

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Spirituální péče v nemocnicích v Jihočeském kraji

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil**

Autor práce: **Bc. Jitka Hrubá**

Datum odevzdání: **25. 5. 2009**

Spiritual Care in Hospitals in the South Bohemian Region

Abstract

In contemporary holistic perspective, we see man as an integrated unity existing and functioning in four dimensions. These are biological, psychological, social and spiritual dimensions. All these spheres create a whole; they are inseparable and they influence each other. Therefore, caring for the ill can be characterized as a combination of these aspects – taking care of his biological needs, assistance in his social needs, identification and fulfilling of his psychological needs and help in meeting his spiritual needs.

Spiritual needs are inherent in man's nature and so it would be erroneous to suppose that they are present and pronounced only in people who are believers. The intensity of the urge to satisfy these needs changes during life. Research done on this topic has revealed that this kind of need intensifies in old age and illness.

In some countries, it is already common that hospitals employ spiritual workers or hospital chaplains. In the Czech Republic, there has been a discussion going on regarding the introduction of the hospital chaplain function and several hospitals have one already.

The goal of this work is to present an overview of the offer and ways of providing spiritual care in the individual hospitals in the South Bohemian region and to find out whether the offer of spiritual care in these hospitals corresponds with the needs and interest of the patients. The work should also find out what kind of spiritual assistance the patients are interested in – whether they would welcome if the hospitals employed their own chaplains or if regular visit of a clergyman suffice, and also, who should perform the role of the hospital chaplain – whether a clergyman or a qualified layman.

The hypotheses will be verified through a quantitative research. To find out the intensity and kind of interest of patients in satisfying their spiritual needs and to ascertain the level of their satisfaction with offered services, a method of questioning will be used. The research will be conducted through a standardized questionnaire and a guided interview with patients who are unable to fill it in. Possible ways of satisfying

spiritual needs will be assessed by the method of questioning through guided interviews with head nurses in the individual hospitals in the South Bohemian region.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25. 5. 2009

Děkuji Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi za odborné vedení práce a podnětné připomínky. Dále děkuji vedení táborské a českobudějovické nemocnice za umožnění provádění výzkumu v jejich nemocnicích a všem respondentům za vyplnění dotazníků.

Obsah

	Úvod.....	9
1.	Spirituální péče v nemocnicích.....	10
1. 1.	Holistické pojetí člověka.....	10
1. 2.	Spiritualita	11
1. 2. 1.	<i>Vývoj spirituality</i>	<i>13</i>
1. 3.	Potřeby nemocných	14
1. 3. 1.	<i>Potřeby obecně</i>	<i>14</i>
1. 3. 2.	<i>Biologické potřeby</i>	<i>14</i>
1. 3. 3.	<i>Psychické potřeby</i>	<i>14</i>
1. 3. 4.	<i>Sociální potřeby</i>	<i>15</i>
1. 3. 5.	<i>Spirituální potřeby</i>	<i>15</i>
1. 4.	Pojetí celkové bolesti a totálního utrpení	18
1. 5.	Člověk a nemoc	19
1. 5. 1.	<i>Změny způsobené nemocí</i>	<i>19</i>
1. 5. 2.	<i>Co se děje v duši nemocného člověka</i>	<i>20</i>
1. 5. 3.	<i>Co se děje v duchovní oblasti pacienta</i>	<i>22</i>
1. 5. 4.	<i>Postoj věřícího člověka k utrpení</i>	<i>23</i>
1. 6.	Pojem spirituální péče	24
1. 6. 1.	<i>Východiska spirituální služby</i>	<i>27</i>
1. 6. 2.	<i>Dělení spirituální služby</i>	<i>28</i>

1. 6. 3.	<i>Pacienti, kteří si přejí spirituální péči</i>	29
1. 7.	Spirituální péče lékařů	30
1. 8.	Spirituální péče sester	31
1. 9.	Spirituální péče nemocničních kaplanů	34
1. 9. 1.	<i>Pojem nemocniční kaplan a dobrovolník</i>	34
1. 9. 2.	<i>Úkoly nemocničního kaplana</i>	35
1. 9. 3.	<i>Postavení nemocničních kaplanů</i>	36
1. 9. 4.	<i>Vzdělávání nemocničních kaplanů</i>	38
1. 9. 5.	<i>Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana</i>	38
1. 10.	Pravidla spirituální péče	39
1. 10. 1.	<i>Pravidla pro navštěvování nemocných</i>	39
1. 10. 2.	<i>Pravidla rozhovoru</i>	42
1. 10. 3.	<i>Modlitba</i>	44
1. 11.	Náboženská situace v České republice	45
1. 11. 1.	<i>Počty věřících v České republice</i>	45
1. 11. 2.	<i>Typy náboženského zaměření</i>	45
1. 12.	Spirituální péče o nemocného v některých církvích a náboženstvích	46
1. 12. 1.	<i>Římskokatolická církev</i>	46
1. 12. 2.	<i>Českobratrská církev evangelická</i>	49
1. 12. 3.	<i>Církev československá husitská</i>	50
1. 12. 4.	<i>Pravoslavná církev</i>	50
1. 12. 5.	<i>Křesťanská společenství</i>	51
1. 12. 6.	<i>Islám</i>	51

1. 12. 7.	<i>Judaismus</i>	51
1. 12. 8.	<i>Svědkové Jehovovi</i>	51
2.	Cíl práce a hypotézy	53
3.	Metodika	54
3. 1.	Použité metody výzkumu	54
3. 2.	Charakteristika souboru	54
4.	Výsledky	56
5.	Diskuze	89
6.	Závěr	98
7.	Seznam použité literatury	100
8.	Klíčová slova	106
9.	Přílohy	

Úvod

Podle současného holistického pojetí vnímáme člověka jako integrovanou bytost, která se skládá ze čtyř základních dimenzí. Jsou to dimenze biologická, psychická, sociální a v posledních letech se hovoří též o dimenzi spirituální. Všechny tyto sféry tvoří jednotu, jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně se ovlivňují. **(20)** Tuto skutečnost odráží i definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která jej definuje jako stav úplné biologické, psychické, sociální a spirituální pohody. **(4)**

Úkoly péče o nemocného jsou proto charakterizovány jako péče o biologické potřeby, pomoc v řešení sociálních potřeb, vystižení a realizace psychologických potřeb a pomoc při naplňování potřeb spirituálních. Spirituální potřeby jsou vlastní všem lidem, a bylo by tedy mylné se domnívat, že spirituální potřeby mají pouze lidé věřící. Intenzita uspokojování těchto potřeb se v průběhu života mění a dosavadní zahraniční výzkumy ukazují, že potřeba spirituality se ve stáří a v nemoci zvyšuje. **(54)** Lékaři a sestry však nemají čas a ani dostatečnou kvalifikaci, aby dokázali tyto potřeby uspokojovat v potřebné míře, což potom vede k duchovnímu strádání pacientů.

V některých zemích je již běžné, že nemocnice zaměstnává spirituála nebo nemocničního kaplana, který se stává plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu a pomáhá pacientům při uspokojování jejich spirituálních potřeb. V naší republice se v současné době také diskutuje o zavedení funkce nemocničního kaplana, a některé nemocnice je již zaměstnávají.

Cílem této práce je zmapovat nabídku a poskytování spirituální péče v jednotlivých nemocnicích v Jihočeském kraji a zjistit, zda nabídka spirituální péče v těchto nemocnicích odpovídá potřebě a zájmu pacientů. Práce by měla zjistit, o jaké spirituální služby pacienti mají zájem, zda by uvítali, kdyby nemocnice zaměstnávala nemocničního kaplana nebo jim stačí pouze občasné návštěvy duchovního a kdo by měl funkci zdravotního kaplana vykonávat, zda duchovní nebo kvalifikovaný laik.

1. Spirituální péče v nemocnicích

1. 1. Holistické pojetí člověka

Jak již bylo řečeno v úvodu, každá lidská bytost se skládá ze čtyř vzájemně se ovlivňujících dimenzí, které tvoří jednotu a jsou od sebe neoddělitelné, a sice biologické, psychické, sociální a spirituální. **(20)**

Tyto sféry jsou vzájemně provázané. Psychická složka ovlivňuje tělesnou, což je vidět například v tom, že psychické prožívání může způsobit psychosomatické onemocnění. Biologická ovlivňuje psychickou, např. nadváha může způsobit psychické potíže. Sociální složka ovlivňuje psychickou a jejím prostřednictvím i biologickou a spirituální to celé uzavírá tím, že se snaží zaštitit lidský život smyslem. Jak může spirituální složka ovlivnit ostatní je zřejmé například z toho, že oběť vlastního života pro druhého člověka jde evidentně proti zájmům těla, ale z hlediska vyšší hodnoty je tato oběť nejen ospravedlnitelná, ale i mnohem více cenná. **(41)** Jiný příklad uvádí Viktor Frankl, který si všiml, že jedinci, kteří neměli pro co žít, se s realitou koncentračního tábora a s těžkou krizí hůře vyrovnávali a umírali dříve. **(13)**

Zkušenosti lékařů již dnes nepochybují o tom, že spirituální faktory mohou mít významný podíl na uzdravení z těžké nemoci a přispívají k zachování dobrého zdravotního stavu. Předpokládá se, že náboženská víra ovlivňuje lidské zdraví jednak prostřednictvím vnitřní vazby na transcendentní životodárnou sílu a jednak jako psychosociální opora, která též usměrňuje životní způsob. **(46)**

Biologickou složku tvoří tělo člověka. V této sféře se dnes pohybuje zdravotnický personál, který se stará o fyzický komfort pacienta, nalezení podstaty onemocnění, odstranění této příčiny a vyléčení nebo alespoň odstranění nepříjemných symptomů.

Psychická složka obsahuje duševní prožívání člověka. Patří sem interpretace skutečnosti, ve které se člověk nachází, vnitřní prožívání a z toho vyplývající chování. Člověk zde zpracovává fakt nemoci nebo zdraví, prožívá radost z uzdravení nebo zklamání a deprese z nevyléčení nemoci.

Sociální složka jedince je společnost, ve které člověk žije. Patří sem například rodina, přátelé a známí, spolupracovníci a ostatní lidé okolo pacienta – druzí pacienti, lékaři, sestry, atd.

Ve spirituální dimenzi nemocného se prolínají představy, myšlenky, postoje a ohrožení, které souvisejí se smyslem života i konečným smyslem bytí. Pacient má pocit, že se mu hroutí svět a jeho plány a to, o co celý život usiloval, se stává nedostižným. Často si připadá nepotřebný a zdá se mu, že už o něj nikdo nestojí. Mnoho pacientů spílá Bohu, jak mohl něco takového, jako je jejich nemoc, dopustit, ale je též nemálo těch, kteří nacházejí útěchu v utrpení právě v objevení prožitku Boží blízkosti. **(48)**

Spirituální složka není totožná s náboženstvím, ale je společná pro všechny lidi všech dob a kultur. Obsahuje tzv. existenciální otázky, které jsou spojeny s podstatou lidské bytosti, a proto si je kladou všichni lidé na celém světě. **(41)** Spirituální oblast lze definovat jako místo, kde jde o kritéria, podle kterých děláme výběr a utváříme si hierarchii hodnot. **(58)**

1. 2. Spiritualita

Slovo spirituální pochází z latinského slova *spiritualis*, které je odvozeno od slovesa *spirare*, které znamená dýchat. Odtud se slovo *spiritus* překládá jako dech nebo duch a spirituální potom jako duchovní. **(33)** *Spirare* však znamená i vánek, který odněkud někam vane, a nadšení pro něco – vzlet určitým směrem. Totéž platí i pro řecký termín *pneuma* a starohebrejský *ruah*. Z toho všeho vyplývá, že jde-li o člověka, pak termínem „duchovní“ je možno rozumět, že jde o to, kam tento člověk má v životě namířeno, o čemu v životě jde, kam směřuje jeho úsilí a pro co žije. **(28)**

Spirituální oblast je něco, co je v člověku jako nepostižitelná podstata, co vychází zevnitř, motivuje nás, aktivizuje a dává smysl našemu životu, ovlivňuje naše postoje a konání. **(5, 58)** Patří sem nejen náboženská víra, ale především víra v obecném významu tohoto slova – víra ve smysl a řád, ve smysl vlastního života a existence, vědomí přesahu, překročení sebe sama, vztah k vyšším věcem, tedy transcendenci. **(4)**

Jak vyplývá z výše uvedeného, jsou spiritualita a náboženství dvě v zásadě oddělené entity, které se mohou překrývat, ale nemusí. Ve spiritualitě jde o hledání něčeho, co nás přesahuje, něčeho, co je mimo naši moc, a ne vždy se zde musí jednat o Boha, ale například o otázku pravdy nebo o hledání smyslu života. Náboženství je narozdíl od spirituality vírou, která je vztažena ke konkrétní náboženské tradici a často souvisí s církví nebo nějakou denominací. Zatímco náboženství je ztotožňováno s institucí a organizovaným duchovním životem, spiritualita je pojmem nadřazeným, protože zahrnuje i ty, kteří své duchovní prožitky a potřeby praktikují ve vlastním systému religiózních představ. Často i mnozí lidé, kteří se pokládají za nevěřící, věří v život po smrti a existenci duše. **(54)**

Spiritualita má dvě dimenze: 1. vertikální dimenze je vztah s transcendentem – Bohem nebo s jinou vyšší silou řídící náš život a 2. horizontální je vztah člověka k sobě samému, k jiným lidem a k prostředí, ve kterém žije. **(58)** Člověk, který nerozvíjí spiritualitu ve vertikální rovině, ji může prožívat v rovině horizontální, a může mít dokonce větší duchovní prožitek než ten, který upřednostňuje rovinu vertikální. Carson však tvrdí, že většina lidí potřebuje konstantní vnitřní rovnováhu mezi oběma vztahovými rovinami. **(51)**

Podle Goviera jsou součástí spirituality tyto složky: 1. zamyšlení a pochopení, 2. vztah, 3. obnova a 4. náboženství.

- ❖ Zamyšlení a pochopení – Sem patří hledání smyslu života, touha žít a mít pádny důvod žít, schopnost podívat se zpět a zamyslet se nad svou vlastní existencí.
- ❖ Vztah – Sem patří vztah k transcendentu a i k sobě samotnému a k druhým lidem. Uspokojení touhy náležet může být vyjádřeno službou, láskou, důvěrou, nadějí, kreativitou nebo pocitem vděčnosti.
- ❖ Obnova – představuje schopnost duchovní dimenze pozitivně ovlivnit fyzický nebo psychický stav člověka a schopnost mobilizovat vnitřní síly k boji v nežádoucích situacích.
- ❖ Náboženství – může být vnímáno jako nástroj k pochopení a vyjádření duchovna prostřednictvím hodnot, které přijmeme nebo prostřednictvím náboženských rituálů a aktivit. Nabízí odpovědi na základní filosofické otázky, vede člověka

k rozvíjení vertikálních a horizontálních vztahů, zaručuje sounáležitost ve společenství stejně smýšlejících lidí a je jistotou v době nejistot. (51, 52)

1. 2. 1. Vývoj spirituality

Hledání hranic naší konečnosti a snaha o jejich přesáhnutí se v průběhu lidského života mění a vyvíjí, a stejně tak se vyvíjí i spiritualita člověka. Jiné představy o transcendentnu má dítě, které si ještě neuvědomuje samo sebe a které v této etapě většinou přebírá myšlenky o transcendentnu od rodičů nebo jiných autorit.

