024]. Dostupné z: <https://livingwithdying.leeds.ac.uk/2021/10/04/total-pain-theory-cicely-saunders-and-the-rise-of-the-hospice-movement/>.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. *Zákony pro lidi*, aktuální znění 1. 1. 2024 – 31. 12. 2024 (verze 30) [cit. 19. února 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>.

Přílohy

Příloha I.

Rozhovor pomocí návodu

Pseudonym:

Porozumění pojmu spirituálních potřeb:

Víra:

Věřící / nevěřící:

Příslušnost k církvi:

Víra v posmrtný život:

Víra v Boha:

Spirituální potřeby (důležitost)

Víra

Žít život v souladu se svým svědomím / svými hodnotami.

Naděje

Mít se na co těšit.

Láska

Mít urovnané vztahy se svými blízkými.

Závěr: Zdroj radosti

Příloha II.

Přepis relevantních částí rozhovorů

Porozumění pojmu spirituální potřeby

Paní Irena na dotaz, co si pod tímto pojmem představuje, odpověděla: „*Já tomu nerozumím vůbec.*“

Pan J. J. odpověděl: „*Mimo. Mimo úplně.*“ Při bližším dotazování bylo zjištěno, že spiritualita a vše okolo ní leží mimo oblast zájmu pana J. J.

Pro **paní Eleonoru** představují spirituální potřeby „*něco mezi nebem a zemí.*“

Odpověď **paní Růži** zněla: „*To je otázka teda! Abych Vám pravdu řekla, já tomudle vůbec nefandím, jo. Že já vo tom ani nějak, abych pravdu řekla, dvakrát nevím, protože tak nějak jsem se vo to nikdy nezajímala. Ale na tohle Vám nejsem schopna prostě vodpovědět. Nevím jako no.*“

Paní Bílá na položený dotaz ohledně spirituálních potřeb odpověděla také otázkou: „*Co to je?*“

A **paní Antonie** konstatovala: „*To jsou samý cizí slova pro mě.*“

Vliv víry na chápání pojmu spirituálních potřeb

Na dotaz, zda jsou respondenti **věřící**, odpověděli respondenti následovně:

Paní Irena: „*Tak vono se říká, že něčemu musíte věřit.*“

Pan J. J.: „*Ne. No! Helejte, té tak napůl. Co si máte v dnešní době myslet?*“

Paní Eleonora: „*Ne.*“

Paní Růža: „*Nevěřící.*“

Paní Bílá: „*Tak trochu. Do kostela zajdu, ale tak nějak hluboce věřící to ne.*“

Paní Antonie: „*Ano.*“

Odpovědi na dotaz, zda respondent **přísluší k některé z církví**, zněly:

Paní Irena: „*Já jsem katolička.*“

Pan J. J.: „*Já su husita.*“

Paní Eleonora: „*Ne.*“

Paní Růža: „*Ne.*“

Paní Bílá: „*Ne.*“

Paní Antonie: „*Římskokatolická.*“

Následují odpovědi na dotaz ohledně **víry v posmrtný život**:

Paní Irena: „*Člověk tomu chce věřit.*“

Pan J. J.: „*Nedovedu si to vysvětlit.*“

Paní Eleonora: „*Ráda bych věřila, ale nevěřím.*“

Paní Růža: „*Ne.*“

Paní Bílá: „*Ne.*“

Paní Antonie: „*To víte, že jo. Setkám se tam s těma svejma všema, dá-li Pán Bůh.*“

Na otázku **víry v Boha** respondenti odpověděli následovně:

Paní Irena: Nebyla dotazována, podrobnější dotazy ohledně víry byly doplněny až po tomto interview.

Pan J. J.: „*Kdybych věřil v Boha, tak budu chodit do kostela. Já to nepotřebuju.*“

Paní Eleonora: „*Asi.*“

Paní Růža: „*Ne.*“

Paní Bílá: „*Ale to jo.*“

Paní Antonie: „*To víte, že jo.*“

Význam etických hodnot v životě klientů vybraného domácího hospice

Odpovědi na otázku, jak moc je pro klienta důležité žít život v souladu se svým svědomím:

Paní Irena: „*No tak...svědomí... Člověk pomohl mamince, když byla nemocná až do smrti, pak manžel, že jo. Já myslím, že bych mohla bejt spokojená.*“

Pan J. J.: „*Pani, na to nebyl čas. My jsme pracovali, my jsme měli jiný starosti, holky jsme šlechtily, aby se dostaly nahoru, ne.*“

Paní Eleonora: „*Ano.*“

Paní Růža: „*Řekla bych, že jo, že se snažim tak nějak nikomu neublížovat, to lidský takový to no.*“

Paní Bílá: Dlouho se zamýšlela a poté se rozhodla na tuto otázku neodpovědět.

