

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů

Martin Špaček

Vedoucí práce **Dr. Jan Lachman**
Studijní program **B6141, Teologie**
Studijní obor **Teologie křesťanských tradic**

Praha 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů napsal samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 20. května 2007

Martin Špaček

Bibliografická citace

Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů : bakalářská práce / Martin Špaček ; vedoucí práce: Jan Lachman -- Praha, 2007. -- 41 s.

Anotace

Tato práce se soustředí na téma spirituality zejména ve vztahu k problematice umírání a smrti v naší společnosti. Jejím hlavním cílem je poskytnout úvod do spirituality pro zdravotnické profesionály – především lékaře – a diskutovat možnosti, jak duchovní aspekty zahrnout do komplexní péče o pacienta. Moderní sekularizovaná společnost a technologicky vyspělá medicína značně marginalizovaly problematiku smrti a umírání; hospicové hnutí a paliativní péče však přinesly nový model „dobré smrti“ a podnítily obnovení zájmu a ocenění spirituality u vážně nemocných a umírajících pacientů. Navzdory mnoha oficiálním doporučením, včetně dokumentů Světové zdravotnické organizace, je spiritualita v naší společnosti i zdravotnickém systému minimálně tematizována a duchovní otázky vesměs vůbec nejsou zahrnuty do výuky studentů lékařských fakult, ani jiných zdravotnických pracovníků. Spiritualita, podobně jako náboženství, je fenoménem velmi rozmanitým a může být vyjadřována různými způsoby v závislosti na kulturních a náboženských tradicích. Zdravotničtí pracovníci by měli v péči o pacienty brát zřetel na důležité duchovní aspekty, a to nejen v terminální fázi jejich nemoci, ale i v průběhu celé léčby.

Klíčová slova

Spiritualita, péče o umírající, paliativní péče, duchovní služba

Summary

Title: Spirituality in seriously ill and dying patients

This thesis focuses on spirituality particularly in relation to dying and death. It aims to provide an introduction to spirituality for health care professionals – especially physicians – as well as to discuss possible ways of addressing spiritual concerns in complex care of patients. The secularization of modern society and technological advance in medicine have extensively marginalized death and dying. However, hospice movement and palliative care reintroduced a new model of „good death” and revived interest and recognition of spirituality of seriously ill and dying patients. Despite multiple official recommendations including World Health Organization statements spirituality has a low profile both in our society and health care system, spiritual issues are generally not considered in medical education or in training of allied professions. Spirituality – as well as religion – is a complex phenomenon and may be discovered and expressed in wide variety of ways, depending on cultural and religious traditions. Medical staff should be able to identify and address spiritual issues of importance to their patients, not only in the end-of-life issues but also during the course of treatment.

Keywords

Spirituality, care of the dying, palliative care, health care chaplaincy

Poděkování

Děkuji za mnohé vedoucímu mé bakalářské práce, Janu Lachmanovi, i všem dalším učitelům, které jsem měl možnost poznat během svého studia. Děkuji také své ženě Dáše a svému synovi Jakubovi, že mě vždy podporovali.

Obsah

Úvod.....	7
1. Umírání v minulosti	10
2. Umírání v našich dnech	11
3. Umírání a moderní medicína	14
4. Detabuizace umírání a smrti	16
5. Hospicové hnutí a paliativní péče.....	16
6. Duchovní aspekty v paliativní péči.....	19
7. Spiritualita.....	22
8. Spiritualita a náboženství.....	23
9. Reakce na sdělení závažné diagnózy a hlavní fáze procesu umírání.....	24
10. Jak je spiritualita u pacientů vyjadřována.....	26
11. Spiritualita v medicíně	29
12. Spirituální služba	31
13. Spiritualita a přístup ze strany zdravotníků	34
Závěr	37
Seznam literatury	39

Úvod

Navzdory některým pozitivním změnám v posledních letech se velké části nevyléčitelně nemocných a umírajících v naší zemi nedostává odpovídající péče. Moderní společnost i medicína se odvrátily od problematiky umírání a smrti s mnoha neblahými důsledky. Více než dvě třetiny úmrtí nastávají v různých zdravotnických a sociálních institucích, ačkoli 80% lidí si nepřeje v tomto prostředí zemřít. Zdravotníci sami hodnotí kvalitu péče v těchto institucích velmi kriticky.¹ Přesto již i v Česku existují příklady kvalitní péče o umírající. Ta je poskytována především v hospicích a jednotkách paliativní péče, je ale dostupná jen velmi malé části pacientů. Mezi hlavní přednosti paliativní medicíny patří, že klade jednoznačně do popředí zájmy a potřeby pacienta, a to nejen na úrovni čistě biologické (somatické), nýbrž snaží se o celostní přístup, který zahrnuje i aspekty psychické, sociální a spirituální a nevyklučuje ze své péče i starost o pacientovy blízké a příbuzné.

Ve srovnání se Západem je u nás žalostné zejména povědomí o duchovní stránce péče v lékařství. Ačkoli důležitost tohoto tématu zdůrazňují mnohé oficiální zdravotnické dokumenty, včetně publikací Světové zdravotnické organizace, je pozornost věnovaná této oblasti péče i v odborné veřejnosti zcela minimální. Studijní programy lékařských fakult téma spirituality u vážně nemocných a umírajících vesměs vůbec neobsahují a v praxi je duchovní službě ve zdravotnictví často poskytován minimální a nedostačující prostor.

V předloženém textu je v první řadě obecně tematizována problematika smrti a umírání, zejména jak se změnila péče o umírající v souvislosti s rozvojem moderní „vítězné“ medicíny, pro niž je každá smrt těžkou prohrou, a jak byla smrt v moderní společnosti vytěsňena na okraj. Dále je nastíněn proces postupné detabuizace smrti a umírání, který začal v souvislosti s rozvojem

hospicové, resp. paliativní péče v poslední čtvrtině 20. století. Právě hospicové hnutí s sebou přineslo i obnovení zájmu o duchovní aspekty v péči o pacienty a na Západě začala být duchovní služba v medicíně poměrně široce a vážně diskutována. V naší zemi je situace z různých důvodů (převážně historických) v tomto směru odlišná. Ačkoli se již mnoho dobrého podařilo na poli hospicové péče, většina pacientů přesto u nás umírá v žalostných podmínkách a duchovní potřeby jsou považovány za zcela marginální a čistě privátní záležitost a jsou směřovány se specificky náboženskou oblastí, která přece nijak s medicínou nesouvisí.

Následně je věnována pozornost vlastnímu vymezení spirituality a jejího vztahu k náboženství, představen je koncept reakce na sdělení závažné diagnózy a v souvislosti s tím zdůrazněna potřeba tematizovat v péči duchovní aspekty již od začátku celého procesu umírání a nikoli až v terminální fázi onemocnění. Nastíněn je také vztah spirituální služby a péče psychologické, sociální a pastorační a zmíněny jsou rovněž některé způsoby vyjadřování spirituality v rámci tradičních náboženství i mimo ně. Závěrem je věnována pozornost možnostem, jak ze strany zdravotníků zahrnout duchovní aspekty do péče o pacienty a shrnuty jsou také hlavní prvky spirituální služby ve zdravotnictví.

Kvalita poskytované péče ve zdravotnictví pochopitelně nejvíce závisí na zdravotnících samých a především na lékařích, neboť oni provázejí pacienta po celou dobu trvání jeho nemoci od sdělení nepříznivé diagnózy až po terminální stav, oni jsou zodpovědní za celkový průběh léčby a koordinaci jednotlivých členů ošetrovatelského týmu. Tudiž je nezbytné, aby právě oni byli alespoň v základech seznámeni s opomíjenou problematikou spirituality v medicíně. Tato práce je proto primárně určena pro lékaře a další zdravotnický personál a

¹ KALVACH, Zdeněk, MAREŠ, Jan, PRUDKÝ, Libor et al. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha : Cesta domů, Open Society Fund Praha, 2004. s. 20-60.

jejím cílem je poskytnout stručný úvod do spirituality a duchovní služby v medicíně, se zvláštním zřetelem na vážně nemocné a umírající pacienty.

Již v úvodu považujeme za vhodné učinit také dvě terminologické poznámky. Někteřím autorům se zdá slovo spiritualita (lat. *spiritus*, duch) zbytečně moderní a kvůli jeho inflaci hovoří spíše o „zbožnosti“.² Nám ale připadá jeho použití na místě, zejména pokud spiritualitu chápeme širěji a bez nutné vazby na křesťanskou tradici, tak jak je tomu v tomto textu. Výrazy spirituální a duchovní používáme jako synonyma (přičemž nevýhodou českého termínu je absence jednoduchého substantiva). Druhá poznámka se týká pojmu duchovní „potřeby“ a duchovní „péče“, proti jejichž používání lze mít různé námitky.³ „Potřeba“ je pojem rozšířený hlavně v psychologii, používá se zpravidla v souvislosti s nějakou frustrací člověka a vztah mezi „potřebou“ a jejím uspokojením v rámci určité „péče“ navozuje jistou pasivitu subjektu („bude o mě postaráno“), což je z hlediska spirituality představa mylná. Vhodnější je hovořit o spirituální „službě“, nicméně vzhledem k obecnému rozšíření zmíněných pojmů (a to i v zahraniční literatuře – srv. kupř. angl. *spiritual needs, spiritual care*) je při vědomí uvedené výtky používáme z praktických důvodů i v předloženém textu.