Zásadní zlom nastává v dospívání, což je doba formování vlastního světonázoru. V tomto období se začínají opravovat představy převzaté od autorit a jsou podrobeny kritice. Ta je vůči nim buď destruktivní, což znamená úplné odmítnutí, a nebo konstruktivní, tedy zachování přejatého přesvědčení, ale zároveň nahlédnutí těchto hodnot vlastním paradigmatem.

V průběhu dospělosti se spiritualita rozvíjí spíše ve smyslu jejího doplňování studiem a uskutečňováním jejích hodnot. Zatímco ideály dospívání přešly, dostavila se realita běžného života, která někdy snahu o působení v praktickém životě setře. Mnoho lidí muselo v době komunismu upustit od veřejného praktikování svých ideálů, snažili se je tedy udržet alespoň vnitřně, ale i to časem vyprchalo. Před smrtí se k ní potom snaží vrátit.

Se změnou se člověk může setkat, když dojde v jeho životě nebo v životě jeho blízkých k nějaké události, která zásadním způsobem změní život, například nemoc. V této chvíli se objeví mnoho otázek po příčině, případně po smyslu událostí, které se staly. Konečná etapa života zde hraje klíčovou roli. Vážná nemoc je čas pro zastavení. Mysl člověka není zatěžována žádnými jinými věcmi a starostmi. Může se, nebo se spíše musí, zabývat otázkami umírání a transcendence, alespoň ve smyslu bilancování toho, co po mně zůstane a co jsem vykonal. (41)

1. 3. Potřeby nemocných

1. 3. 1. *Potřeby obecně*

Potřebami obecně rozumíme vlastnosti organismu, které mu dávají podnět k vyhledávání podmínek nezbytných k životu a vyhýbání se podmínkám, které by ho poškodily. Vyplývají buď z nedostatku nebo přebytku něčeho. **(43)**

Stejně jako jednotlivé složky osobnosti i potřeby můžeme dělit na biologické, psychické, sociální a spirituální. **(8)** Zatímco první tři kategorie potřeb bývají většinou uspokojovány, kategorie spirituálních potřeb bývá často opomíjena. Je to do značné míry dáno tím, že je naše společnost hodně sekularizovaná a zdravotní sestry duchovní oblasti příliš nerozumí a nedokáží se v ní orientovat. Navíc jsou natolik zaměstnány péčí o uspokojování biologických potřeb, že jim na to nezbývá čas a myslí si, že to je práce duchovních. Studie přitom poukazují na to, že více než 75% pacientů se obrací se svými otázkami a problémy v duchovní dimenzi na ty zdravotníky, se kterými mají důvěrný vztah, což bývají sestry, které o ně pečují. Sociologický průzkum a další důkazy potvrzují vztah mezi vírou a fyzickým a psychickým zdravím a ukazují, že uspokojování spirituálních potřeb může lidské zdraví výrazně posílit. **(52)**

1. 3. 2. *Biologické potřeby*

Mezi biologické potřeby nemocných patří vše, co potřebuje nemocné tělo: přijímat vhodnou potravu přiměřenou onemocnění, dostatek čerstvého vzduchu, dostatečně se vyspat, pravidelně a co možná nejpřirozenějším způsobem se vyprazdňovat, zbavit se bolesti, účinná léčba, být stále čistý a ležet v pohodlném čistém lůžku, atd. **(43, 49, 33)**

1. 3. 3. *Psychické potřeby*

Sem patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na tělesném stavu, respektování jedinečnosti pacienta a jeho neopakovatelného poslání, potřeba být laskavě přijat ošetrovacím personálem a mít možnost získat v něj důvěru. Nemocný potřebuje komunikovat se svým okolím,

zakoušet lásku a sounáležitost. Důležitý je i pocit bezpečí a jistoty, a proto je důležité pacientovi nelhat a nevyhýbat se položeným otázkám. Neopomenutelnou zásadou je říkat nemocnému pouze tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, když to chce slyšet. **(43, 49, 33)**

1. 3. 4. Sociální potřeby

Člověk je tvor společenský a stejně tak, jako nežije izolovaně, neměl by zůstat izolovaný ani v nemoci a umírání. Většina nemocných stojí o návštěvy, a dokonce je i potřebuje. Nemocný by měl mít ale právo si je sám usměrňovat. Nejsilnější vazby má člověk většinou s rodinou, ale důležití jsou i přátelé a známí, neboť nemocný potřebuje stále cítit, že i nadále zůstává členem společenství, do kterého patřil, když byl zdravý a plný síly. **(49, 33)**

1. 3. 5. Spirituální potřeby

V našem zdravotnictví se s pojmem spirituální potřeby setkáváme až na začátku 90. let 20. století, a to díky zahraniční literatuře, která přišla do univerzitních knihoven hlavně ze Spojených států. V předchozích čtyřiceti letech naše zdravotnická veřejnost nepřipouštěla existenci těchto potřeb, které byly navíc zúženě vnímány pouze jako víra v Boha. **(34)** Každý člověk si tvoří nějaký názor na to, kde se vzal svět a jaká je jeho role ve světě, každý potřebuje dát životu nějaký smysl a na něm vybudovat mezilidské vztahy. Spirituální potřeby tedy nemají pouze věřící lidé, ale často jsou spirituální potřeby naopak akcentovány právě u nevěřících, protože věřící ví, co dělat a kam se obrátit, aby je uspokojili. **(49, 50)**

Spirituální potřeby jsou obtížně odhadnutelné, protože jsou těžko sdělitelné. Je nesnadné je měřit a také se jim přikládá menší význam. Dotýkají se druhému do značné míry nepřístupné hloubky bytí a životních jistot člověka, které během života hledá a o něž se opírá. Navíc spirituální potřeby lidí, kteří stojí mimo církve, jsou v běžném kontaktu těžko zaznamenatelné, protože se navenek tak neprojevují a personál se na ně zpravidla cíleně neptá. **(54, 39)**

Spirituální potřeby můžeme rozdělit na dva typy:

- ❖ spirituální potřeby obecně lidské - kam můžeme zařadit například potřebu najít smysl života, potřebu najít smysl utrpení, potřebu milovat a být milován, potřebu víry a naděje, potřebu mít čisté svědomí, potřebu odpuštění a smíření, aj. **(4)** Zcela obecnou spirituální potřebou, jejíž naplnění nám otevírá cestu k dalším, je láska. **(38)**
- ❖ spirituální potřeby náboženského charakteru - kam patří například potřeba duchovního rozhovoru, potřeba modlitby a meditace, potřeba náboženských symbolů a obrazů, potřeba četby duchovní literatury, potřeba náboženských rituálů, aj. **(4)**

Pokusme se nyní rozebrat některé spirituální potřeby podrobněji.

Potřeba najít smysl utrpení – Tato potřeba je u těžce nemocných asi nejnaléhavější, ale je také nejtěžší na ni reagovat tak, aby ji nemocný přijal. Lidé se často ptají, jak může Bůh dopustit utrpení. Jednou z mnoha odpovědí na tuto otázku může být ta, že Bůh stvořil svobodné lidi. Nechtěl stvořit loutky, kterými by manipuloval. Tím, že lidem dal svobodu, ale sám sebe vystavil jisté bezmoci, protože pokud člověk neřekne ano, Bůh nepronikne do jeho srdce a nezmění ho. Hluchotou lidských srdcí se potom stává mnoho bolesti, jejímž původcem však není Bůh, ale lidé sami. Člověk, který najde smysl své nemoci, utrpení či umírání, se smíří se svým osudem. **(31)** Frankl píše, že pokud konkrétní situace ukládá utrpení, bude v něm člověk muset vidět úkol, který je neopakovatelný. Nikdo mu nemůže tento úkol odejmout a nikdo nemůže toto utrpení prožít místo něj. V utrpení je tedy dána možnost jedinečného činu, který spočívá v tom, jak je přijímáme a neseme. **(13)**

Potřeba najít smysl života – Nemoc i umírání mohou být vnímány jako příležitost k zastavení a zamyšlení na cestě životem. Mnozí nemocní věřící říkají, že mají konečně čas na soustředěnou modlitbu či prožívání bohoslužby. **(31)** Život lze smysluplně utvářet pouze uskutečňováním hodnot v jednotlivých přítomných okamžicích. Problém je v tom, že si lidé neuvědomují, co je to hodnota. **(49)** Franklova logoterapie mluví o třech druzích hodnot. Jsou to hodnoty tvůrčí, zážitkové a postojoyé. Tvůrčí hodnoty se

uskutečňují práci. Právě tento typ hodnot lidé oceňují nejvíce. Těžce nemocní a umírající lidé však nemohou naplňovat tyto hodnoty. Zbývají jim však ještě hodnoty zážitkové a postojové. Zážitkové hodnoty jsou realizovány přijímáním světa. Patří sem láska, ale také vnímání krásy přírody, umění, hudby, aj. I těmito hodnotami lze život smysluplně naplnit a platí, že je nikdo nemůže vymazat, neboť v nás zůstávají trvale zapsány. Ocítne-li se člověk v opravdu těžké situaci, se kterou již nemůže nic dělat, například tváří tvář utrpení a smrti, a není-li možno naplňovat předchozí typy hodnot, zbývají ještě hodnoty postojové. Tyto hodnoty jsou právě v tom, jak se člověk postaví ke svému utrpení a zda a jak ho přijme. Pro křesťana to může znamenat vzít svůj kříž a následovat trpícího Krista. **(49, 14)**

Potřeba naděje – Tato hodnota je pro nemocného člověka velmi důležitá, ale posilovat naději v nemocném neznamena mu lhát. Doufat znamená vidět před sebou možnost dalšího kroku, a tato možnost je nenahraditelná. Bez naděje nastupuje rezignace a pouze strnulé a pasivní čekání na nejhorší. Nemocný se může těšit na spoustu maličkostí a není-li již naděje na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a drobných splnitelných cílů udržovat v nemocném naději. I když jsou krůčky stále kratší, naděje zůstává. Pro křesťana je naděje úzce spjata i se smrtí, neboť mu ji dodávají Boží věčnost a Kristovo zmrtvýchvstání. **(31, 49)**

Potřeba víry – Mnoho nemocných či umírajících hledá vztah k Bohu, hledají vlastně víru, která by jim přinesla vnitřní pokoj a naději do budoucích dní. K objasnění otázky, co je to vlastně víra nám může posloužit výrok z Bible: „Věřit Bohu znamená spolehnout se na to, v co doufáme, a být si jist tím, co nevidíme.“ **(31, 6)** Důležitým aspektem víry je také důvěra. Lidé nemocní a umírající často ztrácejí důvěru ke svým lékařům, kteří jim dávají neúplné odpovědi a vyhýbají se otevřenému rozhovoru, a někdy i ke svým nejbližším, kteří se tváří, že všechno bude dobré, i když nemocný či umírající cítí, jak to s ním je. Zvláště v těchto chvílích nemocný hledá důvěru, kde se může otevřít a nepředstírat. Důvěru k někomu, komu může bez obav sdělit svůj strach, obavy i očekávání toho, co bude po smrti. **(31)**

Potřeba lásky – Každý člověk potřebuje mít pocit, že je milován, že existuje někdo, komu na něm záleží a v kom může najít podporu. Pastorační pracovník je sice v jiné

pozici než nejbližší nemocného, přesto je však láska v tomto vztahu neopomenutelná. Pro věřící křesťany je pravá láska Bůh, který se k nám sklonil ve svém synu Ježíši Kristu. Pastorační pracovník má tuto lásku zprostředkovat. K tomu je však nutné mít druhého člověka rád a nebýt uvnitř prázdný a lhostejný. Mít někoho rád znamená vnímat nemocného takového, jak ho Bůh stvořil a za kterého se obětoval Ježíš Kristus. (31)

1. 4. Pojetí celkové bolesti a totálního utrpení

Zakladatelka komplexní paliativní péče Cecilie Saundersová hovoří o celkové bolesti, která nezahrnuje pouze fyzickou bolest, ale skládá se z několika vzájemně provázených složek, které odrážejí dimenze člověka. Je to bolest fyzická, sociální, emoční a spirituální.

- ❖ Bolest fyzická – lze rozpoznat a alespoň do určité míry definovat a léčit běžnými medicínskými postupy.
- ❖ Bolest sociální - je utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i skutečným odloučením od rodiny a přátel a/nebo se ztrátou sociální role. Středem těchto obtíží je ztráta.
- ❖ Bolest emoční – je pocitový komplex, který zahrnuje duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti a deprese. Jedná se o jakousi dynamiku zármutku, která je středem konečného období choroby.
- ❖ Bolest spirituální – je utrpení spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu. (35)

Jiný přístup zase mluví o tzv. totálním utrpení, které má tyto složky: bolest, další fyzické symptomy, psychické problémy, sociální potíže, kulturní faktory odlišné u různých národností a duchovní starosti. Jednotlivé aspekty utrpení jsou na sobě závislé a neléčené nebo neřešené problémy vztahující se ke kterémukoliv příčině utrpení jsou příčinou vzniku některého z dalších aspektů utrpení.

Důležité je, že všechny ostatní složky utrpení nemohou být odstraněny, pokud není odstraněna nebo alespoň zmírněna bolest, a na druhé straně může být bolest zhoršena ostatními příčinami utrpení.

Proto je nutná celková (totální) péče o těžce nemocné a umírající, kterou by měl zajišťovat multidisciplinární tým odborníků složený z lékařů různých specializací, zdravotních sester, dietní sestry, sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, psychologa, psychiatra, duchovního a dalších pracovníků podle potřeby. Důležitá je také spolupráce se členy rodiny a přáteli nemocného, popřípadě i s dobrovolníky. (55)

Munzarová uvádí, že důvody, proč lidé v Holandsku žádají o eutanázii, jsou většinou tyto: strach z neznáma, strach z umírání, strach z bolesti, pocit ztráty důstojnosti, pocit ztráty smyslu života, pocit opuštěnosti, pocit osamělosti, pocit, že jsou obtíží pro ostatní – tedy duchovní utrpení. Nesnesitelná bolest, popisovaná jako fyzická, je uváděna pouze asi čtvrtinou nebo třetinou nemocných. (35)

1. 5. Člověk a nemoc

1. 5. 1. Změny způsobené nemocí

Jestliže člověk vážně onemocní, změní se v jeho životě mnoho věcí.