Paní Antonie: „*No, tak já bych řekla, že svědomí bych měla mít čistý, že jsem se snažila neuškodit nikomu.*“

Význam naděje v životě klientů vybraného domácího hospice
Odpovědi na otázku, jak moc je pro klienta důležité mít se na co těšit:

Paní Irena: „*No to jo. To třeba když jsme byli poprvý, když ona se narodila Zuzanka před Vánoce, tak přijeli na Vánoce a my jsme se na ni tak těšili! To bylo něco! Všichni jsme ji chovali a to. Člověk se těší na takovýdle neviňátko maličký.*“

Pan J. J.: Neodpověděl k tématu. „*Já bych Vám to řek jinak. Uteklo to, proběhlo to všechno bez problémů, nerozvedli jsme se, spokojení.*“

Paní Eleonora: „*Rozhodně důležité.*“

Paní Růža: „*To taky.*“ (Ve smyslu, že to je taky důležité.)

Paní Bílá: „*No to je otázka. Hodně teda.*“

Paní Antonie: Odpověděla spíše co ji těší a ne, jak moc je to pro ni důležité. „*Mít se na co těšit...na zdraví a abych druhému udělala radost a ne bolest.*“

Význam blízkých rodinných vztahů v životě klientů vybraného domácího hospice

Odpovědi na otázku, jak moc je pro klienta důležité mít urovnané vztahy se svými blízkými:

Paní Irena: „*Strašně důležitý.*“

Pan J. J.: Nejdříve zašeptal: „*Nemáme.*“, týkalo se to však příbuzných. Poté mu byla položena otázka, jestli jsou pro něj vztahy s manželkou a dcerami důležité a odpověď zněla: „*No to jo. Helejte, já su s paní 57 let.*“

Paní Eleonora: „*Důležité. Rozhodně důležité.*“

Paní Růža: „*No určitě!*“

Paní Bílá: „*Velmi.*“

Paní Antonie: „*Jo, tak to jo, to taky.*“

Důležitost rodiny zmiňovaná v odpovědích na jiné otázky:

Paní Irena:

Tazatel: „A ještě bych měla poslední otázku na Vás: Z čeho máte v životě největší radost?“

Paní Irena: „*No jo no, z rodiny.*“

Paní Eleonora:

Tazatel: „Z čeho máte v životě největší radost?“

Paní Eleonora: „*No, z kompaktní rodiny, jako takové spokojené. Aspoň si myslím, že to je nejdůležitější.*“

Paní Růža:

Tazatel: „Tak a je něco z toho třeba, co je pro Vás úplně nejdůležitější?“

Paní Růža: „*No co, ta rodina první.*“

Paní Bílá:

Tazatel: „Z čeho máte úplně největší radost?“

Paní Bílá: „*No úplně největší radost, ježíšmane, todlecto...zase se vrátím k tomu, co je pro mě úplně nejdůležitější – ta rodina, ty děti, to je furt dokola. Já jsem pro nic jinýho nežila.*“

Paní Antonie:

Tazatel: „Na co jste ve svém životě nejvíc hrdá?“

Paní Antonie: „*(...) Tak na to su hrdá, že děti moje, to Vám musím říct až úplně do důsledku, že mně v tý nemocnici řekly, jo, že si mě vezmou dom, že mě dochovají. Tak na to su hrdá – na ty svoje děti, že to dokázaly.*“

Jedinou výjimkou je **pan J. J.**, který se o svých nejbližších zmínil pouze jednou ve výše uvedeném příkladu, přestože manželka i dcery jsou velmi pečující. Pan J. J., zdá se, žije především ze svých minulých sportovních úspěchů, celé dny prochází znovu a znovu stará fota ze sportovních soutěží a při dotazech, z čeho má v životě největší radost a na co je nejvíce pyšný, ukazuje své dvě stříbrné medaile.

Abstrakt

HOLÁ, K. *Chápání pojmu spirituálních potřeb klienty vybraného domácího hospice*. České Budějovice 2024. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce J. Šrajer.

Klíčová slova: spirituální potřeby, paliativní péče, domácí hospicová péče

Práce se zabývá spirituálními potřebami klientů v domácí hospicové péči. Teoretická část pojednává o paliativní péči a spirituálních potřebách. Empirickou část tvoří kvalitativní výzkum, který na základě polostrukturovaných rozhovorů s klienty vybraného domácího hospice analyzuje jejich porozumění pojmu spirituální potřeby a zjišťuje důležitost vybraných spirituálních potřeb pro tyto klienty.

Abstract

Understanding the concept of spiritual needs of clients of a chosen home hospice.

Keywords: spiritual needs, palliative care, home hospice care

The work deals with spiritual needs of clients of home hospice care. The theoretical part is about palliative care and spiritual needs. The empirical part is made up of quality research that analyzes the understanding of home hospice clients of the concept of spiritual needs based on semi-structured interviews with them and it finds out the importance of selected spiritual needs for these clients as well.