² Tak kupř. Milan Salajka (viz HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. Praha : Galén, 2000, s. 138).

³ Srv. např. PROKOP, Jiří, *Spiritualita* in: FIALOVÁ, Lydie, KOUBA, Petr, ŠPAČEK, Martin (eds.). *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha : Galén/Karolinum, 2007 (v tisku).

1. Umírání v minulosti

To, co člověka odlišuje od ostatních živých bytostí, je vědomí smrtelnosti. O skutečně lidských dějinách zpravidla hovoříme až tam, kde se naši předci začali smrtí a mrtvými nějak zabývat. Ve své faktograficky nesmírně bohaté knize *Dějiny smrti*,⁴ ukazuje Philippe Ariès změny v postoji západního člověka ke smrti a jeho chování při umírání. Postupuje přitom chronologicky od pozdní antiky až po 20. století a svou práci člení v pět hlavních fází, které představují převládající přístupy společnosti ke smrti v daném období. Zaměřuje se na vztah konkrétních jedinců ke své smrti, ke smrti svých blízkých, a to na představách zachycených v literatuře, v legendách, pověrách či lidových zvycích a pohřebních rituálech. Na tomto bohatém materiálu ukazuje – lze-li to takto velmi stručně shrnout – že v dřívějších dobách lidé umírali klidně a vyrovnaně, že smrt byla čímsi důvěrně známým a blízkým. Zásadní proměnu ve vnímání smrti vidí v období 18. století, kdy začíná převládat přístup typický i pro naši současnost. Smrt začíná vzbuzovat tak silnou úzkost, že ji společnost postupně odsunuje mimo svůj zájem a předstírá, že neexistuje. Ačkoli lze s mnohými Arièsovými důkazy úspěšně polemizovat a jeho interpretace je nutné přijímat obezřetně, přesto dnešní vztah ke smrti nejlépe vyniká právě při srovnání s minulostí. Od svých předků se lišíme zaprvé zásadně tím, jak málo se se smrtí setkáváme, zadruhé značnou individualizací života a zatřetí všeobecně celospolečensky přijímanou strategií úspěchu, která našla svůj analogický výraz i ve „vítězné“ medicíně.⁵

V minulosti lidé zpravidla umírali v nízkém věku, šance dožít se dospělosti významně snižovala vysoká novorozenecká a dětská úmrtnost, před érou antibiotik nevyléčitelné infekce, malnutrice apod. Střední délka dožití například v Evropě v 15. – 17. století byla kolem třiceti let a teprve

⁴ ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti I., II.* Praha : Argo, 2000.

v posledních 200 letech došlo k výraznému prodloužení života.⁶ Setkání se smrtí bylo zcela samozřejmé, o nemocné a umírající se starala zejména rodina a umírání doma mělo svůj vcelku konstantní průběh. „Z generace na generaci přecházela nejen zkušenost, jak pečovat, ale také prožitek, co je to umírání a smrt zblízka.“⁷ Jako při jiných významných událostech lidského života, tak i při umírání a setkání s umírajícími a se smrtí pomáhaly redukovat úzkost a vysoce emotivní situace různé rituály (pomazání nemocných, svátost smíření, pohřební rituály atd.). Každý věděl, jaká je jeho role, včetně umírajícího, který sám během svého života opakovaně doprovázel své blízké v posledních chvílích jejich pozemského života. Bylo samozřejmé být obklopen svou rodinou a přáteli, přičemž (nejen) církevní rituály pomáhaly usměrňovat chování všech zúčastněných a poskytovaly přirozený prostor pro duchovní péči, která byla jejich základní složkou.

Naše představy o umírání v minulosti jsou jistě mnohdy značně idealizované. Idylický „domácí model umírání“ byl leckdy spíše vzácností, ale podstatné je, že „umírání bylo sociálním aktem“.⁸ Lidé neumírali opuštěni již jen proto, že málokdo žil sám. „Narození a smrt – stejně jako ostatní animální aspekty lidského života – byly mnohem veřejnější než dnes a byly považovány za společenské události, privatizované pouze nepatrnou měrou.“⁹

2. Umírání v našich dnech

V posledních zhruba třech staletích došlo k postupné a výrazné marginalizaci tématu smrti a všeho, co s ním souvisí. Příčin je nepochybně

⁵ Srv. HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, s. 19nn.

⁶ BLUMENTHAL-BARBY, Kay. *Kapitoly z thanatologie*. Praha : Avicenum, 1987, s. 24n.

⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha : Galén, 2002. s. 210.

⁸ HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, s. 27.

⁹ ELIAS, Norbert. *O Osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha : Nakladatelství Franze Kafky, 1998, s. 19.

více, jednou z nich je i důraz na individuální život, který zahrnuje rovněž individualizaci umírání a smrti – i zde člověk zůstává sám a sám si musí také poradit. Dalším důvodem je významné prodloužení průměrného věku. Pozemský život nabývá na významu, pohled na umírající a mrtvé přestává být samozřejmou součástí života, a tak lze snáze na smrt zapomenout – dochází k „vytěšňování“ smrti, a to přinejmenším ve dvojitým smyslu.¹⁰ Jednak na rovině individuální jako psychologický obranný mechanismus a jednak na úrovni společenské, kdy je smrt ukryta za zdi nemocnic a stává se neviditelnou. Sociolog Norbert Elias k tomu výstižně poznamenává:

„Náš současný přístup ke smrti nejlépe charakterizuje vyhýbavý způsob, jímž o faktu smrti hovoří dospělí s dětmi. Je to ten nejpozoruhodnější symptom rozměru a povahy vytěšňování smrti na individuální i sociální rovině. Z jakéhosi temného pocitu, že by mohli dětem uškodit, skrývají před nimi dospělí prostá životní fakta, která však stejně musí děti poznat a pochopit. Přitom nebezpečí, jež dětem hrozí, naprosto nespočívá v tom, že by se mohly dozvědět o nejprostší skutečnosti – o konečnosti každého lidského života (...).“¹¹

Právem se hovoří také o fenoménu tabuizované smrti – především ve 20. století, a nejvíce pak po druhé světové válce.¹² Snad nejlépe to lze vidět v opozici k jinému paralelně probíhajícímu významnému společenskému procesu, a to detabuizaci sexu. Byly odbourány mnohé předsudky a mnohá společenská schémata a způsoby chování, dříve považované za vyloučené, jsou v současnosti přijatelné a mnohdy považované za normu. I s dětmi lze otevřeně hovořit o sexualitě a je pozoruhodné sledovat, jak pocity trapnosti, vytěšňování a odmítání, které byly dříve asociovány se sférou sexuality, v současnosti doprovázejí téma smrti na všech jeho úrovních.

¹⁰ Srv. ELIAS, *O Osamělosti umírajících v našich dnech*, s. 12n.

¹¹ ELIAS, *O Osamělosti umírajících v našich dnech*, s. 19-20.

¹² Srv. např. HAŠKOVCOVÁ, *Lékařská etika*, s. 202.

Velmi pravděpodobně dosud nikdy v lidských dějinách nebyli umírající natolik odstraněni z veřejného společenského života. Ve vyspělých zemích umírá v nemocnicích až 80% lidí,¹³ u nás se téměř tři čtvrtiny úmrtí odehrají v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech důchodců, zatímco méně než jedna čtvrtina úmrtí nastává doma.¹⁴ Tato institucionalizace podstatně přispívá k osamocení umírajících. V chladné profesionální péči není mnoho místa pro city, a ačkoli jsou i v českém zdravotnictví snahy o změnu, je celková situace značně neutěšená. Pacienti bývají hospitalizováni na vícelůžkových pokojích, někdy oddělení bílou plentou, často dosud bez možnosti kontinuálních návštěv, a umírají osamoceni v péči cizích lidí. Příbuzní jsou potom mnohdy informováni o úmrtí stručným textem telegramu. Mrtvé tělo je co nejdříve expedováno mimo zraky živých a v rukou profesionálů se hygienicky postupně dostává až do hrobu.

Nelze se divit, že moderní člověk, který v dětství a často ani v dospělosti není takřka konfrontován se smrtí, neví jak se v přítomnosti umírajícího člověka chovat, co říci, natož aby znal základní fyziologické procesy a fáze umírání a byl schopen alespoň bazálních ošetrovatelských úkonů. „Trapné pocity zabraňují živým promluvit. Pro samotné umírající to může být nanejvýše hořká zkušenost: dosud žijí, ale už jsou opuštěni.“¹⁵ Umírají tak dříve sociálně a psychicky než fyzicky. Dřívější rituály, jejichž důležitost pro zvládnutí významných životních událostí byla zmíněna výše, byly zapomenuty, nebo již nejsou dnes přijatelné, avšak nové dosud nemají žádnou obecně uznávanou podobu. A tak umírající i ti, kteří je mají doprovázet, jsou dezorientováni a postrádají základní behaviorální vzorce, které by umožňovaly střízlivý pohled a poskytnutí účinné podpory. Proto i s jistou úlevou jsou

¹³ HAŠKOVCOVÁ, *Lékařská etika*, s. 208.

¹⁴ KALVACH et al., *Umírání a paliativní péče v ČR*, s. 17-22.