1. Místo aktivity se propadá do pasivity a stává se předmětem aktivity druhých lidí – lékařů, zdravotních sester, svých blízkých, atp.
2. Místo nezávislosti nastupuje závislost a pacient musí dělat to, co mu druzí nařídí.
3. Životní rytmus se mění. Pacient se vzdává řízení vlastní činnosti a podřizuje se druhým.
4. Sebedůvěra pacienta klesá, neboť musí dělat činnosti, které nezná a neovládá.
5. Sociální izolace. Pacient je vytržen ze známého prostředí a ocitá se mezi neznámými lidmi.
6. Prostor pacienta se mění. Odchází z domova do nemocnice – jemu neznámého prostředí.

7. Zájmy pacienta se mění, neboť již nemyslí na své pracovní zájmy a na to, co se děje venku mimo nemocnici. Do popředí jeho zájmu se dostávají věci týkající se jeho zdravotního stavu.
8. Fyzický stav pacienta se mění a pacient přestává rozumět tomu, co se s ním děje a často ztrácí vládu nad svým organismem.
9. Citový stav pacienta se mění. Místo radosti nastupují starosti a místo kladných emocí emoce negativní – obavy, strach, bolest a utrpení.
10. Žití v čase se mění. Pacient žije v době nemoci převážně v přítomnosti a myslí na to, co se s ním děje. Občas uvažuje nad tím, co asi bude dál.
11. Duchovní svět pacienta nabývá na důležitosti. V době nemoci se daleko častěji a naléhavěji vynořují základní otázky života. **(27)**

Přes vysokou diferencovanost v otázkách víry je možné u těžce nemocných a umírajících pravidelně pozorovat zvýšený zájem o hodnotové orientace a dosavadní zahraniční výzkumy dokazují, že potřeba spirituality se v období nemoci a ve stáří zvyšuje. **(16, 54)** Erikson píše, že staří lidé procházejí procesem gerontotranscendence, což znamená jejich odklon od materialistické a racionální vize světa k vizi kosmičtější a transcendentnější. **(7)** Jelikož staří lidé tvoří významnou část pacientů nemocnice, je na to třeba brát ohled.

1. 5. 2. Co se děje v duši nemocného člověka

- ❖ Strach z nejistoty – V době hledání diagnózy pacient neví, co mu je, a když je potom diagnóza nalezena, stává se, že neví, co se za jejím latinským názvem nachází. Dále neví, jak bude léčba probíhat, jak bude dlouho trvat, zda se podaří problém odstranit a zda po vyléčení bude jeho stav takový, jako byl před onemocněním.
- ❖ Obavy z neznámých lidí – lékařů a sester, které pacient nezná a je nucen se jim cele svěřit do péče, aniž by věděl, jak moc jsou kompetentní.
- ❖ Strach z poruchy celistvosti vlastního těla – Pacientovi je při operaci odebrána část jeho těla a celistvost je tak narušena. Zvláště těžké je to, když jde o operaci

na viditelných místech. Pacient se může obávat, jak bude fungovat jeho tělo a jak se na něj budou ostatní lidé dívat.

- ❖ Strach ze smrti – Každá nemoc je určitým upozorněním na to, že nejsme nesmrtelní a že jednou nutně přijde konec našeho pozemského života.
- ❖ Strach pramenící z toho, že pacient chápe svou nemoc jako trest za to, co provedl. – U mnoha lidí se setkáme s nesprávným teologickým pojetím viny. Je tomu tak u věřících lidí, ale zvláště i u lidí na okraji víry, případně i u naprostých ateistů. Nemocný v bezesných nocích probírá své morální prohřešky a plní ho to obavami.
- ❖ Bolest – Bolest nemocného velmi často upozorní na zhoršení zdravotního stavu a přivádí ho k lékaři. Potom jej provází obdobím hledání diagnózy, léčením a případnou rehabilitací. Může být různě intenzivní, mít nejrůznější charakter, různě dlouho působit, objevovat se různě často a je provázena různými vedlejšími pocity.
- ❖ Obavy o rodinu – Nemocný je vytržen ze svého prostředí a má obavy, jak to doma bez něj zvládnou a co se asi děje v práci.
- ❖ Stres – Výše uvedené a mnoho dalších věcí způsobuje tlak na pacienta, který se projeví jako tíživý distres v podobě tíživého pocitu neschopnosti řešit danou situaci. Trvá-li tento stav delší dobu, může dojít k depresi – celkovému útlumu životní energie. Setkáváme se pak se syndromem HH – bezmoci a beznaděje a se syndromem vyhoření, kdy nemocný ztrácí životní energii, nadšení pro cokoliv, propadá se do sociální izolace a nemá chuť žít dál.
- ❖ Zlost – pacient se zlobí sám na sebe, například proto, že lépe nedbal o své zdraví, nešel včas k lékaři, atd. Zlobí se, že nemůže dělat to či ono. Zlobí se na sestry a lékaře, že nejednají podle jeho představ, a často se na ně zlobí zástupně, protože jsou po ruce a na někom si svou zlost potřebuje vylít. (27)

1. 5. 3. Co se děje v duchovní oblasti pacienta

John Katonah obrazně popisuje to, co se odehrává v duchovní oblasti nemocného jako paralelu s obřady iniciace, které se konají u různých primitivních národů v době, kdy se z dětí stávají dospělí. Tyto obřady mají tři fáze:

1. fáze: separace - Dítě odchází od rodiny a případně i z vesnice do nového prostředí. Tam je odloučeno od rodiny i od dětí, s nimiž doposud žilo. Jedinými lidmi, se kterými se setkává jsou dospělí, kteří na sebe berou slavnostní hábity.

2. fáze: mezivládí – Dítě najednou nepatří nikam, ani do rodiny a do dětského kolektivu, ale ani mezi dospělé. Je dospělými podrobováno všelijakým zkouškám. Je osamoceno mezi lidmi. Ztratilo svou původní identitu, ale nezískalo ještě novou. Vrcholem je setkání s „vyšší mocí“, která je v různých kulturách různě definována, ale má vždy charakter něčeho svatého, co nás převyšuje. Pro dítě se mění řada věcí, dostává nové jméno, odkládá dětské šaty a obléká kroj dospělého, stává se zralejším člověkem a je přijato mezi bojovníky kmene nebo dospělé ženy.

3. fáze: transformace – Dítě se vrací do vesnice s novou identitou. Je uznáno za dospělé a má nyní jiné společenské postavení a jinou roli. Dělá něco jiného a je v jádru jiným člověkem. Chlapec se cvičí v boji a dívka se připravuje na manželství a rodinný život. V jejich životě došlo k radikální změně – transformaci osobnosti.

Podobně je tomu s nemocným. Odchází z domova od svých blízkých do poměrně cizího prostředí nemocnice. Stává se pacientem. Dostává jiný - nemocniční oblek. Nepatří již ani mezi lidi v „civilu“ ani mezi zdravotníky. Tím, kým byl (učitelem, podnikatelem, úředníkem), již není a ztrácí svou dosavadní identitu. V nemocnici je osamocen a jeho kontakt s ostatními lidmi je omezen. Je vyšetřován, podrobován všemožným zkouškám. Nakonec jej zavezou do „posvátného chrámu“ – na operační sál. Anesteziolog jej uvede do stavu, kdy ztrácí vědomí a děje se s ním něco nesrozumitelného. Potom se probouzí a je, nejen z tělesného hlediska, poněkud jiným člověkem. Přežil operaci a z určitého hlediska přežil „vlastní smrt“.

Z tohoto pohledu zde můžeme rozeznat dvě fáze, které jsou důležité hlediska duchovního života nemocného:

- ❖ Fáze před operací – Z určitého hlediska je pacient postaven před možnost bytí a nebytí. Je konfrontován s něčím, co není v jeho moci a co má moc nad jeho vlastním životem.
- ❖ Fáze po probuzení – něco se změnilo nejen v těle, ale i v jeho mysli. Prošel závažným úsekem života a něco zažil. Je jiným člověkem a musí přebudovat žebříček hodnot, o které mu nyní půjde. Musí nově zaměřit svůj život. (27)

1. 5. 4. *Postoj věřícího člověka k utrpení*

Jsou popsány čtyři typy postojů k utrpení ve vztahu k Bohu. U některých nemocných je tento postoj neměnný, u jiných se formy střídají, přičemž je možný vývoj k lepšímu chápání, tak i regrese k postojům méně vyspělým.

První formu můžeme nazvat jako „pro Deo“ (pro Boha). Je to obhajoba Boha, jeho ospravedlnění vzhledem ke skutečnosti existence zla. Nemocný z negativních životních zkušeností neobviňuje Boha, ale vysvětluje si je buď jako akt Boží spravedlnosti nebo jako výchovný prostředek. V obou případech jde o starozákonní pojetí Boha, které prozrazuje nedostatečnou schopnost trpícího uvědomit si Boží velikost a lásku. Bůh je redukován na ručitele mravního řádu, který odměňuje dobro a trestá zlo. Pro tento postoj je charakteristická otázka: „Čím jsem si to zasloužil?“ nebo rčení: „Koho Bůh miluje, toho křížem navštěvuje.“ a nebo: „Musíme-li na světě trpět, odměna v nebi bude o to větší.“ Ulpívání nemocného na chápání utrpení jako spravedlivého trestu požaduje od nemocného jeho pasivní přijetí a někdy vede k sebemučícím tendencím. Chápání utrpení jako zkoušky vede též k jeho pasivnímu přijetí, což může vést k zahořknutí a rezignaci. (19, 47)

Druhou formu můžeme označit jako „contra Deum“ (proti Bohu). Obviňování sebe sama může snadno přejít k obviňování Boha a naopak. Výše uvedená i tato forma vztahují původ utrpení k Bohu, ale rozdílným způsobem. Obviňování Boha je ve svědomí věřícího člověka spojeno s pocitem viny. Charakteristický je výrok: „Kdyby Bůh byl, nemohl by se na to dívat.“ Existence utrpení je bezesporu zkouškou víry a osobní prožívání těžké nemoci může pochopitelně vyvolávat pocity zklamání nadějí, které nemocný vkládal do svých představ o Bohu. Pro tento postoj je také typické, že se

agrese nemocného současně obrací i proti jeho nejbližším, jejichž láskou si je nejvíce jist, čímž vzniká nebezpečí úplné izolace. Nakonec pocity viny za tuto všechnu křivdu způsobí, že trpící nemocný cítí nenávist sám proti sobě. **(19, 47)**

Třetí forma postojů se označuje jako „ad Deum“ (k Bohu). Při hledání smyslu svého utrpení se nemocný obrací přímo na Boha s naléhavou prosbou o pomoc. Vynořuje se zde živý Bůh a rozhovor mezi ním a nemocným nabývá na reálnosti a bezprostřednosti. Trpící člověk Boha vzývá, přijímá jeho vůli a prosí o záchranu a vysvobození.

Čtvrtá forma postojů se nazývá „cum Deo“ (s Bohem). Obsahuje současně aktivní odpor vůči zlu a plnou důvěru v Boží přispění. Podstatou je vnitřní zkušenost, že Bůh je solidární s trpícím člověkem. Boží pomoc zde neznamena pasivní podrobení se nemoci, ale naopak Bůh zde zápasí spolu s člověkem. Křesťan má své utrpení přijmout ve sjednocení s Kristem, obětovat je za spásu světa, ale zároveň prosit za své uzdravení. **(19, 47)**

Nemoc je pro věřícího člověka zároveň zkouškou víry a důvěry v Boha, může se proto stát, že pacient znovu objevuje svůj vztah k Bohu, nebo o něj naopak dramaticky bojuje. Velmi často nemoc vyvolá hledání Boha a návrat k němu. Často i silní ve víře prožívají v nemoci těžké zkoušky. Místo pohoršování nad jejich skleslými projevy víry, výčitek a snahy o znovuobrácení bychom měli nemocného spíše povzbuzovat a vést ho k naději. **(42)**

1. 6. Pojem spirituální péče

Slovo pastorační pochází z latinského *pascere* – sytit, odtud je potom pastor – duchovní protestantských církví či pastorační péče. **(36)** Pod pastorační péčí rozumíme péči o spirituální směřování lidí, která je organizovaná církví. Interní pastorační péče se týká sboru věřících a externí pastorační péče lidí mimo církev nebo obecného prospěchu lidské společnosti. **(33)** Spojení pastorační péče se používá nejednotně. Pod spirituální péčí myslí někteří péči širší, než je péče pouze o náboženské potřeby. Někteří autoři zase

nadřazují slovní spojení pastorační péče péči o spirituální potřeby i o potřeby religiózní. Podle těchto autorů se tedy jedná o zastřešující termín. **(36)**

Podle Etického kodexu nemocničního kaplana a dobrovolníka – poskytovatele spirituální péče vyslaného církví se spirituální péčí v širším slova smyslu rozumí takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřících křesťanů, věnujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího dalšího možného rozvoje. **(2)**

Nemocniční kaplan Jan Zachoval definuje spirituální péči jako nabídku pomoci zaměřené zejména na duchovní složku osobnosti trpícího, která se mu snaží pomoci, aby lidsky důstojně zvládl své utrpení. Zabývá se obecně lidskou spiritualitou, nikoli pouze náboženstvím. **(57)**

Spirituální služba má lidem pomoci řešit jejich duchovní problémy. Měla by dát pacientům prostor k vyjádření jejich obav, tužeb, zkušeností se životem i smrtí i se změnami, které u nich vyvolala nemoc. Úkolem duchovního je odpovídat na jejich otázky na jejich úrovni víry. Podle dohody mezi církvemi je spirituální služba definována jako uspokojování duchovního rozměru pacienta při respektování důstojnosti lidské bytosti a její potřeby spirituality, citlivé a odborné doprovázení člověka ve složitém období jeho života, vzbuzování naděje a potěšení, péče o příbuzné a blízké pacienta i o pracovníky zdravotnických zařízení. **(11)**

Spirituální služba nevytváří v pacientech potřeby, ale snaží se efektivně reagovat na jejich akutní stavy. Odborník, který ji vykonává, není v postavení někoho, kdo přesně ví a zná, ale „pouze“ toho, který může pomoci samotnému člověku hledat své odpovědi. Může též zprostředkovat zkušenosti, nastavovat druhému člověku zrcadlo nebo zorganizovat setkání s jinými lidmi nebo s jinou dimenzí existence, pokud v ní věří. Spirituální služba ve zdravotnických zařízeních má vést k vytvoření bezbariérového duchovního prostředí, tj. pracovního prostředí vzájemné hluboké důvěry

s respektem a úctou, s možností beze strachu projevit vlastní názor, zeptat se a případně poskytnout pomocnou ruku. **(41)**

Spirituální služba nemocným a umírajícím není založena na tom, co děláme, ale jakým způsobem to děláme a kým je tento kontakt s nemocným nesen.**(1)** Doprovázející je nablízku, ale nevnučuje doprovázenému svou cestu ani nepřejímá jeho úkol. Současné přesvědčení doprovázeného nemusí být správné ani konečné, ale doprovázející nepovažuje jeho změnu za svůj úkol. Je spíše katalyzátorem než činitelem. Na rozdíl od péče o tělesnou stránku osobnosti nelze úspěch spirituální služby jednoduše změřit či posoudit. **(56)**