¹⁵ ELIAS, *O Osamělosti umírajících v našich dnech*, s. 24.

umírající předávání do rukou profesionálů v domněnání, že jen jim přísluší péče o umírající.

3. Umírání a moderní medicína

Zdravotníci jsou prakticky jediní, kteří se přes popírání smrti v moderním světě s ní přesto takřka dennodenně tváří v tvář musejí setkávat. Každý lékař je kvůli své profesi nucen zaujmout nějaké stanovisko ke smrti. Problém je ovšem v tom, že i on je pochopitelně zasažen celospolečenským „vytěsněním“ smrti, ale navíc k tomu přistupuje jednostranné zaměření moderní západní medicíny i lékařského vzdělání. Během svého pregraduálního studia se budoucí lékaři zpravidla jen letmo dotknou problematiky ošetřování pacientů v terminální fázi onemocnění či tématu paliativní péče a často chybějí základní informace i praktické dovednosti k zvládnutí častých symptomů v posledních dnech a hodinách života, jako jsou bolesti, neuropsychiatrické syndromy, dušnost apod.¹⁶

Alfred Tauber přesvědčivě ukazuje, že současný profesionální přístup a celkový profil lékaře úzce souvisí s proměnou západní medicíny s nástupem paradigmatu objektivní vědy.¹⁷ Ačkoli původ tohoto vědeckého ideálu sahá přinejmenším k počátkům moderní doby, zásadní posun v charakteru lékařství nastává ve spojitosti s rozšířením filozofie pozitivizmu a redukcionizmu v polovině 19. století. Novověká přírodověda nedokáže řešit problém hodnoty, smyslu lidské existence, a tak se věda ve svých konstrukcích stále více vzdaluje světu přirozené zkušenosti a v našich životních úzkostech nám nemá co říci. Tauber ukazuje, „že soubor hodnot – objektivita, odstup, neutralita – ovládl osobnost lékaře-vědce a nahradil jinou skupinu hodnot, zahrnující

¹⁶ KALVACH et al., *Umírání a paliativní péče v ČR*. s. 61n.

¹⁷ TAUBER, Alfred. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Cambridge: MIT Press, 2005, s. 27nn.

empatii, mravní vědomí, a které by měly mít stejný vliv na lékařův profesionální přístup a charakter.“¹⁸ Nelze se zde více věnovat tomuto důležitému tématu, o kterém zevrubně pojednává citovaná publikace, zde si chceme všimnout jiného s tím souvisejícího aspektu moderní medicíny. Ta se v souvislosti s nebývalým technickým rozvojem stala velmi úspěšnou, dokáže léčit a vyléčit nemoci, které ještě před několika desítkami let byly fatální. Celou společností je vnímána – a sama sebe tak i prezentuje – jako medicína vítězí až zázračná.¹⁹ Nelibě nese jakoukoli prohru a nerada naráží na své limity. Obdivuhodně bojuje o každý život, mnohdy však na úrovni redukované na somatickou stránku a bez ohledu na širší kontext. Největším selháním je pak pochopitelně smrt člověka, která se nehodí do strategie úspěšné medicíny. Tak je moderní lékařství v jistém smyslu zároveň příčinou i následkem výše popsané všeobecné tabuizace smrti. Praktickým dopadem ve zdravotnictví je potom izolace umírajících, jejich skrývání za bílé pleny, odmítání „neperspektivních“ pacientů apod.

„A tak se stalo to, co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v pochopitelné naději, že vítězná medicína zabrání smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se vítězná medicína snaží ‚za každou cenu‘, tedy i za cenu dystanázie. V tom druhém selhává. Nespokojeni jsou všichni.“²⁰

¹⁸ TAUBER, *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*, s. 27.

¹⁹ Srv. HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, s. 21n.

²⁰ HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, s. 30-31.

4. Detabuizace umírání a smrti

Zhruba od sedmdesátých let 20. století se situace ve společnosti na Západě začala pozvolna měnit a započal proces postupné detabuizace problematiky umírání a smrti.²¹ Podobně jako v jiných oblastech se u nás zájem o tato témata začal zvyšovat později, až po pádu komunistického režimu. Často se však i na odborné úrovni vede diskuze jen o některých atraktivních oblastech a celá šíře problematiky se mnohdy redukuje na otázku eutanazie, a to nejednou bez patřičného kontextu a základních faktických znalostí. Přesto i u nás již jsou k dispozici velmi erudované publikace věnující se otázkám umírání, v prvé řadě zmiňme *Thanatologii* od Heleny Haškovcové. Co ale je zvláště u nás opomíjeno či jen okrajově zmiňováno, je duchovní stránka či spiritualita u umírajících. Toto téma se s nástupem moderní medicíny z péče o pacienty vytratilo, ačkoli v celých dlouhých předchozích dějinách můžeme sledovat hlubokou duchovní tradici lékařství, které mělo zájem o celého člověka a ne jen o somatickou oblast problémů. Starost o duchovní oblast patřila v minulosti k ústředním v péči o umírající a přirozeně se projevovala i ve zmiňovaných náboženských rituálech. Obnovení zájmu o tato témata a snahy o opětovné rozšíření a obohacení medicíny o duchovní rozměr, začaly současně s detabuizací umírání a smrti a svůj nejzřetelnější projev našly nejen na Západě v hospicovém hnutí a v paliativní medicíně.

5. Hospicové hnutí a paliativní péče

Kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie, kde byl v Londýně v roce 1969 otevřen první moderní hospic sv. Kryštofa a v jehož čele stanula Cecilia Saundersová, hlavní protagonistka hospicového hnutí.²² Myšlenky hospicové

²¹ HAŠKOVCOVÁ, *Lékařská etika*, s. 202n.

²² HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, s. 40n.

péče se rychle rozšířily zejména v anglicky mluvících zemích a vnesly do západní společnosti nový model péče o umírající, který vychází z tradice středověkých útulků, využívá pozitivních prvků domácí péče o umírající, ale zároveň poskytuje moderní lékařskou péči k léčbě bolesti i dalších symptomů terminální fáze onemocnění. V současnosti funguje ve světě více než 2000 hospiců, v České republice jich je deset a další se budují.²³ Jejich historie začala u nás až v roce 1993, kdy lékařka Marie Svatošová založila Sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí *Ecce homo*, díky kterému byl i u nás vybudován první hospic Anežky České v Červeném Kostelci.²⁴ Hospicová péče je poskytována ve třech základních organizačních formách.²⁵ Jednak je to přímo v hospici, tedy v lůžkovém zařízení, které je přizpůsobeno potřebám umírajících. Režim je zde volný a určuje si její pacient, návštěvy jsou možné kontinuálně, je možnost ubytování i blízké osoby a celkově prostředí připomíná více domov než nemocnici. Druhou formou péče je stacionář, který je součástí hospice a kam nemocní docházejí jen přes den. Poslední možnost představuje domácí hospicová péče (tzv. mobilní hospic), která je zpravidla pro pacienta ideální, ale ne vždy je dostačující – limituje ji např. chybějící rodinné zázemí, nedostatek prostoru či odbornosti apod.

Mezi hlavní zásady hospicové péče patří, že garantuje nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.²⁶ Podstatné je, že systematicky byl také od začátku v hospicích pěstován duchovní rozměr péče o nemocné.

Hospice zajisté představují významný kvalitativní posun v péči o umírající pacienty. Obnovily celostní přístup v péči o nemocné a přinesly zásadní prvky

²³ *Hospice.cz – seznam hospiců* [online]. Nedatováno (cit. 14. 4. 2007). URL:

<http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>.

²⁴ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 2003, s. 149.

²⁵ SVATOŠOVÁ, *Hospice a umění doprovázet*, s. 127-131.

moderní paliativní čili útěšné medicíny.²⁷ Je ale velmi důležité, aby základní principy paliativní péče byly integrovány i do klinické praxe současného převládajícího systému „vítězné medicíny“, a to nejen z toho důvodu, že jsou hospice vhodné jen pro malou část pacientů, kteří splňují základní indikace k přijetí, ale také kvůli nutnosti zkvalitnit péči o umírající v rámci celého zdravotnického systému.²⁸

Podle nejnovější definice Světové zdravotnické organizace (WHO, 2002) je paliativní péče:

„Přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím zmírňování a předcházení utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních obtíží.“²⁹

Při poskytování paliativní léčby je důležitý multidisciplinární tým, v němž spolupracují lékaři a další zdravotničtí pracovníci s psychology, sociálními pracovníky, duchovními atd.³⁰ Mezi hlavní zásady paliativní péče podle WHO patří:

- paliativní péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces; neurychluje ani neoddaluje smrt;
- poskytuje úlevy od bolesti a dalších symptomů;

²⁶ SVATOŠOVÁ, *Hospice a umění doprovázet*, s. 123.

²⁷ „Slovo paliativní je odvozeno z latinského *pallium*, což znamená ‚rouška‘ nebo ‚plášť‘. Tato etymologie naznačuje (byť pouze částečně), co je úkolem paliativní péče: ‚zakrýt‘ hojivou rouškou účinky nevyléčitelné nemoci či poskytnout plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu, protože jim kurativní léčba nemůže pomoci.“ (*O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*, s. 21.)

²⁸ Mezi základní podmínky k přijetí do hospice patří: postupující choroba ohrožuje nemocného na životě, pacient potřebuje paliativní léčbu, ale zároveň nepotřebuje akutní nemocniční ošetření; nestačí či není možná domácí péče; pacient je schopen poskytnout informovaný souhlas. (Viz VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. Praha : Grada, 2004, s. 512n.)

²⁹ Citace dle *O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*, s. 22.

³⁰ VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína*, s. 27.

- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta;
- nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti a rodinám pomáhá zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku.³¹

Není naším cílem tyto zásady dále rozvádět, zde si chceme podrobněji povšimnout jen jednoho důležitého prvku, který akcentují všechny definice paliativní medicíny, a sice že začleňují do péče o pacienta i duchovní aspekty.³²

6. Duchovní aspekty v paliativní péči

Duchovní tematika již má svou jistou kapitolu ve všech moderních publikacích o paliativní péči, a to včetně základní publikace české.³³ Na Západě je spiritualita tématem velmi exponovaným³⁴, široce se diskutuje vztah spirituality a zdraví, spirituality a klinické péče³⁵, její dopad na výsledky léčby³⁶, a konečně i poněkud vyhraněné otázky jako například vliv spirituality při odvykání kouření apod.³⁷ Uznání důležité role spirituality v komplexní péči o pacienty zdůrazňují i oficiální doporučení Světové zdravotnické

³¹ *O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*, s. 22n.

³² VORLÍČEK et al, *Paliativní medicína*, s. 24n.

³³ VORLÍČEK et al, *Paliativní medicína*. Ze zahraničních např. základní publikace: DOYLE, Derek et al. *Oxford textbook of palliative care*. New York : Oxford university press, 2005.

³⁴ A to nejen na úrovni populární, ale i v odborných časopisech, o čemž svědčí kupř. to, že v největší světové lékařské časopisecké databázi PubMed spravované National Library of Medicine v Marylandu ve Spojených státech, lze při zadání klíčového slova „spirituality“ nalézt zhruba tři tisíce článků a heslo „religion“ odkazuje dokonce k více než desetinásobnému počtu článků.

³⁵ CULLIFORD, Larry. Spirituality and clinical care. *British Medical Journal*. 2002, Vol. 325, s. 1434-1435.

³⁶ KING, Michael, SPECK, Peter, THOMAS, Angela. The effect of spiritual beliefs on outcome from illness. *Social Science and Medicine*. 1999, Vol. 48, No. 9, s. 1291-1299.

³⁷ GONZALES, David, REDTOMAHAWK, Donovan, PIZACANI, Barbara et al. Support for spirituality in smoking cessation: Results of pilot survey. *Nicotine and tobacco research*. 2007, Vol. 9, No. 2, s. 299-303.

organizace³⁸, National Cancer Institute ve Spojených státech³⁹ či Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice⁴⁰, a některé zahraniční sociologické průzkumy ukazují, že až 77% pacientů by přivítalo, kdyby byly spirituální otázky zahrnuty do jejich lékařské péče.⁴¹

V Česku je situace z několika příčin do jisté míry odlišná. Především na základě různých historických důvodů, včetně čtyřiceti let totalitního komunistického režimu, který potlačoval jakékoli náboženské aktivity, má obecně k institucionalizované formě náboženství u nás většina populace odmítavý postoj. Často se mluví výrazné sekularizaci naší společnosti, či dokonce o „nejateističtější zemi“. Ve sčítání lidu v roce 2001 se přibližně jen třetina populace přihlásila k některému náboženskému vyznání, zhruba milion se odmítl k této otázce vyjádřit a zbytek respondentů se přihlásil k odpovědi „bez vyznání“.⁴² Výsledky sčítání je nutno interpretovat obezřetně, ale i jiné výzkumy potvrzují v posledních desetiletích v celé Evropě úpadek institucionalizovaných forem náboženství. To ale vůbec nemusí znamenat obecný pokles religiozity, jak ukázaly např. výsledky Evropské hodnotové studie, které se v letech 1991 a 1999 zúčastnila i Česká republika.⁴³ Je ale důležité upozornit, že stejně jako nelze směšovat pojmy „náboženské vyznání“ a „religiozita“ (natož ateismus), nelze v dnešní době ani zaměňovat „religiozitu“ a „spiritualitu“. Lze předpokládat, že podobně jako není úroveň religiozity u nás významně nižší než na Západě, nebude tomu tak ani v případě

³⁸ *Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804.* Geneva : World Health Organization Expert Committee, 1990.

³⁹ *Spirituality in cancer care* [online]. National Cancer Institute, U.S. National Institutes of Health, 25. 4. 2007 (cit. 29. 4. 2007). URL: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/healthprofessional>

⁴⁰ *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice.* Praha : Grada, 2004, s. 288.

⁴¹ KING, D. E., BUSHWICK B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *Journal of Family Practice.* 1994, Vol. 39, No. 4, 349-52.

⁴² *Sčítání lidu, domů a bytu v roce 2001* [online]. Český statistický úřad. 13. 12. 2005 (cit. 24. 3. 2007). URL: <http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/kapitola/4132-05--3002>

⁴³ RING, Matthias. Změny hodnotového systému Evropanů. *Getsemany.* 2006, č. 178.

spirituálních potřeb. Přesto se ale tomuto tématu zatím u nás věnuje minimální pozornost. O současné situaci konkrétně v lůžkových zdravotnických zařízeních vypovídá do jisté míry i průzkum Všeobecné zdravotní pojišťovny, která oslovila přes dvě stě takových zařízení s dotazníkem, který obsahoval i otázku, zda nemocnice poskytuje duchovní služby. Z devadesáti navrácených dotazníků jen 11 odpovědělo na tuto otázku, a to vesměs ve smyslu zprostředkování těchto služeb na přání pacienta.⁴⁴ Jedním z důvodů nízké ochoty věnovat se této oblasti péče jsou jistě i nejasnosti v tom, co vlastně duchovní služba obnáší, k čemuž přispívají i výše naznačené základní terminologické nepřesnosti. Spirituální péče bývá zaměňována se službou specificky náboženskou (navíc dezinterpretovanou ve smyslu „posledního pomazání“ apod.), panuje přesvědčení, že se jedná jen o soukromou záležitost „věřících“ pacientů, která nemá nic společného s moderní medicínou. Na druhé straně bývá zaměňována s pomocí sociální či psychologickou, bez náležitého rozlišování duševní a duchovní péče. To vše, společně s historicky daným negativním postojem k náboženským institucím a nízkou vzdělaností v těchto otázkách, přispívá k výraznému upozadění spirituální tematiky v naší společnosti i ve zdravotnictví. V následujícím textu se pokusíme vyjasnit alespoň některé aspekty spirituální péče v medicíně, a to se zvláštním zřetelem k těžce nemocným a umírajícím pacientům, kde lze nejvíce pozorovat pravidelně zvýšený zájem o hodnotové orientace, existenciální otázky i intenzivnější potřebu duchovní pomoci.

⁴⁴ FILEC, Václav. *Současné podmínky pro poskytování spirituální péče ve zdravotnických zařízeních v České republice* [online]. Nedatováno (cit. 10. 4. 2007). URL: www.hospice.cz/hospice1/data/spiritual.rtf

7. Spiritualita

Pokusy přesně definovat, co to je spiritualita, respektive spirituální či duchovní rozměr člověka, jsou předem odsouzeny k nezdaru. Běžně spiritualita zahrnuje široké asociace s vírou, náboženstvím, etikou, kosmologií, transcendencí, mystikou, s otázkami po smyslu života apod.⁴⁵ Stejně tak různorodé jsou i definice jednotlivých autorů, kteří se tomuto tématu věnují. O spiritualitě můžeme hovořit v širokém spektru významů – na jednom konci spektra je poměrně úzké vymezení jako něčeho specificky křesťanského, ve smyslu osobní orientace na duchovní život usměřovaný Bohem, zvláště v některých konkrétních souvislostech (např. františkánská spiritualita apod.). Na opačné straně je potom široké chápání spirituality jako hledání smyslu, kladení existenciálních otázek, a to zpravidla s odkazem k moci či síle přesahující individuální já a nikoli nutně zvané Bůh.⁴⁶ Důležitý je zde prvek překročení sebe sama, vztahu k tomu, co mě přesahuje, vztahu k transcendenci. Můžeme také mluvit o podstatné touze porozumět smyslu toho, co člověk prožívá, přičemž tato touha povýtce vyvstává v časech krize, v „mezních situacích“, jak o nich hovoří Karl Jaspers⁴⁷ a do kterých v první řadě patří setkání s umíráním a smrtí nám blízkého člověka, s naším vlastním umíráním, v utrpení, závažné nemoci apod. V této práci rozumíme spiritualitě právě v širším významu hledání smyslu našeho života, ve kterém člověk překračuje sebe sama a které mu dává naději. Je to tedy pojetí, které není přímo vázáno na křesťanství, ani nutně na nějakou formu religiozity a může tak oslovovat bez ohledu na konkrétní náboženské vyznání a napříč naší multikulturní společností.

⁴⁵ RUMBOLD, Bruce. *Spirituality and Palliative Care*. Oxford : Oxford University Press, 2002, s. 39.

⁴⁶ ELLERSHAW, John, WILKINSON, Susie. *Care of the dying: a pathway to excellence*. New York : Oxford University Press, 2003. s. 91.

⁴⁷ Srv. např. JASPERS, Karl. *Úvod do filosofie*. Praha : OIKOYMENH, 1996.