Předpokladem spirituální služby a jejího úspěchu je vztah doprovázejícího k doprovázenému, jehož součástí je respekt k jeho jedinečnosti, zájem, blízkost, a to bez ohledu na jeho nemoc nebo postižení. Základním nástrojem spirituální služby je rozhovor a především umění naslouchat. Prvořadé není sdělení, nýbrž sdílení, navození ovzduší důvěry a pocitu bezpečí. Ticho a nonverbální komunikace mohou mít stejnou nebo i větší hodnotu než vyřčené slovo. **(56)**

Charakteristickým rysem je možnost a nikoliv nutnost akceptace této služby. Je vhodné, aby odborníci na tuto službu byli k dispozici všem pacientům a ne pouze těm, kteří si to vyžádají, nebo za kterými je personál pošle. Jakýkoliv pacient má možnost s těmito pracovníky otevřít své problémy, které si netroufá otevřít před nikým jiným, možná proto, že se právem domnívá, že jsou vázáni diskretností a mlčenlivostí. **(41)** Na druhou stranu ale může pacient tuto službu kdykoliv odmítnout bez udání důvodu, neboť nikdo nemá právo vyvíjet tlak na člověka v nouzi, indoktrinovat ho, zneužít jeho nouzové situace pomocí určitého duchovního násilí. **(41, 23)**

Umírající nebo těžce nemocný člověk může mít nejrůznější představy týkající se víry, náboženství, posmrtného života a podobně. Jestliže se s nimi svěří, je to pro nás nesmírná pocta a známka jeho důvěry k nám. Když se nám dostane takové cti a nemocný je ochoten s námi o těchto otázkách hovořit, nikdy mu nesmíme jeho představu víry brát nebo jinak zpochybňovat. Naše role je sice nezastupitelná, ale je to role průvodce a nikoliv soudce. Velký význam mají také projevy zájmu o jeho

myšlenky. Nemocnému můžeme i poděkovat, protože tím, že nám sděluje své prožitky, získává nejen on ale i my. **(25)**

Způsob spirituální služby, její úroveň a intenzita se řídí přáním nemocného, jeho okamžitým zdravotním stavem i jinými životními okolnostmi. Spirituální služba může být přerušena a třeba někdy později opět navázána. Nemocný, kterému je duchovní služba nabízena, ví, že může kdykoliv vyjádřit přání ji přerušit, aniž by mu kvůli tomu byla dána najevo kýmkoli jakákoli nelibost. Nabídka spirituální služby je určena i nevěřícím, pokud si to přejí, a to i tehdy, když u nich byt' pouhá zmínka o náboženství nepřichází v úvahu. **(57)**

1. 6. 1. Východiska spirituální služby

Spirituální služba ve všech zdravotnických zařízeních patří k úkolům církve bez ohledu na to, kdo je jejich zřizovatelem. Církve se shodují v tom, že jsou povolány ke službě potřebným. Zvláštního zřetele a odborné přípravy si přitom zasluhují místa, kde se lidé ocitají pod tlakem, prožívají krize a zápasí o naději a smysl života. **(32)**

Celý Starý zákon představuje Boha jako toho, který zachraňuje, vyvádí z poroby a pečuje o člověka. Křesťanství potom tento pohled potvrdilo a rozvinulo. Ježíš o sobě v Janově evangeliu prohlašuje: „Já jsem dobrý pastýř. Dobrý pastýř položí život za své ovce.“ Ve 25. kapitole Matoušova evangelia se Ježíš ztotožňuje s hladovými, žíznivými, nemocnými, lidmi na cestách a ve vězení a říká, že cokoli jsme učinili pro někoho z těchto potřebných, učinili jsme pro Něj.

Lukášovo evangelium zase vypráví příběh o milosrdném Samaritánovi, který se ujal pocestného, který byl přepaden, oloupen a zraněn lupiči a ponechán ležet u cesty. Kolemjdoucí levita a kněz se mu vyhnou, ale Samaritán, který je v podstatě nepřítel, je pohnut soucitem, ošetří ho a odveze do hostince, kde za něj zaplatí. Ježíš potom vyzývá ke stejnému jednání. Ježíš říká svým učedníkům, aby milovali druhé jako sami sebe a dokonce, aby milovali i své nepřátele. **(36, 6)**

V právech pacientů schválených v roce 1992 Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví se v bodě 2. praví: „Pacient má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své

rodiny či přáteli.“ Tato formulace již umožňuje poskytování spirituálních služeb ve zdravotnických zařízeních, není však právně vymahatelná. Proto se v nejnovějším návrhu zákona o zdravotní péči v § 49 v odstavci i) píše: „Pacient má právo přijímat představitele církví a náboženských společností za účelem duchovenské činnosti, s ohledem na zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem zdravotnického zařízení ústavní péče, pokud není zvláštním předpisem stanoveno jinak.“ **(8)**

Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice ukládají ve standardu PFR.1.2.1. povinnost vytvořit postup, v rámci kterého uspokojí požadavky pacientů a jejich blízkých na poskytnutí duchovních služeb či podobné požadavky vyplývající z pacientových spirituálních potřeb a náboženského přesvědčení. **(21)**

1. 6. 2. Dělení spirituální služby

Spirituální služba se dělí na obecnou a speciální:

- ❖ Obecná spirituální služba – spočívá v naslouchání, pomoci k orientaci v nastalé životní situaci, v hledání smyslu života s nemocí, vyrovnávání se s obavami všech druhů, pomoci při urovnávání křivdy, viny a vyrovnání se s neúspěchy, modlitbě.
- ❖ Speciální spirituální služba – se týká úkonů, na které je třeba speciální vzdělání nebo církevní pověření a někdy i svěcení. Jsou to například příprava k přijetí svátostí, udělení samotných svátostí nebo příprava a sloužení bohoslužeb a mší.

(40)

Základní obecnou duchovní službu může trpícímu poskytnout každý, kdo v něm posílí důvěru a vědomí, že je přijímán a milován jako jedinečná lidská bytost, posílí v něm touhu odpouštět a sám prožít odpuštění, tedy zdravotníci, sociální pracovníci, dobrovolníci, příbuzní a přátelé. Hlubší rozbor mnoha otázek však vyžaduje osobu s náležitou kvalifikací, čímž je příslušné teologické vzdělání, a pokud jde o službu náboženskou v konkrétní církvi nebo náboženské společnosti, tak i její výslovné pověření. **(57, 11)**

Spirituální službu lze také podle Jana Zachovala rozdělit na individuální a skupinovou.

- ❖ Individuální spirituální péče - obsahuje především naslouchání, rozhovor, modlitbu, udělování svátostí, aj.
- ❖ Skupinová spirituální péče – je například bohoslužba slova, mše, modlitební společenství, společné rozhovory, ale třeba i koncert. **(57, 11)**

Zdeněk Kalvach zase dělí spirituální službu na tradiční – pro věřící pacienty, a krizovou - tedy lidskou pomoc v otázkách transcendentna pro každého pacienta ve složité situaci. **(10)**

1. 6. 3. Pacienti, kteří si přejí spirituální péči

V roce 2000 bylo u nás hlášeno přes 2 milióny hospitalizací. Z nich více než 58 tisíc skončilo úmrtím pacienta. Porovnáním s počtem všech zemřelých v České republice zjistíme, že 45% lidí dodnes umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních. Na hospice přitom připadá pouze něco přes tisíc zemřelých. Dále bylo v roce 2000 přiznáno téměř 18 000 plných invalidních důchodů, což je možné pouze, když se zdravotní stav výrazně promítá do sociální situace občana. Dá se předpokládat, že velké většině z nich předcházela delší nebo opakovaná hospitalizace. Z dalších statistik vyplývá, že ročně se cca 60 tisíc lidí dozví o diagnóze nádorového onemocnění. Také tito lidé budou hospitalizováni a budou potřebovat spirituální pomoc. **(8)**

Spirituální péči si obvykle přejí tito pacienti:

- ❖ Pacienti, kteří se zdají být osamělí a navštěvuje je jen málo lidí.
- ❖ Pacienti vyjadřující strach a úzkost.
- ❖ Pacienti před operací.
- ❖ Pacienti, jejichž onemocnění souvisí s emocemi a nebo má náboženské či sociální důsledky.
- ❖ Pacienti, kteří následkem choroby či úrazu musí změnit způsob života.
- ❖ Pacienti, kteří se zamýšlejí nad vztahem mezi náboženstvím a zdravím. **(58)**

1. 7. Spirituální péče lékařů

Jak bylo již zmíněno výše, základní obecnou spirituální službu může nemocnému poskytnout každý, kdo nemocného respektuje jako jedinečnou bytost, vytvoří s ním vztah založený na důvěře, je empatický a umí naslouchat.

Dnešní pacienti mnohem častěji než dříve očekávají od lékaře pomoc při hledání odpovědí na otázky po smyslu života nebo dokonce po smyslu utrpení. I když s tím sazebník zdravotní pojišťovny nepočítá, nemůže lékař pacienta odbýt slovy typu: „To sem nepleťte, to sem nepatří.“, neboť definice zdraví podle WHO potvrzuje, že to sem patří. (49)

I někteří lékaři uznávají, že lékař by měl zastat kromě odborné somatické péče ještě péči o pacientův duševní stav. Erudice lékařů je však v tomto směru nedostatečná, a někomu navíc vlohly k takovému rozhovoru, k projevení účasti, sympatie a empatie nejsou dány. Patříčná orientace a erudice bude jistě chybět ateistickému lékaři v kontaktu s hluboce věřícím pacientem. Lékaře však nejvíce limituje nedostatek času k projevení hlubší účasti s nemocným. Část nemocných potřebuje také nejen obecnou ale i hlubší spirituální nebo pastorační péči, kterou potom může zastat pouze duchovní. (15)

Pohybujeme se zde v hraničním pásnu mezi medicínou a náboženstvím. Na teologických fakultách se proto v zájmu pacientů přednáší pastorální medicína a naopak lékaři mají možnost opatřit a prostudovat si knihu Lékařská péče o duši od Viktora E. Frankla, kde se mohou seznámit se základy logoterapie.

Franklova Lékařská péče o duši nemá být náhražkou náboženství ani psychoterapie, ale pouze jejich doplněním. Náboženskému člověku nemáme co říci, neměli bychom mu co dát. Problémem však je, co odpovědět nenáboženským lidem, obrátí-li se s duchovními otázkami na lékaře. Lékařská péče o duši není samozřejmě náhražkou vlastní péče o duši, tou zůstává i nadále péče kněžská.

Může dojít ke čtyřem následujícím modelovým situacím, které je možné řešit následujícím způsobem:

- ❖ Věřící lékař a věřící pacient – snadno se domluví a lze to využít i terapeuticky.

- ❖ Nevěřící lékař a věřící pacient – zprostředkovat kontakt s duchovním.
- ❖ Věřící lékař a nevěřící pacient – Franklova metoda lékařské péče o duši.
- ❖ Nevěřící lékař a nevěřící pacient – Franklova metoda lékařské péče o duši.

I kdyby si však všichni lékaři učení Viktora E. Frankla rychle osvojili, jeho aplikace v praxi je mimořádně časově náročná. **(49)**

Lékaři přirozeně pociťují potřebu kontroly duchovních, kteří by na oddělení měli působit. Podle lékaře Pavla Freitagy by měl ošetřující lékař učinit výběr pacientů, ke kterým by mohl mít duchovní přístup, a dříve než duchovní navštíví nemocného, měl by s ošetřujícím lékařem prokonzultovat jeho zdravotní stav. Není podle něj možné, aby duchovní spontánně obcházeli nemocnici a vykonávali náboženské úkony. Naopak tajemnice Ekumenické rady církví Naděje Mandysová říká, že záleží především na rozhodnutí pacienta, a postavení lékařů jako nepřekonatelné autority, která přehnaně přebírá odpovědnost za rozhodování o pacientovi, nazývá negativním pozůstatkem minulosti. **(12)**

V diskuzích o duchovní službě se mnohdy objevuje otázka, zda by pacientům nestačily pouze služby psychologů. Podle lékařky Marie Opatrné, která vykonává duchovní službu ve Všeobecné fakultní nemocnici, však psycholog nebývá schopen se vypořádat s pacientovými existenciálními problémy. Křivohlavý tvrdí, že psychologové na spirituální službu nemají průpravu, ovšem s tím, že v některých oblastech se působnost duchovního a psychologa prolíná. **(12)**

1. 8. Spirituální péče sester

Součástí základní ošetrovatelské péče je respektovat pacientovy spirituální potřeby za jakékoliv situace a pomáhat mu tyto potřeby uspokojovat. Od sestry se proto očekává, že pacientovi umožní, aby mohl „vyznávat své náboženství“. To předpokládá celou řadu specifických opatření, jako například pomoci pacientovi najít místo, kde se koná bohoslužba, nebo přivést duchovního jeho víry, umožnit, aby si pacient mohl pohovořit s knězem v soukromí, umožnit mu přijímání svátostí. **(59)**

Je také velice důležité, aby sestry byly informované o zvláštnostech jednotlivých náboženství, neboť náboženské úkony se dotýkají mnoha aspektů každodenního života. Mohou například zakazovat určité pokrmy či určité formy zábavy, o kterých se lidé mimo náboženství domnívají, že jsou neškodné. Mnohá náboženství také předepisují dny půstu a dny, kdy se nesmí pracovat. (59)

Spirituální péče o pacienty se závažným onemocněním může být plánována stejně jako všechny ostatní ošetrovatelské intervence. Plánované hodnocení potřeb umožní rozpoznat a dokumentovat spirituální potřeby, na jejichž základě lze plánovat intervence, které se zabudují do celkového ošetrovatelského plánu.

Hodnocení spirituálních potřeb by se mělo provádět opatrně. Je důležité, abychom dialog mezi sestrou a pacientem nezaměnili pouze za zaškrtávání políček a neredukovali duchovní záležitosti na jednorázovou akci. Vhodnější termín by tedy byl pravidelné hodnocení, které naznačuje potřebu kontinuálního sledování a pozornosti ze strany všech zdravotnických pracovníků. Dotazníky by měly být nástrojem pro zahájení konverzace, měly by pomoci nemocným, rodinným příslušníkům i personálu vnímat tyto otázky a indikovat, že na tomto pracovišti není problém o spirituálních otázkách hovořit. (17)

Otázky tvořící spirituální anamnézu nemocného mohou být například následující:

- ❖ Pacientova koncepce Boha
 - ❖ Jeho zdroj naděje a síly
 - ❖ Pro pacienta významné náboženské praktiky a rituály
 - ❖ Vztah mezi jeho zdravotním stavem a individuálním duchovním přesvědčením
- (58)

Často se však stává, že uspokojování spirituálních potřeb pacienta je sestrami odmítáno. Sestra je přesvědčena, že v časové tísní, v níž se nachází, by nebyla schopna poskytnout dostatečnou oporu pacientovi, a za druhé se nepovažuje za expertku v této oblasti. Jsou to však právě sestry, ke kterým má pacient nejbližší a u nichž tedy hledá odpovědi na důležité spirituální otázky.