8. Spiritualita a náboženství

Důležitým tématem, které je nutno vyjasnit i pro jeho praktické konsekvence, je vztah spirituality a náboženství. Říci přesně co to je náboženství, je stejně obtížné jako v případě spirituality, neboť tento pojem v sobě zahrnuje velmi rozmanité fenomény. Jan Heller definuje náboženství jako vztah člověka k bohu, nebo lépe vztah k tomu, co má vůči němu roli boha, což zahrnuje i náboženské systémy, které výslovně o bohu nemluví.⁴⁸ A to jak na rovině teoretické – v učení, tak na rovině praktické. U nás je představa o náboženství většinou asociována s křesťanstvím, přesněji s jeho organizovanou hierarchickou církevní strukturou, s jeho rituály a svátostmi. Na Západě byla až do sedmdesátých let minulého století prakticky ztotožněna duchovní péče s péčí specificky náboženskou, jež byla nabízena dle příslušného náboženského vyznání, tedy většinou faráři, kazateli a dalšími pověřenými osobami některé z křesťanských církví. Pacienti, pokud byli tázáni, se zpravidla při přijetí do nemocnice v rámci sociální identity přihlásili k některé z denominací, a to i když nebyli jejími praktikujícími členy.⁴⁹

Od té doby ale můžeme i u nás pozorovat narůstající počet lidí, kteří mají zájem o duchovní život, ačkoli se nehlasí k žádné náboženské tradici. Náboženské přesvědčení, víra i spiritualita se zdají být v současnosti věcí osobní volby, přičemž každý tyto otázky může vyjadřovat svým vlastním způsobem, nezávisle na náboženských institucích. V současné medicínské literatuře zabývající se spiritualitou se často náboženství a spiritualita ostře odděluje. V našich podmínkách obecné nedůvěry v institucionalizované formy náboženství je zřejmě vhodné toto rozlišení zdůrazňovat: spiritualita není v žádném případě nutně vázána na náboženské struktury. Zároveň je ale třeba

⁴⁸ HELLER, Jan, MRÁZEK, Milan. *Nástin religionistiky*. Praha : Kalich, 2004, s. 19.

řící, že toto oddělení je zjevné především na úrovni náboženské praxe, organizace a autority, nicméně i současné individuální projevy duchovního života jsou významně podmíněny a formovány kulturně-společensky. Proto je třeba brát v potaz, že i současná spiritualita a její vyjadřování jsou ovlivněny náboženskými tradicemi, a porozumět jim a jejich reinterpetaci v současné společnosti je velmi důležité.⁵⁰ Můžeme shrnout, že náboženské tradice jsou velmi bohaté ve zdrojích pro porozumění a vyjadřování spirituality, avšak v dnešní době již rozhodně nejsou jediným a výlučným rámcem, ve kterém je současná spiritualita uzavřena.⁵¹

9. Reakce na sdělení závažné diagnózy a hlavní fáze procesu umírání

V medicíně se obvykle pojem umírání považuje za synonymum terminálního stavu pacienta, který však značí období zpravidla několika hodin nebo dní, charakterizovaných ireverzibilním selháním vitálních funkcí (dýchání, krevní oběh), směřující ke smrti. Toto časově krátké období lze považovat za „vlastní“ umírání jen v úzkém slova smyslu. Mnohvrstevný proces umírání ale začíná již ve chvíli, kdy do života jedince vstoupí vážná nemoc s infaustní prognózou a nelze jej proto redukovat jen na terminální stav (vzato ad absurdum, umíráme v jistém smyslu již od narození). Někteří autoři proto v této souvislosti užívají výraz „zum Tod arbeitender“ (ke smrti pracující), jiní rozdělují proces umírání na tři výrazné fáze: *pre finem*, *in finem* a *post finem*.⁵²

⁴⁹ Srv. RUMBOLD, *Spirituality and Palliative Care*, s. 5.

⁵⁰ RUMBOLD, *Spirituality and Palliative Care*, s. 19.

⁵¹ RUMBOLD, *Spirituality and Palliative Care*. s. XI.

⁵² Srov. např. VORLÍČEK et al, *Paliativní medicína*, s. 435n.

Období *pre finem* začíná v okamžiku zjištění závažné diagnózy, která perspektivně není slučitelná se životem a smrt je v řádu týdnů, měsíců či několika let vysoce pravděpodobná. Pokaždé je potřeba usilovat o dosažení remise onemocnění, ale zároveň nemocného podporovat a provázet po celé náročné období nemoci a uchránit jej od tzv. psychické a sociální smrti.⁵³ Reakce na těžkou životní situaci jsou různé, přesto lze ale vysledovat některé zákonitosti v průběhu psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci, jak je po dlouholetých zkušenostech s těžce nemocnými a umírajícími před čtyřiceti lety popsala Elisabeth Kübler-Rossová.⁵⁴ První reakcí je šok, popření a stažení se do izolace; následuje fáze hněvu a agrese; dále se objevuje fáze smlouvání a vyjednávání; období deprese a smutku; a nakonec fáze přijetí a smíření (nutno odlišit od rezignace). K tomu je třeba učinit několik poznámek. Předně těmito fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Jednotlivá období nemusejí vždy přicházet takto chronologicky za sebou, ani nemusejí být vyjádřena všechna. Některé fáze se mohou i opakovaně vracet a prolínat, a to i ve stavu *in finem*. Tím se rozumí skutečný terminální stav, čili umírání v úzkém významu. Je častým omylem, že klasická popsaná forma prožívání začíná až v tomto krátkém období před smrtí. Podstatná je ve fázi *in finem* problematika ritualizace smrti, o jejímž významu jsme hovořili výše a jejíž potřeba je velmi naléhavá, ale v současných podmínkách zdravotnických institucích je prakticky neuskutečnitelná. Chybí lidský kontakt, ritualizované rozloučení s umírajícím je obtížně realizovatelné, problémem je i zajištění možnosti kontinuálních návštěv atd. Závažným tématem s velkým celospolečenským dopadem je problematika eutanázie, která by si zasloužila samostatné pojednání.⁵⁵

⁵³ HAŠKOVCOVÁ, *Lékařská etika*, s. 206.

⁵⁴ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and Dying*. New York : Scribner, 2003.

⁵⁵ I v češtině je již dostupná fundovaná literatura k tomuto tématu, např. od prof. Munzarové (MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha : Grada, 2005).

Situaci *post finem* charakterizuje péče o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé, především pokud patří do některé z rizikových skupin. I zde se otevírají některé lidsky závažné otázky, např. kam umístit mrtvého v povinném dvouhodinovém klidu po smrti, jakým způsobem sdělovat úmrtí blízkým osobám atd.⁵⁶

Na základě předchozího lze konstatovat, že pacient nepotřebuje komplexní péči pouze v terminálním stádiu (*in finem*), nýbrž opravdu již od počátku fáze *pre finem*, tj. od vlastního sdělení nepříznivé diagnózy. To se pochopitelně týká i duchovní podpory, která je potřebná průběžně po celé trvání nemoci a zejména potom v období relapsů.

10. Jak je spiritualita u pacientů vyjadřována

Situace členů různých náboženských společností, ať již tradičních či novějších a menších komunit, je při hledání spirituální služby obecně jednodušší, než u „nevěřících“ a zpravidla se překrývá se specificky náboženskými potřebami. Nábožensky zakotvený člověk umí své duchovní potřeby lépe vyjádřit a přivolat příslušného duchovního již dnes není ani administrativní problém a je povinností zdravotníků takové setkání umožnit. Je také dobré mít alespoň hrubou orientaci v tom, co takový pacient očekává.⁵⁷ U nás se zpravidla setkáme s věřícími některé z křesťanských denominací, nejčastěji církve římskokatolické. Ti mohou očekávat návštěvu svého duchovního, která – nikoli výlučně – obsahuje službu svátostnou. Nejčastěji půjde o eucharistii čili svaté přijímání, které může donést i pověřený laik. Svátost pomazání nemocných uděluje kněz nebo biskup a má ji věřící přijmout jako pomoc při vážné nemoci (a ve stáří), nikoli jako špatně chápané „poslední pomazání“. Mezi další často poskytované svátosti u umírajících patří svátost

⁵⁶ HAŠKOVCOVÁ, *Lékařská etika*, s. 208n.

pokání („zповěd“), ke které je potřeba zajistit soukromí. Podobná péče o nemocné a umírající je i v pravoslaví, které zná stejné svátosti jako římskokatolická církev, ačkoli je velice rozmanité a lze nalézt různá specifika. V Církvi československé husitské svátosti vcelku rovněž odpovídají katolickým, uděluje je ordinovaný služebník (farář, farářka) či jiná pověřená osoba. Eucharistie může být rovněž donesena a předpokládá se předcházející vyzpovídání. V Českobratrské církvi evangelické může věřící žádat návštěvu duchovního či někoho ze starších sboru. Požaduje-li účast na Večeři Páně, je třeba ji u nemocného přímo vysluhovat. Reformační tradice zná také „bratrskou zповěd“. U členů Společnosti Svědků Jehovových je třeba respektovat, že se vymezují vůči křesťanským církvím, neznají ani svátosti v křesťanském smyslu. Znamé je také jejich odmítání krevních derivátů, ačkoli i v tomto učení postupně dochází ke zmírnění příkazů.⁵⁸ Muslimové nemají zvláštní formy péče o nemocné, je třeba ale brát ohled na základní prvky islámské zbožnosti (denní modlitby směrem k Mekce, předpisy postního měsíce Ramadánu apod.). Ani v židovství neexistuje zvláštní péče o umírající, mohou se ale dodržovat specifické rituály, a to včetně fáze *post finem*.

Výše byly nastíněny některé specificky náboženské potřeby, které můžeme očekávat u těžce nemocných a umírajících pacientů, kteří se hlásí k danému náboženství. Je důležité na ně v rámci tematizace spirituality pamatovat a je vhodné se také informovat u pacienta či jeho nejbližší rodiny na případné dodržování zvláštních předpisů, a to včetně péče ve fázi *post finem*. V zásadě není chybou informovat příslušného duchovního, vždy je ale vhodnější se pacienta přímo vyptat, co požaduje a nikoli paušálně aplikovat naše představy.

Nejen v naší společnosti přibývá lidí, kteří se nehlásí k žádnému náboženskému vyznání, sami se považují se za nenábožensky založené, ale

⁵⁷ Viz např. OPATRŇY, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. s. 26-32.

⁵⁸ *Život je svatý. Svědkové Jehovovi a otázka krve*. Kolektiv autorů. Brno : Nakladatelství L. MAREK, 2006.

přesto mají zájem o duchovní oblast. Jak jsme již zmínili výše, lze u většiny umírajících pacientů pozorovat zvýšený a vážný zájem o spirituální: kladou si existenciální otázky, otázky po smyslu toho, co prožívají, po smysluplném zasazení celého života, touží po usmíření či je trápí pocity viny apod. Proto je důležité rozpoznat, jak pacienti vyjadřují svůj zájem o spirituální oblast, když nepoužívají specificky náboženského jazyka, respektive se jejich vyjadřování mnohdy obtížně pohybuje kdesi na hranici náboženské a psychologické terminologie. Rachel Stanworthová, která prováděla svůj výzkum v londýnském hospici sv. Kryštofa, uvádí, že je důležité v takovém případě nezačínat na úrovni abstraktních tvrzení (typu „věříte v Boha?“), nýbrž se zaměřit jednak na některé jazykové „nástroje“, kterých lidé využívají, když chtějí sdělit závažné otázky duchovního rozměru, tedy *jak* to říkají, ale zároveň je pochopitelně nutné si všimnout *co* tímto jazykem říkají.⁵⁹

Na úrovni *jak* lze identifikovat tři hlavní aspekty spirituálního jazyka: jeho kontext, jeho literární a symbolickou formu. Jazyk je vždy kontextuální, vždy je o něčem, což například znamená brát v potaz různé životní okolnosti pacientů a ne jen nějakou obecnou situaci umírajícího člověka. Co se týče literárních prvků, tak jsou charakteristické dva: Zaprvé užití archaismů a archaických obrátů, nikoli ve smyslu nutně „starých“ výrazů, ale spíše nesoucích hlubší význam, dotýkajících se hlubin našeho vědomí, tam kde náš každodenní jazyk selhává. Zadruhé je to humor, jenž je prostředkem, jak se relativně bezpečně přiblížit k tématům, která by jinak byla příliš bolestivá a zdrcující. Dalším typickým rysem jazyka dotýkajícího se spirituality je využití některých symbolických prvků ve vyjadřování. Někdy to může být řeč těla při různých rituálech, nebo i prosté ticho, které nakonec někdy řekne víc než jakákoli slova.

⁵⁹ STANWORTH, Rachel. *Recognizing spiritual needs in people who are dying*. Oxford : Oxford University Press, 2004. s. 62n.

Pokud se zaměříme na to, *co* umírající říkají, potom to znamená všimnout si především metafor. Možná, že přenesená, metaforická mluva, umožňuje vůbec o duchovních tématech hovořit. Nelze samozřejmě zcela oddělovat *jak* a *co* se říká, do jisté míry je každá metafora konstruována z různých výše uvedených formálních prvků, přesto ale lze některé metafory poměrně jasně rozlišit. R. Stanworthová dokumentuje na rozhovorech s umírajícími celkem devět velkých metafor. Od metaforického chápání času a časovosti se dostává k metaforám mezních situací, které mohou být zakoušeny jako bolestivé, ale přesto s sebou nesou potenciál zprostředkování toho, co je opravdu podstatné, na čem opravdu záleží. Další jsou metafory ovládnutí, kontroly, které jsou v jistém napětí s metaforami, jež je možné označit jako „nechat plynout“. Ty nemají být pochopeny jako zatrpklá pasivita, nýbrž jako přijetí, klidné smíření. Následují tři archetypální metafory: archetyp hrdiny, matky a cizince.

Kromě metaforické řeči je to dále narativita, která pacientům umožňuje se vyrovnávat s chorobou, ale i vyjadřovat svou spiritualitu. Můžeme rozlišovat několik typů „příběhů nemoci“⁶⁰ a je důležité pochopit, jak jsou tyto příběhy vytvářeny v odpověď na setkání se závažnou nemocí, abychom porozuměli i rozličným reakcím v oblasti spirituality.

11. Spiritualita v medicíně

Je opakovaně a široce diskutovanou otázkou týkající se spirituality a paliativní péče, nebo obecně spirituality ve zdravotnictví, kdo vlastně má být za tuto oblast péče o pacienty zodpovědný.⁶¹ Někteří autoři zdůrazňují úlohu nemocničních kaplanů, jiní vyzdvihují roli zdravotních sester, které mají z hlediska péče k pacientovi nejbližší, nebo lékařů, sociálních pracovníků

⁶⁰ Viz RUMBOLD, *Spirituality and palliative care*, s. 64 – 81.

⁶¹ Srv. např. RUMBOLD, *Spirituality and Palliative Care*, s. 166-177.

apod.⁶² Nám se zdá dobré rozlišit tři hlavní formy zdravotnické péče, které mají význam z hlediska poskytování spirituální služby.

Zprv je to specializovaná péče v hospicích (včetně domácí hospicové péče), nebo péče v různých paliativních jednotkách v nemocnicích apod., tj. tam, kde se soustřeďují umírající a vážně nemocní pacienti, u kterých není možná kurativní léčba a zároveň je potřebná léčba paliativní. Je pochopitelné, že zájem o pacientovy duchovní potřeby musejí mít všichni členové multidisciplinárního ošetrovatelského (paliativního) týmu, kteří se o něj starají, ale navíc je třeba vyžadovat přítomnost konkrétní osoby zodpovědné za spirituální službu. Ta musí absolvovat speciální trénink zaměřený na tento typ péče a měla by se stát součástí ošetrovatelského týmu, ale zároveň být i ostatním členům týmu k dispozici.⁶³

Zadruhé jsou to větší zdravotnická centra, zejména fakultní či okresní nemocnice. I v této organizační formě zdravotnické péče lze počítat s dobrou dostupností pracovníka zodpovědného za spirituální službu. Třebaže již s obtížemi bude přímo součástí ošetrovatelského týmu, lze očekávat jeho pravidelnou přítomnost na některých odděleních (např. onkologie).

Zatřetí zbývají další menší zdravotnická zařízení, polikliniky a ambulantní provozy, kde je často provedena první diagnostika a zahájena léčba. Je jisté, že v těchto zdravotnických provozech budou s obtížemi zajišťovat podobný typ specializované duchovní služby a spíše lze očekávat přivolání odborného pracovníka ad hoc, nebo využití příležitostných návštěv duchovních z místních církví apod.

Z výše uvedeného vyplývá rozlišení spirituální služby ve smyslu odborné specializace, o které je pojednáno níže. Zároveň ale vyvstává důležitost vzdělávání i zdravotnických pracovníků v oblasti spirituality, protože je

⁶² RUMBOLD, *Spirituality and Palliative Care*, s. 166.

⁶³ STANWORTH, *Recognizing spiritual needs in people who are dying*, s. 236.

zřejmé, že kromě prvního organizačního typu především na nich bude záviset tematizace duchovních aspektů v péči o pacienta. Do jisté míry můžeme poukázat na analogii s koncepcí paliativní péče, kde lze odlišit péči obecnou a specializovanou.⁶⁴ Obecná paliativní péče by se měla stát dobrou klinickou praxí v situaci závažného onemocnění a být součástí rutiny každého zdravotníka (přinejmenším v některých exponovaných oborech), zatímco specializovaná péče vyžaduje zvláštní kvalifikaci a je k dispozici jen v některých centrech.

12. Spirituální služba

V roce 2002 na 7. zasedání Evropské sítě kaplanské služby ve zdravotnictví (European Network of Health Care Chaplaincy), kterého se zúčastnilo čtyřicet představitelů církví a dalších organizací z 21 evropských zemí, byly přijaty Standardy pro kaplanství ve zdravotnictví.⁶⁵ V angličtině i dalších jazycích se používá obecně akceptovatelný termín kaplan či pastor, resp. jejich odvozeniny (chaplain, chaplaincy, pastoral apod.), u nás se zpravidla mluví o duchovní či spirituální službě, ale používá se i označení nemocniční kaplan.