Má-li být sestra schopna pomoci svým pacientům v duchovní oblasti, měla by se nejprve sama zamyslet nad těmito otázkami:

- ❖ V co věřím?
- ❖ Co dává smysl mému životu?
- ❖ Co chápu pod pojmem spiritualita?
- ❖ V co doufám?
- ❖ Koho miluji a kdo miluje mne?
- ❖ Jaké vztahy mám s druhými?
- ❖ Co by se dalo změnit na mých vztazích?
- ❖ Jsem ochotna uzdravit své narušené horizontální a vertikální vztahy?

Pokud nejsme ochotni v sobě hledat a nemáme touhu zkoumat tuto nejintimnější část svého já, potom vyhodnocování spirituálních potřeb někoho jiného bude povrchní a bude to pouze otázkou povinnosti. **(51)**

Sestry by během každodenní péče měly poznat, kdy se jim nabízí možnost mluvit s pacientem o spirituálních otázkách. Během těchto rozhovorů sestra může zaměřit některé otázky na rekapitulaci života, například:

- ❖ Jaká je vaše nejmilejší vzpomínka?
- ❖ Když se ohlédnete za svým životem, je tam něco, čeho opravdu litujete?
- ❖ Trápí vás úzkosti nebo obavy, o kterých byste chtěl mluvit se mnou nebo s našim pastoračním pracovníkem?
- ❖ Přemýšlel jste o tom, co pro vás znamená smrt?
- ❖ Jak vám i vaší rodině můžeme nejlépe pomoci?

Další otázky potom mohou být více zaměřené na náboženství:

- ❖ Všimla jsem si, že jste ve vstupním dotazníku zaškrtl „bez vyznání“. Bylo to vždycky tak, nebo se vaše přesvědčení změnilo v průběhu života?
- ❖ Je pro vás důležité mluvit o vaší víře? **(17)**

Duchovní otázky se projeví v určitých situacích, příbězích a vyznáních. Při hledání možných strategií spirituální péče se sestry musí zaměřit na situace, příběhy a systémy:

- ❖ Situace: Existují způsoby, jak stávající situaci změnit, aby byla pro pacienta únosnější? Například pro některé nemocné přístup k milovaným věcem poskytuje obnovený pocit sounáležitosti. Jiným může zase pomoci, když se na chvíli dostanou do zahrady a pro jiné to je třeba poslech hudby.
- ❖ Příběhy: Vyskytují se v pacientově životním příběhu určitá východiska, která by mu mohla pomoci vidět současnou situaci v jiném světle nebo najít sílu žít v naději?
- ❖ Systémy: Potřebuje pacient pomoc zkušeného pracovníka, který sdílí jeho náboženské nebo filozofické přesvědčení? (17)

Sestra nemusí znát naučené otázky, i když strukturované otázky jí mohou pomoci při vyhodnocování potřeb a stanovení plánu péče v této oblasti. Jde především o její samotnou přítomnost, o podporu verbalizace pacienta a o aktivní naslouchání pacientovi, a to nejen ušima, ale celým svým srdcem. (51)

1. 9. Spirituální péče nemocničních kaplanů

1. 9. 1. Pojem nemocniční kaplan a dobrovolník

Slovo kaplan pochází z latinského *capellanus*, což znamená duchovní vázaný na kapli. Podle kodexu kanonického práva katolické církve je kaplan kněz, kterému je natrvalo alespoň z části svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů. Zvláštní skupinou se myslí například křesťané v nemocnicích, v armádě či ve věznicích. Slovo kaplan také užívají protestantské církve. Ve 20. století došlo díky ekumenické spolupráci křesťanských církví k určitému posunu v chápání tohoto slova. V současné době je termínem nemocniční kaplan v západních zemích označován člověk, muž nebo žena, který má patřičné vysokoškolské vzdělání a pověření od církve, jejímž je členem, aby vykonával pastorační péči v nemocnicích. (36)

Podle Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice se nemocničním kaplanem rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči pacientům, personálu a návštěvníkům, řídí péči dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví podle přání pacienta. Dobrovolníkem se podle této dohody rozumí osoba (muž nebo žena), která se ve svém volném čase podílí na spirituální péči o nemocné pod vedením nemocničního kaplana. Oba musí splňovat kvalifikační předpoklady a dodržovat Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka. **(2)**

Kaplan poskytuje spirituální služby v různých zdravotnických zařízeních, a to tak, že prokazuje službu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují, a že přivádí k zdrojům osobním, zdrojům víry, kulturním i zdrojům společenství. **(30)**

Nemocniční kaplan má nejen základní dovednosti duchovního, ale i psychologa a terénního sociálního pracovníka, aniž by ovšem zasahoval do kompetencí farářů, psychologů nebo psychiatrů. Umí řešit běžné problémy pacientů v nemocnicích, které nespádají do medicínské oblasti, a v případě nutnosti umí rozeznat krizový stav a zařídit kontakt s odborníkem. **(44)**

Kaplanské služby jsou organizovány různými způsoby v různých evropských zemích. Je to podmíněno administrací náboženských skupin, zdravotnickými institucemi, státními zdravotnickými směrnicemi a politikou a kaplanskými asociacemi. Jsou vykonávány duchovními i laiky, kteří byli profesionálně vycvičeni v oblasti pastorační péče, jsou zplnomocněni jejich společenstvím věřících a uznáni zdravotnickým systémem. **(30)**

1. 9. 2. Úkoly nemocničního kaplana

Nemocniční kaplani jsou přítomni pro pacienty, jejich příbuzné a jiné jim blízké osoby, návštěvníky a personál:

1. aby proklamovali a bránili nekonečnou hodnotu a důstojnost každé osoby

2. aby byli znamením existenciálního a duchovního rozměru utrpení, nemoci a smrti
3. aby skýтали znamení uzdravující, podpůrné, usměrňující a smírující síly náboženské víry
4. aby se snažili dbát o to, aby spirituálním potřebám lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení
5. aby se pokoušeli chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí nebo proselytismem
6. aby poskytovali podpůrnou spirituální péči skrze empatické naslouchání a dávali najevo porozumění těm, kdo jsou v úzkosti
7. aby poskytovali bohoslužbu, obřady a svátosti podle té které náboženské tradice
8. aby sloužili jako členové multidisciplinárního zdravotnického týmu
9. aby poskytovali a měli účast na výukových programech pro zdravotnické profesionály
10. aby byli činní jako prostředníci a smírčí osoby a poskytovali obhajobu těm, kdo potřebují mluvčího ve zdravotnickém systému
11. aby podporovali a účastnili se výzkumných programů o spirituální péči
12. aby stanovovali a vyhodnocovali účinnost poskytované spirituální péče
13. aby usnadňovali společné uvědomování si potřeb a požadavků lidí, jimž slouží, pečujících a zdravotnických systémů **(30)**

1. 9. 3. Postavení nemocničních kaplanů

Nemocniční kaplan má být členem multidisciplinárního týmu. Má to své velké přednosti, neboť kaplan tak do nemocnice a na oddělení patří a pacienti jsou zvyklí na jeho přítomnost. Nepřichází jako někdo, kdo zase odejde, kdo je zde jen na chvíli proto, že byl zavolán, ale je zde s pacienty v jejich drobných radostech, a především tehdy, když je jim úzko, když hledají, ptají se. Podobně jako ostatní členové týmu je vnímán pacienty tak, že je zde proto, aby jim pomáhal. Tím samotným už je navozena atmosféra důvěry. Je tudíž k dispozici všem pacientům a snáze může zohlednit jejich stav a potřeby. **(36)**

Naopak lékař Pavel Freitag říká, že podle jeho názoru by duchovní neměli být přímo členy týmu pečujícího o pacienta, neboť v religiózně vlašném prostředí u nás by zřejmě stačil pouze dosti nízký úvazek. Důležitá je podle něj nabídka a dostupnost. **(15)**

V západních státech patří spirituální služba k běžnému provozu nemocnice. Duchovní zde působí ve všeobecných a fakultních nemocnicích, v rehabilitačních centrech, na psychiatrických klinikách, v léčebných zařízeních pro léčbu závislostí, v hospicích a v domovech důchodců. **(11)** Duchovní péče je zde středním zdravotnickým personálem přijímána velmi spontánně, zatímco lékaři si zachovávají odstup. V Anglii jsou nemocniční kaplani dokonce placeni ze státních prostředků. **(10)**

Podle dohody mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice by kněží, faráři a kazatelé vykonávající spirituální službu byli zaměstnanci církví, či dobrovolníci církví pověřeni. V nemocnicích by pracovali dobrovolně. Ekumenická rada a katolická církev by garantovaly správnost jejich působení. Cílem ekumenické rady je, aby v budoucnu byli do resortu zdravotnictví začlenění podobně, jako je tomu ve vězeňské nebo armádní službě. **(9)**

Zdeněk Kalvach navrhuje, aby se v poskytování duchovní služby pozvolna dělalo vše, co je povoleno, ale zároveň aby byl brán ohled na jednotnou a primární odpovědnost ošetřujícího lékaře. Podle Marie Opatrné by měla duchovního pro spirituální službu jmenovat „profesní“ komora a podle J. Mamuly by měl spirituální službu provádět někdo jiný než samostatný farář a měl by to být člověk, který je v rámci církve aprobovaný pro samostatnou práci s lidmi. **(10)**

Eva Kalvínská, koordinátorka psychosociální a spirituální péče ve fakultní nemocnici v Motole, píše, že z četných osobních sdělení s představiteli jednotlivých církví vyplývá, že pro to, aby byla pacientům zajištěna duchovní podpora ve všech nemocnicích ČR, v současné době a ani v budoucnu zřejmě nebudou mít dostatek vyškolených lidí. A to i přesto, že v rámci Ekumenické rady církví bylo zahájeno školení profesionálů i laiků, kteří by se chtěli pastorační prací ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních zabývat. Navíc většina prohlašuje, že pro pastorační péči v nemocnicích by potřebovali jakési doškolení. **(22)**

1. 9. 4. Vzdělávání nemocničních kaplanů

Výukový program pro nemocniční kaplany by měl být založen na pražské Vyšší sociálně pedagogické a teologické škole Jabok a další vzdělávací činností pro duchovní by měl být pověřen Evangelický teologický seminář. Na Evangelické teologické fakultě UK už probíhá seminář o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních, kombinující teologické vzdělání a spirituální péči. Duchovní budou rovněž povinni projít zdravotní průpravou. **(9)**

Ve školním roce 2007/2008 začal běžet pilotní projekt Evangelické teologické fakulty a 1. a 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy s názvem Nemocniční kaplan. Cílem je vyškolit cca 20 osob s předchozím bakalářským nebo magisterským vzděláním v oborech teologie, psychologie nebo sociální práce, které budou působit v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či jiných zdravotnických zařízeních jako nemocniční kaplani. Výuka probíhá jeden víkend měsíčně a trvá 10 měsíců. Součástí kurzu byla i povinná praxe v letním semestru. V říjnu 2007 probíhala v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, která v té době jako jediná nemocnice v republice měla stálou duchovní službu, a má tedy nejvíce zkušeností, v rámci projektu stáž deseti kaplanů. **(44, 53)**

Těm, kdo pracují jako nemocniční kaplani, se dostává profesionálního výcviku, který zahrnuje: teologickou a pastorační výchovu a reflexi, povědomost o problémech zdravotní péče, prakticko-klinickou supervizi a duchovní vedení. **(30)**

1. 9. 5 Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana

Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana podle Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice jsou:

- ❖ Dokončené obecně uznávané teologické vzdělání na magisterském stupni
- ❖ Speciální kapitoly z religionistiky: náboženství a náboženská hnutí (sekty)
- ❖ Kurz pastorační péče
- ❖ Podrobné znalosti o duchovní péči v jednotlivých církvích v ČR (včetně přesného názvosloví)

- ❖ Znalost organizace zdravotnictví a nemocnice
- ❖ Ovládání „právního minima“ v oblastech sociální péče a zdravotnictví
- ❖ Absolvování kurzu krizové intervence
- ❖ Absolvování kurzu komunikace, zejména v obtížných situacích
- ❖ Praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy
- ❖ Obecné zásady spirituální péče
- ❖ Schopnost komunikovat v některém ze světových jazyků
- ❖ Základní orientace ve zdravotnických oborech
- ❖ Základní znalosti z lékařské a zdravotnické etiky
- ❖ Pověření vlastní církví (2)

1. 10. Pravidla spirituální péče

1. 10. 1. Pravidla pro navštěvování nemocných

Každý pacient je jiný a nachází se v jiné situaci, přesto však existují určitá pravidla, kterými by se duchovní měli řídit, když v rámci spirituální péče navštíví nemocného:

- ❖ Navštěvovat pacienty často, ale vždy jen na přiměřeně krátkou chvíli.
- ❖ Před každou návštěvou pacienta se krátce pomodlit a prosit o Ducha svatého.
- ❖ Dovolit pacientovi, aby jako první podal ruku on.
- ❖ Stoupnout nebo sednout si tak, aby pacient mohl duchovního snadno vidět a aby mu viděl pacient do obličeje.
- ❖ Nezapomínat, že s nemocným mluvíme nejen slovy, ale i výrazem svého obličeje, pohledem očí, svou mimikou, gestikulací, postojem a celým svým chováním.
- ❖ Dopřát pacientovi, aby sám vedl rozhovor a hovořil zcela svobodně o tom, o čem hovořit chce.
- ❖ Aktivně naslouchat pacientovi.
- ❖ Chovat se k pacientovi vždy uctivě a laskavě, ať říká či dělá cokoli.

- ❖ Při rozhovoru s pacientem využívat svých křesťanských zdrojů síly, radosti a naděje: modlitby a Božího slova (Bible).
- ❖ Navrhnout pacientovi, zda by se chtěl s duchovním pomodlit či zda by chtěl, aby se duchovní pomodlil s ním. Zeptat se ho přitom, zda chce aby modlitba byla v tichu nebo nahlas – s ohledem na spolupacienty, situaci a dění v okolí.
- ❖ Připravit si pro pacienta písemný materiál, který by mu byl darován – například povzbuzující verš, půjčení knihy, časopisu atp.
- ❖ Nezapomenout na hygienická pravidla chování tam, kde hrozí nebezpečí infekčních nemocí.
- ❖ Pozorovat, jestli není pacient již příliš unaven, tj. jestli není pro něho návštěva již příliš namáhavá, a podle toho jednat.
- ❖ Zeptat se pacienta, zda si nepřeje někomu něco vyřídit nebo něco udělat.
- ❖ Před ukončením návštěvy ujistit pacienta, že se za něj budeme modlit.
- ❖ Po každé návštěvě se doma v klidu zamyslet nad tím, co a jak jsme udělali. Zhodnotit klady a zápory vlastního chování a vzít si z toho ponaučení. (27)

Doporučení co dělat:

- ❖ Snaž se pacienta mít rád – láska i zde koná zázraky.
- ❖ Buď přátelský, plný porozumění a naděje.
- ❖ Snaž se hovořit s pacientem „mezi čtyřma očima“ – ne před druhými lidmi. Jsou-li u lůžka pacienta spolu s tebou i další lidé, hovoř s pacientem chvíli i před nimi, avšak po krátké chvíli je popros, zda by vás s pacientem nechali o samotě.
- ❖ Snaž se pacienta uklidnit
- ❖ Pomáhej pacientovi se uvolnit.
- ❖ Jednej tak, abys pacienta ujistil v jeho dobrých úmyslech, myšlenkách a nadějích.
- ❖ Snaž se co nejlépe rozeznat emocionální stav pacienta – jeho úzkosti, obavy a strachy, projevy zloby a nespokojenosti, pocity viny, nespokojená přání a očekávání, nejistotu a nervozitu – a podle toho citlivě jednej.
- ❖ Ujisti pacienta o bezpodmínečné Boží lásce ke každému člověku.

- ❖ Ujisti pacienta o tom, že i jeho má Pán Bůh rád za všech okolností.
- ❖ Ujisti pacienta o tom, že není sám, že Pán Bůh je s ním vždy a všude a že s ním bude ať se děje, co se děje. (27)

Doporučení, co nedělat:

- ❖ Nenavštěvuj pacienta, když ty sám jsi nemocen.
- ❖ Nemluv příliš mnoho, nenapovídej toho příliš mnoho a nemysli si, že mnoho mluvit je to, co pacient při návštěvě od tebe očekává.
- ❖ Nemluv o svých vlastních chorobách, bolestech a těžkostech – pacientovi to nepomůže.
- ❖ Nesnaž se dát pacientovi odpověď na otázku typu: „Proč se to stalo zrovna mě?“. Řekni mu například pouze, že jsou věci, které mi lidé nevíme, a zůstaň s ním raději chvíli potichu.
- ❖ Nenuť pacienta, aby stále mluvil – za každou cenu, aby řeč nestála, neboť chápající mlčení má také svou cenu.
- ❖ Nesnaž se pacientovi všechno vysvětlit – i to, s čím si nevíš rady.
- ❖ Nesnaž se pacienta ujišťovat, že ho Pán Bůh jistě uzdraví. Boží vůle v daném případě může být jiná.
- ❖ Nemluv s nemocným příliš hlasitě, slyší-li normálně.
- ❖ Nemluv s pacientem nepřirozeným tónem.
- ❖ Nesedej si na pacientovu postel, ani se na ní nepodepírej.
- ❖ Nepovídej si a nešeptej si nic s nikým v místnosti, kde je pacient.
- ❖ Nesděluj pacientovi jeho diagnózu. Není to tvým úkolem, ale přísluší to ošetřujícímu lékaři.
- ❖ Nevyptávej se zvědavě pacienta na detaily jeho nemoci, bolesti atp. Dovol mu, aby ti řekl jen to, co sám chce.
- ❖ Neraď pacientovi ani jeho rodině, jak se rozhodnout v situaci, kdy lékař nabízí několik alternativ léčení. Je to jejich věc a jejich odpovědnost.
- ❖ Nekritizuj před pacientem nemocnici, lékaře, zdravotní sestry ani způsob léčení.

- ❖ Nerozšiřuj informace o pacientově zdravotním stavu poté, co jsi ho navštívil. Uvědom si, že to lidé mohou překroutit a zkomolit. (27)

1. 10. 2. Pravidla rozhovoru

Rozhovor je kontakt mezi dvěma a více lidmi, kteří si vyměňují slova, která mají určitý obsah. V opravdovém rozhovoru jeden účastník reaguje na to, co mu druhým bylo sděleno. V rozhovoru je možno sledovat nejen to, co bylo vyřčeno, ale i emoce, které jsou sdělovány a které byly vyvolány. Další složkou rozhovoru je i nonverbální komunikace, tedy oční kontakt, mimika, gestikulace, postoj, vzájemná vzdálenost komunikujících, aj. (26)

J. Katonah se domnívá, že dialog duchovního s pacientem by měl mít obdobnou podobu jako sokratovský dialog. Duchovní by měl být pacientovi pomocníkem, aby sám viděl svůj život v Božím světle. Duchovní by měl vést pacienta k celkovému uvolnění, tj. k tomu vzdát se vlastní namyšlenosti, tj. představy, že na vše stačí sám a nikoho nepotřebuje. V křesťanské terminologii to lze vyjádřit: „Svěřit se do rukou Božích.“ A dále by ho měl vést k tomu, aby se otevřel tomu, co ho přesahuje. V křesťanské terminologii: „Otevřít se Bohu“. (27)

Cílem rozhovoru s nemocným člověkem je alespoň zpočátku vytvoření přátelské atmosféry a sblížení těch, kdo do rozhovoru vstupují. Podaří-li se to, je možno na tomto základě budovat a uskutečňovat další úkoly, jako je například dát pacientovi možnost uvolnit své vnitřní napětí. Přitom se musí brát v úvahu to, že hlavním cílem pastýřského rozhovoru je porozumění dané situaci pacienta z hlediska evangelia, tj. „vidět situaci ve světle víry“.

Při rozhovoru je dobré řídit se těmito zásadami:

- ❖ Buďte pacientovi k dispozici, kdykoliv si to přeje. Nesnažte se však za každou cenu s ním hovořit o otázkách utrpení, smrti a umírání, neboť vážnost těchto otázek je tak mimořádná, že je dobré vyčkat s tím až na vhodnou dobu a situaci. Začne-li však o tom pacient hovořit, nesmíte couvnout, neboť v této chvíli vše ostatní musí jít stranou.

- ❖ Nesnažte se pacientovi vyvracet jeho představy, i když se vám zdá, že nejsou zcela správné. Týká se to v první řadě obranných mechanismů – svádění viny na druhé, racionalizace, vytěsnění, atp. Pacient se za ně může schovávat, a tím získat potřebný čas a klid k osobnímu vypořádání se s tím.
- ❖ Pokuste se dovolit pacientovi, aby bez obav ve vaší přítomnosti vyjádřil své obavy, depresi, svůj hněv a případně i vztek a zlost. Tím dojde k uvolnění a pacient se potom může lépe vypořádat s tím, co před ním stojí.
- ❖ Dělejte vše pro to, aby se pacient nedostal do sociální izolace. Snažte se poskytnout pacientovi opěrné body naděje. Nejde zde však o tzv. lehkou naději – „To nic není. Za chvíli budeš zdravý.“ - která může přinést velké škody. Naději může pacient čerpat například z očekávání něčeho významného, co se má stát, jako je svatba člena rodiny, promoce, atp. Pro křesťana je silou a nadějí povědomí, že není sám, ale po jeho pravici stojí Bůh, který ho neopustí, a on může jít v naději, že „jde domů“ – a ví kam.
- ❖ Zatažení rodiny a přátel do užšího vztahu s pacientem. **(26)**

Faber rozeznává v rozhovoru s pacienty tři fáze: fázi naslouchání, fázi terapeutickou a fázi pastorační.

První dvě fáze se často spojují. Jde zde o vzájemné sblížení, kterého se dosahuje spolucítěním s aktivním nasloucháním. Cílem první fáze je dosáhnout vyšší míry vzájemného porozumění a důvěry, a zároveň dát pacientovi možnost, aby si ujasnil, jaká má přání, pocity a představy, a tím jej dostat do takové situace, aby se on sám účinněji vyrovnával se svými problémy.

Druhá fáze je přechod od povrchu do hloubky k jádru věci, přechod od vnějšku do nitra, od věcí objektivních k subjektivním a od obviňování druhých a okolností k uvažování o správnosti vlastního způsobu života a vidění světa. Účastníci si uvědomují, že stojí před Boží tváří. V této fázi jde o konfrontaci pacientova pojetí situace s evangeliem, tedy o postavení celé situace do Božího světla. **(26)**

Nejdůležitějším prvkem rozhovoru s pacientem je naslouchání. Při naslouchání jsou důležitá tato pravidla:

- ❖ Aktivní vnímání – znamená otevřenost všech smyslů se zaměřením na pacienta. Spoustu věcí můžeme například vidět, aniž nám je pacient řekne. Důležitá sdělení se skrývají i v mimice, tónu hlasu, atd.
- ❖ Schopnost vcítit se – empatie – znamená naladit se s nemocným na stejnou strunu a spolu s ním prožívat jeho utrpení.
- ❖ Projev porozumění – neboli adekvátní odezva - je praktická odpověď na předchozí kontakt. Porozumění je adekvátní odezva na pacientovo přání, dotazy, pochybnosti, úzkosti, a to po předchozím zjištění jeho objektivního fyzického i psychického stavu. (42)

1. 10. 3. Modlitba

Modlitba nemocného člověka nebývá prázdným opakováním naučených formulí, ale jsou v ní výkřiky, bolestné vzdechy a palčivé otázky. Je v ní i pření se s Bohem. Jsou z ní slyšet pocity skleslosti, stísněnosti, malátnosti, ale i vzdoru a pochybností. Je však dobré si uvědomit, že v modlitbě můžeme Bohu otevřít celé své srdce, dát průchod všem pocitům i otázkám a nic neskrývat. Nemocný může nacházet v modlitbě úlevu, posilu a osvobození. Mnozí těžce nemocní dokázali v modlitbě vnitřně zpracovat a přijmout situaci, do které se dostali, a nést bolesti, které by se jinak unést nedaly.

Pokud se modlíme s nemocným, mělo by se v první části modlitby navázat na to, co jsme se dozvěděli z předcházejícího rozhovoru. Jde v podstatě o to, předložit Bohu to, co se stalo s daným pacientem. Může to být vyjádřeno ve formě prosby, aby Pán Bůh s námi prošel tento těžký úsek života pacienta. Je dobré vše uvést tak, jak to pacient vidí a nic nezestručnit ani nepřibarvovat. Přitom prosíme o uzdravení a připomínáme slova zaslíbení o vyslyšení proseb tak, jak je známe z Písma.

Ve druhé části by měla následovat prosba o naplnění srdce pacienta Boží láskou. Tou by měla být naplněna ta místa, která byla „vyčištěna“ a odkud bylo v předchozí části odstraněno vše negativní. Pokud se pacient nachází v takové depresi, že není schopen uvěřit, že ho ještě Bůh může mít rád, je na místě přimluvná modlitba za to, aby

pacient poznal, že Boží láska se týká všech lidí. Je vhodné při tom použít křestní jméno pacientovo, aby se lépe uvědomil, že Boží zaslíbení se týká i jeho samotného. (26)

1. 11. Náboženská situace v České republice

1. 11. 1. Počty věřících v České republice

Z údajů sčítání lidí, domů a bytů v roce 2001 vyplývá, že za věřící se v České republice považovalo 3,3 miliónu lidí, což představuje zhruba 32% obyvatel. Přibližně 83% z toho se přihlásilo k Římskokatolické církvi, což představuje 27% všech obyvatel. Věřících Českobratrské církve evangelické bylo 117 tisíc, což představuje 3,7% z počtu věřících a osob hlásících se k Církvi československé husitské bylo 99 103, což je 3,0% věřících. Příslušníci obou předchozích církví tvoří 1,2% a 1,0% všech obyvatel.

Ostatní církve a náboženské společnosti představovaly 3,2% obyvatel. Z toho náboženská společnost Svědkové Jehovovi tvořila 0,2%, Pravoslavná církev také 0,2% a Slezská evangelická církev 0,1% všech obyvatel. Asi 9 tisíc věřících mají Církev bratrská a Církev adventistů sedmého dne. Ze světových náboženství je početně nejvíce zastoupen buddhismus s téměř 7 000 věřícími a také islám, ke kterému se hlásí 3 700 osob.

Lidí, kteří navštěvují kostel pravidelně každou neděli, jsou pouze menšina z těch, kteří se subjektivně prohlašují za "katolíky", jak vyplývá ze sčítání účastníků bohoslužeb v roce 2004. V době sčítání se účastnilo bohoslužby pouze 4% obyvatel. (18, 3)

1. 11. 2. Typy náboženského zaměření

V současné době se hovoří nejen o klasických formách náboženství, ale i o tzv. implicitních (obecně a výslovně za náboženství často nepovažovaných) formách religiozity – tzv. kryptoreligiózních formách spirituality. Příkladem implicitní religiozity může být politické hnutí. Takovouto „náboženskost“ jsme mohli vidět například u Hitlerova pojetí nacionalismu. Obdobně je tomu i u komunismu, kterému také mnozí lidé věřili, žili jím a byli ochotni pro něj něco udělat.

Nejde však pouze o náboženský charakter politických hnutí, neboť pro někoho mohou být nejvyšší hodnotou v životě peníze, pro jiného společenské postavení nebo dosažení rekordu atp. V nejobecnějším pojetí jde tedy o skrytou „náboženskost“ či posvátnost toho, co daný člověk považuje za nejdůležitější v životě. Toto rozšířené, existenciální pojetí spirituality a religiozity nám dává možnost lépe chápat spirituální stránku současného člověka. (29)

U klasického pojetí náboženství rozlišujeme mezi zvnitřněnou (intristickou) a vnějškovou (extristickou) religiozitou, kde vnitřní formou víry se rozumí víra z vlastního svobodného rozhodnutí daného člověka, a jako vnějškovou formu víry chápeme takovou víru, kde to, co člověka k náboženství vede, nevychází z něho, ale například z přání rodiny, ze vztahů k přátelům a známým, ze společenského kontextu, ap.

Dále můžeme náboženství rozdělit na tradiční a netradiční formy. Tradičními formami se u nás rozumí příslušnost ke katolické, evangelické, československé husitské, baptistické, atp. církvi, případně pronikání buddhistického, hinduistického, taoistického, atp. náboženství do naší sféry. Netradičními formami se naopak rozumí například příslušnost k moonistické církvi, Svědkům Jehovovým, scientologické církvi, atp. (29)

1. 12. Spirituální péče o nemocného v některých církvích a náboženstvích

1. 12. 1. Římskokatolická církev

Římskokatolická církev je u nás nejrozšířenější, a je tudíž pravděpodobné, že bude-li nemocný žádat nějakou službu duchovního, půjde většinou o římskokatolického kněze. Římskokatolická církev uznává sedm svátostí: křest, biřmování, eucharistii, svátost pokání a smíření, pomazání nemocných, manželství a kněžství. (37)

Křest

Křest je základem celého křesťanského života a branou, která otevírá přístup k ostatním svátostem. Křtem jsme osvobozeni od dědičného hříchu, a je-li křtěn dospělý tak i od všech dosavadních osobních hříchů. Pokud je křtěn dospělý předchází křtu

půlroční až roční příprava – katechumenát, kde se žadatel seznamuje se základy křesťanské víry. **(37, 24)**

Ocitne-li se v nebezpečí smrti někdo, kdo je teprve katechumen, nebo někdo, kdo po křtu touží, může být neprodleně pokřtěn, pokud vyznal svou víru v Krista a touhu žít s ním a chce-li, v případě uzdravení, doplnit to, co v jeho přípravě chybí. Křtí obvykle kněz, biskup nebo jáhen. Není-li však žádný z nich k dispozici, může ho pokřtít jakýkoliv věřící, který od křtěného přijme vyznání víry a poté mu lije na hlavu vodu se slovy: „Já tě křtím ve jménu Otce i Syna i Ducha svatého.“ Je-li křtěno malé dítě, vyznání víry samozřejmě odpadá. Udělení křtu je třeba ohlásit na místní faře. **(37)**

Biřmování

Svátost biřmování tvoří se křtem a eucharistií souhrn „svátostí uvedení do křesťanského života“. Biřmování je potřebné k naplnění křestní milosti, neboť pokřtěné dokonaleji spojuje s církví a obdařuje zvláštní silou Ducha svatého. Tato svátost se uděluje až po dosažení věku plného rozumu a uděluje ji většinou biskup. Také biřmování předchází příprava.