Duchovní služba v různých zdravotnických prostředích má sloužit v existenciálních, spirituálních a náboženských oblastech trpícím pacientům i těm, kteří o ně pečují. Organizována je odlišně v jednotlivých zemích, obvykle vychází z církví a dalších náboženských společností, nebo je zřizována zdravotnickými institucemi, v rámci státní zdravotnické péče, eventuálně různými stavovskými asociacemi sdružujícími pastorační a další pracovníky.

⁶⁴ SLÁMA, Ondřej, ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi* [online]. Cesta domů, 15. 2. 2005 (cit. 20. 3. 2007). URL: <http://www.cestadomu.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=13&item=37>

⁶⁵ *Standards for health care chaplaincy in Europe* [online]. European Network of Health Care Chaplaincy. 2002. URL: http://www.eurochaplains.org/turku_standards.htm

V duchovní službě pracují lidé, kteří prošli speciálním školením a byli pověřeni svou církví či jinou náboženskou komunitou a oficiálně uznáni zdravotnickým systémem. Důležité je, že se stávají součástí multidisciplinárního ošetrovatelského týmu, kde jsou k dispozici pacientům, jejich příbuzným a blízkým, ale i ostatním spolupracovníkům. Mezi hlavní oblasti jejich působení patří:

- zdůrazňovat a obhajovat nekonečnou hodnotu a důstojnost každého člověka;
- připomínat existenciální a duchovní dimenzi každého utrpení, nemoci i smrti;
- chránit pacienty před zneužíváním, nepříjemným zasahováním do duchovního oblasti, před proselytismem;
- poskytovat duchovní podporu nasloucháním a porozuměním těm, kteří jsou v tísní;
- provádět náboženské úkony s ohledem na jednotlivé náboženské tradice;
- participovat na výuce zdravotních profesionálů, účastnit se výzkumu i hodnocení poskytované duchovní služby;
- usnadňovat komunikaci mezi pacienty, ošetrovateli a zdravotnickým systémem;

V týmu starajícím se o umírajícího pacienta musí být zastoupeno více odborníků různých specializací. Je pochopitelné, že rozsah jejich působnosti se bude v různé míře vzájemně překrývat. V případě péče spirituální je to zjevně péče psychologická, sociální a pastorační. Pracovník v duchovní službě bude jistě přirozeně využívat psychologických dovedností a integrovat i sociální službu, ale na druhou stranu je třeba upozornit, že duchovní a duševní péče jsou přece jen dvě rozdílné věci. Je sice pravda, že dobrý klinický psycholog s důrazem na hodnotovou orientaci může pokrýt i některé duchovní potřeby

nemocných, ale většinou dochází k “míjení”.⁶⁶ Nejtěsnější spojitost je jistě mezi spirituální a pastorační péčí, kterou Aleš Opatrný definuje následovně:

„Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“⁶⁷

Pastorační čili pastýřská péče je vlastní křesťanskému prostředí, bývá poskytována faráři, kaplany, kazateli a dalšími ordinovanými osobami, ale i „laiky“. Vychází ze starozákonních obrazů Hospodina jako věrného pastýře izraelského národa i z novozákonního a umělecky mnohokrát ztvárněného motivu Ježíše Krista jako dobrého pastýře. Přirozeně v sobě zahrnuje starost o duchovní život nemocných, svátostnou službu, sociální pomoc apod. V dnešní době se pastýřská činnost neomezuje pouze na věřící příslušné (u nás zpravidla římskokatolické) církve. S rozvojem ekumenických aktivit se postupně stala nadkonfesijní a je v zásadě nabízena všem, kdo projeví zájem. Vztah mezi duchovní a pastorační službou lze chápat tak, že pastorační péče je na jednu stranu širším pojmem než péče duchovní, kterou v sobě ale pastore nutně zahrnuje, a jejímž zdrojem je křesťanství, avšak křesťanům není poskytována výlučně. Na druhou stranu duchovní služba je obecnější pojem než pastore (jejíž je samozřejmou součástí), může vycházet z různých náboženství, ale není na žádné přímo vázána. Zdá se nám vhodnější ve zdravotnictví používat obecně pojem duchovní či spirituální služba a termín pastore a pastorační péče ponechat pro specificky křesťanské prostředí.

⁶⁶ HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, s. 139-140.

⁶⁷ OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003. s. 8.

13. Spiritualita a přístup ze strany zdravotníků

„Lze říci, že pro poskytnutí základní pomoci ve spirituální oblasti je do jisté míry vybaven každý zralý člověk.“⁶⁸ A zdravotníci, především lékaři, by zvláště měli být připraveni tematizovat duchovní otázky ve vztahu s těžce nemocnými pacienty, a to zvláště tam, kde bude specializovaná duchovní služba hůře dostupná (viz výše). K tomu je ale v první řadě nezbytné zavést postup, jak vůbec u pacientů zjistit zájem o duchovní otázky.⁶⁹ Nejen z praktických důvodů přicházejí v úvahu tři hlavní možnosti:

- vyčkat, až pacient sám svůj zájem projeví a až poté reagovat s nabídkou duchovní služby
- dát pacientovi k vyplnění písemný dotazník, obsahující základní otázky ohledně duchovního rozměru péče
- nechat na lékaři (či jiném zdravotnickém pracovníkovi), aby ukázal otevřenost pro toto téma a s pacientem sám provedl základní rozhovor stran duchovní služby⁷⁰

Každý z těchto přístupů má své výhody i limity. Nejen v našich podmínkách se většina pacientů obává začít s lékařem diskuzi o duchovní stránce péče, neboť se domnívá, že to je nemístné a nepatří to do lékařovy kompetence. Vyplývá to především z výše zmiňovaného celkového obrazu současné „objektivní“ a technologicky založené medicíny. Proto se nám první způsob jeví v podmínkách našeho zdravotnictví jako většinou nedostačující.

⁶⁸ OPATRŇY, *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 36.

⁶⁹ Což patří i mezi jeden z nemocničních standardů potřebných k získání mezinárodní akreditace: „Nemocnice má vytvořený postup, v rámci kterého uspokojí požadavky pacientů a jejich blízkých na poskytnutí duchovních služeb či podobné požadavky vyplývající z pacientových duchovních potřeb a náboženského přesvědčení.“ (*Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 44.)

⁷⁰ *Spirituality in cancer care* [online]. National Cancer Institute, U.S. National Institutes of Health, 25. 4. 2007 (cit. 29. 4. 2007). URL: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/healthprofessional>

Druhou možností je použití některého ze standardizovaných dotazníků, kterých zejména v anglicky mluvících zemích existuje větší množství. Ačkoli většina z nich byla původně určena pro výzkum, lze je využít i v běžné praxi. Výhodné může být zakomponování několika otázek například do formulářů, které pacienti vyplňují na začátku hospitalizace a které obsahují i další dotazy ohledně sociální situace apod. Měly by sloužit ke screeningu přítomnosti a důležitosti spirituality či náboženské víry a jejího praktikování v životě pacienta i umožnit vyjádření jeho eventuálního dalšího zájmu o duchovní služby. Otázky by tak měly být především užitečným začátkem případné další diskuze a osobního rozhovoru.

Třetí variantou je přímý dotaz na spirituální oblast ze strany lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka. K usnadnění vedení rozhovoru byly vypracovány různé semistrukturované návody. Jedním z příkladů takového stručného návodu může být FICA, který vypracovala lékařka Christina Puchalski.⁷¹ FICA je akronym a značí čtyři oblasti, na které by se měl lékař při odebrání anamnézy zaměřit: F – víra či náboženské přesvědčení (Faith or Beliefs), I – důležitost v životě pacienta (Importance), C – zasazení v nějakém společenství (Community), A – jak spiritualitu tematizovat v péči (Address). Otázky, které mohou být použity v diskusi jsou např.: Jaká je vaše víra či náboženské přesvědčení? Považujete se za duchovně či nábožensky založeného? Je to ve vašem životě důležité? Jste členem nějaké náboženské komunity? Jakým způsobem si přejete, abych jako váš lékař zahrnoval tyto otázky do vaší zdravotní péče?

Podobný charakter má dotazník HOPE.⁷² Jeho předností je, že začíná na obecnější úrovni, bez okamžitého zaměření na spiritualitu či náboženství. Opět

⁷¹ PUCHALSKI, C. A spiritual history. *Supportive Voice*. 1999, Vol. 5, No. 3, s. 12-13.

⁷² ANANDARAJAH, Gowri, HIGHT, Ellen. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American family physician*. 2001, Vol. 63, No. 1, s. 81-88.

jde o mnemotechnický anglický akronym, kde první část, H (Hope), umožňuje začít rozhovor o zdrojích naděje, smyslu, vyrovnávání se s krizovou situací, a to bez ohledu na konkrétní náboženské vyznání či explicitní spiritualitu. Druhé a třetí písmeno, O a P, již označuje zaměření na význam organizovaného náboženství (Organized religion) v životě pacienta a na specifické aspekty osobní spirituality a jejího praktikování (Personal spirituality and practices). Poslední písmeno, E, odkazuje na dopad pacientovi spirituality na zdravotnickou péči a na záležitosti na konci života (Effect on medical care and End-of-life issues).