Pokud je křtěn dospělý, uděluje se svátost biřmování většinou společně se křtem a uděluje ji na povolení biskupa kněz. Také při nebezpečí smrti ji uděluje kněz, nejen biskup. Svátost se uděluje prostřednictvím pomazání křížmem na čelo, spolu s vkládáním ruky a prostřednictvím slov: „Přijmi pečeť daru Ducha svatého.“ **(37, 24)**

Eucharistie

Touto svátostí se slouží nemocným nejčastěji. Eucharistie je vrcholná činnost církve. Jejím slavením církev koná památku na svého Pána, zpřítomňuje smlouvu o spáse, zvěstuje a vyznává jeho smrt a vzkříšení a očekává jeho příchod, který spásu dovrší. Středem slavení eucharistie je chléb a víno, které se skrze Kristova slova a skrze vzývání Ducha svatého stanou tělem a krví Krista.

Plodem svatého přijímání je důvěrné spojení s Kristem na zemi. Prostřednictvím Krista jsme mocí Ducha svatého sjednoceni s Otcem i se všemi účastníky večeře Beránkovy. **(37, 24, 45)**

Nemocní přijímají většinou jednoduše tak, že jim svaté přijímání kněz donese, méně často se stává, že kněz slouží mši svatou u lůžka nemocného. Ovšem nemusí ho donést pouze kněz či jáhen, ale může to být i akolyta nebo jiný pověřený laik. Tato svátost je určena všem, kteří jsou pokřtěni, setrvávají v katolické církvi a žijí smíření s Bohem (jsou bez těžkého hříchu) a s lidmi (nežijí ve stavu aktivního nepřátelství, nezdráhají se nikomu odpustit) a jejich právní stav jim nebrání v přijetí svátostí (tedy nemají církevní trest, nežijí v církevně neplatném manželství, apod.)

Před přijetím eucharistie se má dodržet eucharistický půst, který trvá hodinu před přijímáním, v nemoci pouze čtvrt hodiny před přijímáním. Léky a voda půst neruší. V případě, kdy nemocný nemůže přijmout ani úlomek hostie, je možné mu podat svaté přijímání pod způsobou vína. **(37)**

Svátost pokání a smíření

Dobré přijetí svátosti pokání je jednou z nejvýraznějších pomoci, které se mohou nemocnému dostat. V této svátosti uděluje Bůh odpuštění hříchů prostřednictvím církve, která působí skrze službu kněží. Svátost smíření má tyto části: lítost, vyznání, kající skutek a rozhřešení. Lítost předpokládá, že si člověk uvědomí své hříchy, lituje jich a chce je napravit. Vyznání je svěření těchto hříchů knězi. Kajícím skutkem se snažíme v mezích možnosti napravit škodu způsobenou hříchem a mimo to po zpovědi vykonáme pokání, které nás má přivést blíže k Bohu. V rozhřešení kněz prohlašuje, že Bůh skrze něj odpouští kajícímu hříchy. Předpoklady k přijetí této svátosti jsou důvěra v odpouštějícího Krista a lítost nad hříchy. **(37, 45)**

Svátost pomazání nemocných

Svátostí pomazání nemocných a modlitbou kněží doporučuje celá církev své nemocné trpícímu a oslavenému Pánu, aby jim ulehčil a zachránil je. Vybízí je, aby se dobrovolně přidružili ke Kristovu utrpení a k jeho smrti, a tak byli prospěšní Božímu lidu. **(37)**

Křesťan ve svátosti nemocných zakouší, že i v nemoci a utrpení je zahrnut Ježíšovou láskou. Duch svatý v něm posiluje důvěru v Boha, dává mu klid a jistotu.

Odpouští mu hříchy a jejich následky. Je-li to k duchovnímu prospěchu nemocného, dává i tělesné uzdravení. (45)

Tato svátost je zatížena mnoha nedorozuměními. Pro řadu lidí je „posledním pomazáním“ a proto se jí často brání s tím, že ještě neumírají. Tuto svátost smí udělovat kněz nebo biskup. Kněz nejprve mlčky vkládá ruce na hlavu nemocného, potom ho maže olejem na dvou místech, zpravidla na hlavě a na rukou, a říká tato slova: „Skrze toto svaté pomazání, ať ti Pán pro své milosrdenství pomůže milostí Ducha. Amen. Ať tě vysvobodí z hříchů, ať tě zachrání a posilní. Amen.“

Bezprostřední přípravou na smrt po stránce svátostné je viaticum, čili svaté přijímání na cestu. Je to přijímání Těla Kristova v blízkosti smrti, před kterým je možné, aby nemocný obnovil své křestní vyznání a po přijímání může kněz nemocnému udělit plnomocné odpustky pro okamžik smrti. (37, 45)

Svátost manželství

Bůh dává skrze svátost manželství manželům milost, aby žili ve vzájemné lásce, tělesném i duševním darování a přijímání, aby si byli věrní, aby si pomáhali v životě práce i víry, aby slovem i příkladem křesťansky vychovávali děti.

V situaci nemoci tato svátost nepřichází v úvahu příliš často, ale někdy přece jen ano, nejen tím způsobem, že nemocný uzavře v nemocnici manželství, ale také tak, že v čase nemoci nemocný legalizuje církevně nebo občansky i církevně svůj dosavadní svazek.

Je třeba zjistit, zda za daného právního stavu dotyčných lze platné manželství uzavřít. K samotnému uzavření manželství, po sepsání všech náležitostí a sehnání patřičných dokumentů, je třeba kněze a dvou svědků. Svědkové nemusí být pokřtěni, ale musí být plnoletí a svéprávní. S dovolením biskupa lze manželství uzavřít i jinde než v kostele. (37, 45)

1. 12. 2. Českobratrská církev evangelická

Československá církev evangelická praktikuje dvě svátosti: křest a večeři Páně. Nezná ani svátostnou zpověď ani svátost pomazání nemocných. Pokud je pacient při

vědomí, může pověřená osoba slavit památku večeře Páně u pacienta. Obdoba katolického „donesení svatého přijímání“ není možná. Tato církev zná nesvátočinnou bratrskou zpověď, kdy člověk může vyznat hříchy bratrovi nebo sestře (nemusí to být duchovní), kteří se s ním potom modlí za odpuštění. Existuje také modlitba starších sboru za posilu, uzdravení a spásu nemocného, která však nemá pevnou liturgickou formu. **(40, 37)**

1. 12. 3. Církev československá husitská

Tato církev uznává 7 svátostí stejně jako katolická církev, pouze pomazání nemocných nazývá „svátost útěchy nemocným“. Jedná se o formu požehnání nad nemocným příslušníkem církve. Svátosti uděluje buď ordinovaný služebník (farář, farářka) nebo oficiálně pověřená osoba. Péče o nemocné patří k náplni sborové činnosti a k povinnostem faráře. Někdy se stává, že příslušníci této církve žádají o udělení svátostí katolického kněze, tomu však z katolické strany nelze vyhovět. Je však možná společná modlitba, přičemž je dobré se vyhnout mariánským modlitbám a modlitbám směřovaným ke svatým. **(40, 37)**

1. 12. 4. Pravoslavná církev

Pravoslaví nepředstavuje jednu zastřešující organizaci, jako je tomu u římskokatolické církve, což prakticky znamená, že pravoslavní z Ruska, Ukrajiny, Bulharska nebo naši mohou mezi sebou cítit značné rozdíly a jedni od druhých nechtějí přijímat svátosti. Proto je třeba se pečlivě vyptat, jakého duchovního a odkud si nemocný přeje. Jinak v pravoslaví existují tytéž svátosti jako v katolické církvi, ale jen někteří pravoslavní by byli ochotni přijmout svátosti od katolického duchovního, kdyby jejich byl nedosažitelný. Z katolické strany to však možné je.

Křest v nouzi může být udělen jakýmkoliv pravoslavným křesťanem, není-li k dosažení kněze. Eucharistie může být nemocnému donesena stejně jako katolíku, ale předpokládá se, že se nejprve vyzpovídá. Pomazání nemocných se v pravoslaví uděluje nejen nemocným, ale i zdravým, a to v době Velkého postu. Proto ho nechápou jako „poslední pomazání“, ale mnohem více jako prostředek k uzdravení duše. Podobně jako

v katolické církvi se uděluje jako prostředek k odpuštění hříchů těm nemocným, kteří se nemohou vyzpovídat. Pomazání olejem nemocných má udělovat sedm duchovních, nejsou-li k dispozici, což je u nás pravidlem, tak třemi a nejsou-li ani tři, tak jedním. (37)

1. 12. 5. Křesťanská společenství

Jedná se v zásadě o protestanty více či méně letničně orientované. Ze svátostí praktikují jen křest a večeři Páně, důraz pak kladou na osobní obrácení a na křest v Duchu svatém. Za své nemocné se hojně modlí a kladou velký důraz na víru, jak modlících se, tak i nemocného.

Mnozí počítají s uzdravením nemocného jako s nutným výsledkem své pravé víry. Pro úzkostné labilnější jedince mohou být tyto extrémní nároky na víru stresující nebo je mohou vést k malomyslnosti. Zvlášť nebezpečné potom je, když je nemocný na důkaz své víry vyzván, aby vysadil léky. (37)

1. 12. 6. Islám

U nemocných muslimů je nutné respektovat základní veřejné prvky jejich zbožnosti: denní modlitby na koberečku orientované směrem k Mekce, zákaz konzumace vepřového masa a předpisy postního měsíce Ramadánu, kdy se muslim od východu slunce do jeho západu postí. (37)

1. 12. 7. Judaismus

Židovskému pacientovi je třeba umožnit, aby se modlil, popřípadě i kontakt se členy židovské obce. Dále je důležité vědět, že ortodoxní Žid nejí vepřové maso, svěťi sobotu a měl by požívat pouze košer potraviny (tedy potraviny připravené podle rituálních pravidel – netýká se to pouze masa, ze kterého musí být při porážce vypuzena krev). (37)

1. 12. 8. Svědkové Jehovovi

Je potřeba respektovat, že se nehlásí k žádným křesťanům a všechny je považují za „nepravé“. Nebudou se s nimi ani modlit. Svátosti v křesťanském pojetí neznají, jen

křest ponořením, který ale z ekumenického hlediska za křest považovat nelze. Odmítají krevní transfuzi i užití krevních derivátů při léčbě. Vždy agituji ať slovem nebo rozdáváním časopisů *Probuďte se* nebo *Strážná věž*. Pomáhají spíš sobě navzájem než druhým. (37)

2. Cíl práce a hypotézy

V současné době je kladen stále větší důraz na holistické pojetí osobnosti pacientů a jejich potřeb a do popředí se dostávají i potřeby spirituální. Tato práce se bude zaměřovat na dostupnost a uspokojování těchto potřeb v nemocnicích a současně na zájem o jejich naplňování ze strany pacientů. Práce by měla také ověřit potřebu zaměstnávat v nemocnicích nemocniční kaplany, o nichž se v současnosti diskutuje.

Cíle práce:

1. Zmapovat nabídku a poskytování spirituální péče v jednotlivých nemocnicích v Jihočeském kraji.
2. Zjistit zda nabídka spirituální péče v nemocnicích v Jihočeském kraji odpovídá potřebě a zájmu pacientů.
3. Ověřit potřebu zaměstnávat v nemocnicích v Jihočeském kraji nemocniční kaplany.

Hypotézy:

1. Zájem pacientů o uspokojování svých spirituálních potřeb je vyšší než možnosti jejich uspokojování nabízené nemocnicí.
2. Pacienti, kteří se považují za věřící, by dali přednost tomu, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, před občasnými návštěvami nějakého externího kněze.
3. Pacienti na odděleních následné péče mají větší zájem o uspokojování spirituálních potřeb než pacienti na akutních odděleních.

3. Metodika

3. 1. Použité metody výzkumu

V kapitole Současný stav byla použita metoda analýzy dokumentů technikou sekundární analýzy dat za účelem využití co největšího množství nejnovějších poznatků. Pro účely citace byla použita citační norma ISO 690.

Hypotézy byly ověřovány kvantitativním výzkumem. Za účelem zjištění zájmu pacientů o uspokojování jejich spirituálních potřeb a jejich spokojenosti s nabízenými službami byla použita metoda dotazování technikou standardizovaného dotazníku a řízeného rozhovoru v případě pacientů, kteří nemohli vyplnit dotazník. Možnosti uspokojování spirituálních potřeb byly zjišťovány metodou dotazování technikou řízeného rozhovoru s hlavními sestrami jednotlivých nemocnic v Jihočeském kraji.

Dotazník vytvořený pro účely práce obsahuje celkem 16 otázek. Z toho byly 2 otázky otevřené (1 a 3), 3 polouzavřené (4, 6 a 7), 4 otázky ve formě sémantického diferenciálu (8,10, 11 a 12) a zbývajících 7 otázek uzavřené. Kromě otázky 9, kde respondenti zaškrtovali všechny služby, které jim byly nabídnuty nebo poskytnuty, zaškrtovali respondenti pouze jednu variantu odpovědi. Otázka číslo 4 byla filtrační a respondenti, kteří odpověděli, že se cítí jako nevěřící, neodpovídali na otázky 5, 6 a 7.

Prvních 5 otázek byly otázky identifikační, které sloužily k zařazení respondentů. Otázky 6, 7 a 9 zkoumaly, jaké spirituální služby byly respondentům nabídnuty a poskytnuty. Otázka 8 zkoumala míru zájmu respondentů o naplňování jednotlivých spirituálních potřeb během jejich pobytu v nemocnici. Otázky 10, 11 a 12 zkoumaly intenzitu a existenci jednotlivých obecných spirituálních potřeb. Otázky 13 až 16 se týkaly názorů na potřebnost a osobu nemocničního kaplana. Vzor dotazníku je v příloze.