Výhodou podobných dotazníků je vtažení pacienta do dialogu, ve kterém se ozřejmí potenciální oblasti zájmu a je možné mu eventuálně doporučit další kontakt přímo s duchovní službou či s různými podpůrnými skupinami apod. Podle zahraničních průzkumů většina pacientů vítá rozhovor s lékařem o těchto tématech a kromě jiného potom i příznivěji hodnotí svůj vztah k lékaři. Důležité je také správné načasování rozhovoru.⁷³ Vhodné je začít s dotazy ohledně duchovní problematiky až poté, co byla prodiskutována diagnóza, její závažnost a plán léčby a pacient měl již čas o všem uvažovat, tj. přibližně měsíc po stanovení diagnózy, případně i ještě později.

Po dostatečném zjištění pacientovy situace mohou následovat různé, již individuálně směřované formy intervence či asistence. Následnou základní podporu může zajisté poskytovat i sám lékař, pokud mu to příslušné vzdělání umožňuje. Zpravidla ale budou v úvahu přicházet jiné varianty. Jednou z nich je povzbuzení pacienta v tom smyslu, aby se obrátil přímo na svého duchovního, nebo je možné doporučit terapeuta či různé podpůrné skupiny, o kterých víme, že se duchovnímu rozměru nevyhýbají. V neposlední řadě je tu možnost odkázání na místní (zpravidla nemocniční) duchovní službu.

⁷³ ANANDARAJAH et al. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment, s. 85.

Závěr

Tematizace spirituálních otázek a poskytování duchovní služby ve zdravotnictví je u nás dosud zcela insuficientní. Jednou z příčin této situace je nepochybně obecně nízká informovanost o těchto tématech. Proto snahou této práce bylo především pro lékaře a další zdravotnické pracovníky poskytnout základní uvedení do širokého tématu spirituality, a to v kontextu problematiky umírání a smrti a ve spojitosti s paliativní péčí. Je pravděpodobné, že se v blízké budoucnosti bude paliativní péče dále rozvíjet a její principy uplatňovat i mimo specializovaná pracoviště a v souvislosti s tím se budou rozšiřovat i možnosti pro duchovní službu. I nadále proto bude vzdělávání odborníků a informování veřejnosti jistě jedním z prvořadých úkolů. Jednak se bude třeba zasadit o inkorporování spirituální problematiky do studia na lékařských fakultách, nejspíše v rámci standardní výuky lékařské etiky a případně i formou volitelných kurzů. Vybraná témata by měla být zařazena v některých specializačních lékařských oborech – již dnes je např. znalost možností duchovní podpory uvedena v požadavcích oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Důležité bude také podporovat aktivní spolupráci s duchovní službou a zdůrazňovat její význam rovněž pro zdravotnický personál.

Na druhé straně bude důležité sjednotit vzdělávání a specializační trénink pracovníků v duchovní službě v rámci kooperace teologických a případně lékařských fakult. Spolupráce se jeví jako významná i s ohledem na všeobecný nedostatek zkušených pedagogů a odborníků. Rovněž bude nezbytné stanovit obecné podmínky pro uznávání způsobilosti k výkonu duchovní služby ve zdravotnictví, a to jak ze strany zdravotnických zařízení, resp. ministerstva zdravotnictví, tak v rámci dohod mezi jednotlivými náboženskými institucemi. Snahy v tomto smyslu by přitom měly probíhat nejen na ekumenické úrovni, jak je tomu již nyní např. v Komisi pro duchovní péči ve zdravotnických

zařízeních Ekumenické rady církví v ČR,⁷⁴ ale i na úrovni mezináboženského dialogu. V rámci multilaterálních jednání bude také nutná domluva o koordinaci a organizaci spirituální služby, včetně možností jejího financování formou hrazení ze zdravotního či sociálního pojištění, cestou některých evropských fondů, ze soukromých zdrojů apod. V tomto směru budou potřebné i některé legislativní kroky. Se zaváděním nových akreditačních řízení v nemocnicích i dalších zdravotnických zařízeních lze očekávat vyšší poptávku po pracovnících v duchovní službě, a tudíž je jisté, že většina úkolů je teprve před námi.

⁷⁴ Srv. Komise pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních [online]. Ekumenická rada církví v ČR. URL: <http://www.ekumenickarada.cz/index.php?setlang=1&a=cat.38>

Seznam literatury

- ANANDARAJAH, Gowri, HIGHT, Ellen. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American family physician*. 2001, Vol. 63, No. 1, s. 81-88.
- ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti I*. 1. vyd. Praha : Argo, 2000. 358 s. ISBN 80-7203-286-0. *Dějiny smrti II*. 1. vyd. Praha : Argo, 2000. 410 s. ISBN 80-7203-293-3.
- BLUMENTHAL-BARBY, Kay. *Kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Přel. C. Škoda. Praha : Avicenum, 1987. 152 s.
- Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804*. Geneva : World Health Organization Expert Committee, 1990. 75 s.
- CULLIFORD, Larry. Spirituality and clinical care. *British Medical Journal*. 2002, Vol. 325, s. 1434-1435.
- DOYLE, Derek et al. *Oxford textbook of palliative care*. 3. vyd. New York : Oxford university press, 2005. ISBN-0-19-856698-0.
- ELIAS, Norbert. *O Osamělosti umírajících v našich dnech*. 1. vyd. Přel. A. Bláhová. Praha : Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 66 s. ISBN 80-85844-39-7.
- ELLERSHAW, John, WILKINSON, Susie. *Care of the dying: a pathway to excellence*. 1. vyd. New York : Oxford University Press, 2003. 214 s. ISBN 0-19-850933-2.
- FIALOVÁ, Lydie, KOUBA, Petr, ŠPAČEK, Martin (eds.). *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha : Galén/Karolinum, 2007 (v tisku).
- FILEC, Václav. *Současné podmínky pro poskytování spirituální péče ve zdravotnických zařízeních v České republice* [online]. Nedatováno (cit. 10. 4. 2007). URL: www.hospice.cz/hospice1/data/spiritual.rtf
- GONZALES, David, REDTOMAHAWK, Donovan, PIZACANI, Barbara et al. Support for spirituality in smoking cessation: Results of pilot survey. *Nicotine and tobacco research*. 2007, Vol. 9, No. 2, s. 299-303.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
- HELLER, Jan, MRÁZEK, Milan. *Nástin religionistiky*. 2. revidované vydání. Praha : Kalich, 2004. 318 s. ISBN 80-7017-721-7.
- Hospice.cz – seznam hospiců* [online]. Nedatováno (cit. 14. 4. 2007). URL: <http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>
- JASPERS, Karl. *Úvod do filosofie*. 1. vyd. Praha : OIKOYMENH, 1996. 119 s. ISBN: 80-86005-05-4.

- KALVACH, Zdeněk, MAREŠ, Jan, PRUDKÝ, Libor et al. *Umírání a paliativní péče v ČR*. 1. vyd. Praha : Cesta domů, Open Society Fund Praha, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
- KING, D. E., BUSHWICK B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *Journal of Family Practice*. 1994, Vol. 39, No. 4, 349-52.
- KING, Michael, SPECK, Peter, THOMAS, Angela. The effect of spiritual beliefs on outcome from illness. *Social Science and Medicine*. 1999, Vol. 48, No. 9, s. 1291-1299.
- Komise pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních [online]. Ekumenická rada církví v České republice.
URL: <http://www.ekumenickarada.cz/index.php?setlang=1&a=cat.38>
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and Dying*. New York : Scribner, 2003. 286 s. ISBN 0-684-83938-5.
- Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha : Grada, 2004, s. 288, ISBN 80-247-0629-6.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
- O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 46 s. ISBN 80-239-4332-4.
- OPATRŇÝ, Aleš. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných? Informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2004. 31 s. ISBN 80-7192-347-8.
- OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. doplněné vyd. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003. 53 s. ISBN 80-238-0430-8.
- PUCHALSKI, C. A spiritual history. *Supportive Voice*. 1999, Vol. 5, No. 3, s. 12-13.
- RING, Matthias. Změny hodnotového systému Evropanů. *Getsemany*. 2006, č. 178.
- RUMBOLD, Bruce. *Spirituality and Palliative Care*. 1. vyd. Oxford : Oxford University Press, 2002. 233 s. ISBN 0-19-551352-5.
- VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. přepr. vyd. Praha : Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
- Sčítání lidu, domů a bytu v roce 2001* [online]. Český statistický úřad. 13. 12. 2005 (cit. 24. 3. 2007).
URL: <http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/kapitola/4132-05--3002>
- SLÁMA, Ondřej, ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi* [online]. Cesta domů, 15. 2. 2005 (cit. 20. 3. 2007). URL:

- <http://www.cestadomu.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=13&item=37>
Spirituality in cancer care [online]. National Cancer Institute, U.S. National Institutes of Health, 25. 4. 2007 (cit. 29. 4. 2007). URL: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/healthprofessional>
- Standards for health care chaplaincy in Europe* [online]. European Network of Health Care Chaplaincy. 2002 (cit. 26. 3. 2007). URL: http://www.eurochaplains.org/turku_standards.htm
- STANWORTH, Rachel. *Recognizing spiritual needs in people who are dying*. 1. vyd. Oxford : Oxford University Press, 2004. 255s. ISBN 0-19-852511-7.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vyd. Praha : Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
- TAUBER, Alfred. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Cambridge: MIT Press, 2005. 328 s. ISBN 0-262-20160-7.
- Život je svatý. Svědkové Jehovovi a otázka krve*. Kolektiv autorů. Brno : Nakladatelství L. MAREK, 2006. 306 s. ISBN 80-86263-86-X.