Výzkum byl prováděn v Okresní nemocnici Tábor na oddělení následné péče, interním, chirurgickém a ortopedickém oddělení a v Nemocnici České Budějovice na oddělení následné péče, interním a chirurgickém oddělení. Terénní šetření probíhalo ve dnech 21. 7. až 29. 7. 2008 v tábořské nemocnici a 26. 8. až 29. 8. 2008 v českobudějovické nemocnici.

Původně mělo být distribuováno cca 500 dotazníků. Tento počet se však brzy ukázal jako nereálný, protože mnoho pacientů odmítalo vyplnit dotazník na dané téma nebo byli v takovém zdravotním stavu, že nebyli schopni komunikace. S pacienty, kteří byli ochotni a bylo možno se s nimi dorozumět, byl veden řízený rozhovor, protože téměř nikdo z nich nebyl schopný vyplnit dotazník sám. Vedení řízených rozhovorů bylo nesmírně časově náročné. Z důvodů časové náročnosti a neochoty a neschopnosti pacientů udělat rozhovor bylo nakonec sebráno pouze 156 dotazníků. Návratnost byla 100%, neboť řízené rozhovory byly vedeny pouze s těmi, kteří předem souhlasili.

Dotazník pro hlavní sestry nemocnic tvoří 7 otevřených otázek, které zjišťují jaké spirituální služby jsou v nemocnici poskytovány, jestli je jejich uspokojování pro nemocnici důležité a zda zaměstnává nemocničního kaplana, či zda o tom do budoucna uvažuje. Šetření bylo prováděno 2. 9. 2008 po telefonu. Celkem bylo provedeno 9 řízených rozhovorů. Návratnost byla 100%.

3. 2. Charakteristika souboru

Základní soubor tvořili pacienti nemocnic v Jihočeském kraji, z nichž byli účelovým výběrem vybráni pacienti některých oddělení Okresní nemocnice Tábor a Nemocnice České Budějovice. Výzkumný soubor tak tvořili pacienti oddělení následné péče, interního, chirurgického a ortopedického oddělení táborské nemocnice a oddělení následné péče, interního a chirurgického oddělení českobudějovické nemocnice.

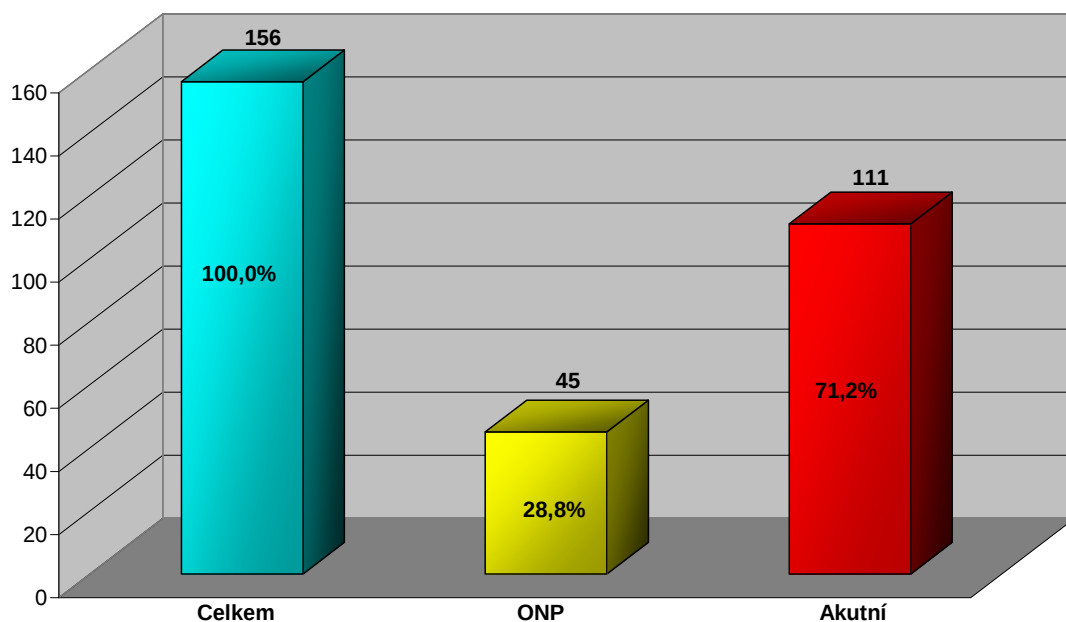
Respondenti byli dále rozděleni podle těchto stratifikačních hledisek: oddělení – na oddělení dlouhodobé péče a akutní oddělení, pohlaví a podle toho, zda se respondent cítí jako věřící či nikoliv. Výsledky práce budou vztaženy většinou k typu oddělení a pouze v případě, že se budou významněji lišit podle pohlaví nebo postoji k víře, bude upozorněno na rozdíly.

Základní soubor dotazníků pro nemocnice tvoří hlavní sestry všech nemocnic v Jihočeském kraji. Základním stratifikačním hlediskem je nemocnice.

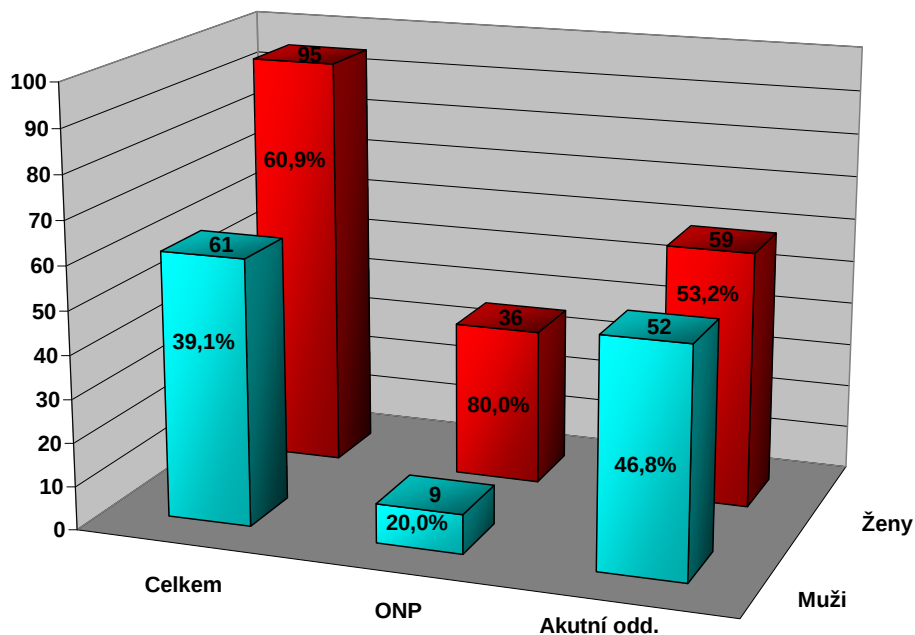
4. Výsledky

Celkový rozsah souboru byl 156 pacientů, z toho 45 (28,8%) bylo na oddělení následné péče (ONP) a 111 (71,2%) na akutních odděleních (interní, chirurgické a ortopedické oddělení). Mezi respondenty bylo 95 (60,9%) žen a 61 (39,1%) mužů. Na oddělení následné péče bylo mezi respondenty 36 (80,0%) žen a 9 (20,0%) mužů. Na akutních oddělení bylo 59 (53,2%) žen a 52 (46,8%) mužů. (Graf 1, 2)

Graf 1: Rozdělení respondentů podle oddělení

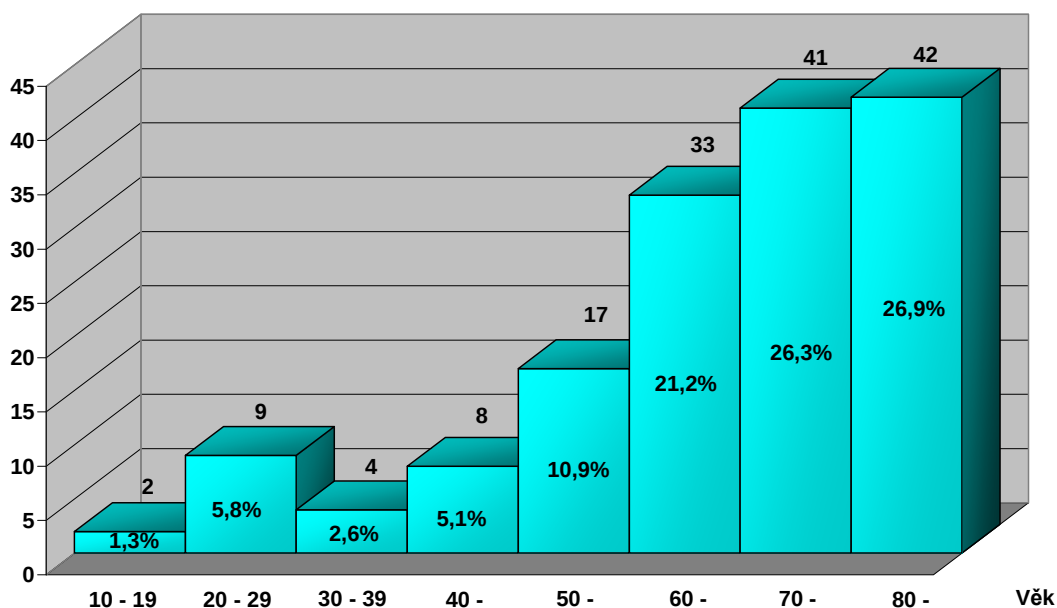


Graf 2: Rozdělení respondentů podle oddělení a pohlaví



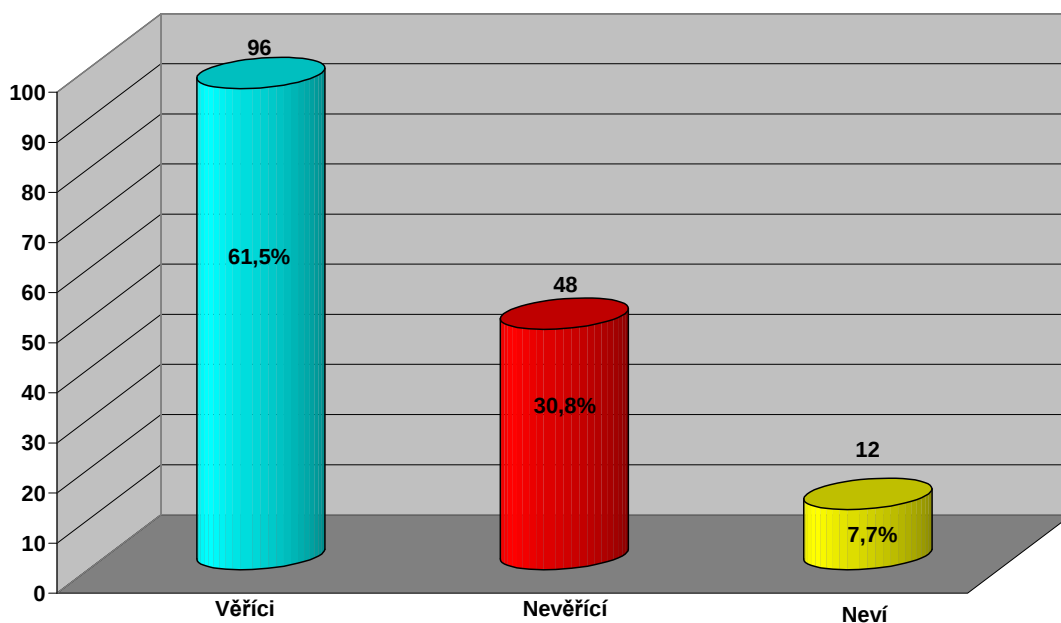
Ve věku 10 – 19 let byli 2 (1,3%) respondenti, ve věku 20 – 29 let 9 (5,8%), ve věku 30 – 39 let 4 (2,6%), 40 – 49 let 8 (5,1%), 50 – 59 let 17 (10,9%), 60 – 69 let 33 (21,2%), 70 – 79 let 41 (26,3%) a ve věku 80 – 89 let bylo 42 (26,9%) respondentů. (Graf 3)

Graf 3: Věková struktura respondentů

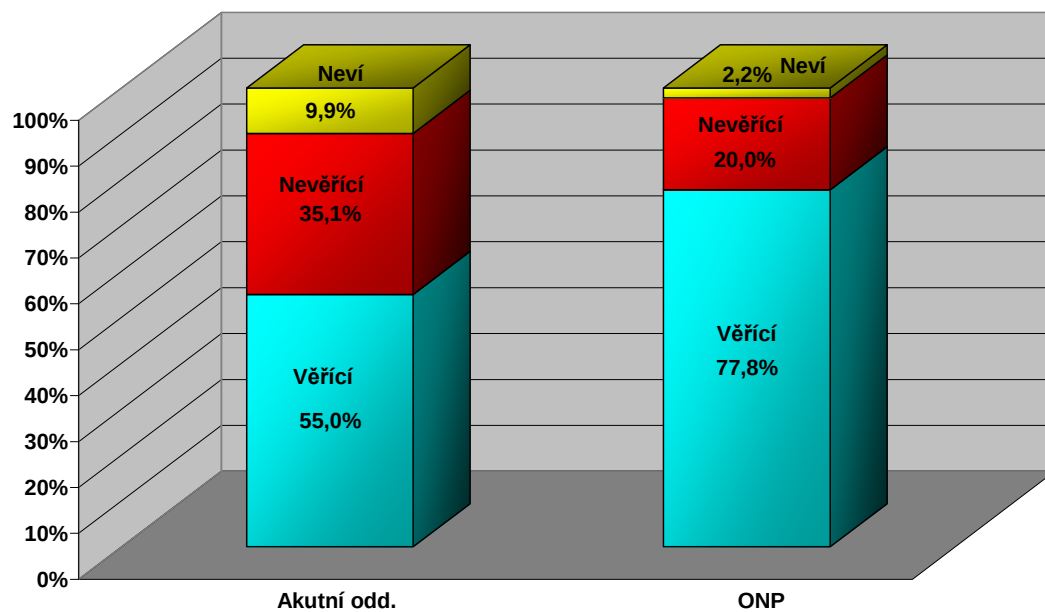


Na otázku č. 4: „Cítím se jako:“ odpovědělo 96 (61,5%) respondentů, že se cítí jako věřící, 48 (30,8%), že se cítí jako nevěřící a 12 (7,7%) respondentů neví. Z respondentů z řad pacientů na oddělení následné péče odpovědělo 35 (77,8%), že se cítí jako věřící, 9 (20,0%), že se cítí jako nevěřící a 1 (2,2%) neví. Z respondentů na akutních odděleních se 61 (55,0%) respondentů cítí jako věřící, 39 (35,1%) jako nevěřící a 11 (9,9%) neví. Z žen uvedlo 66 (69,5%), že jsou věřící, 24 (25,3%), že jsou nevěřící a 5 (5,3%) neví. Z mužů je 30 (49,2%) věřící, 24 (39,3%) nevěřící a 7 (11,5%) neví. (Graf 4, 5, 6)

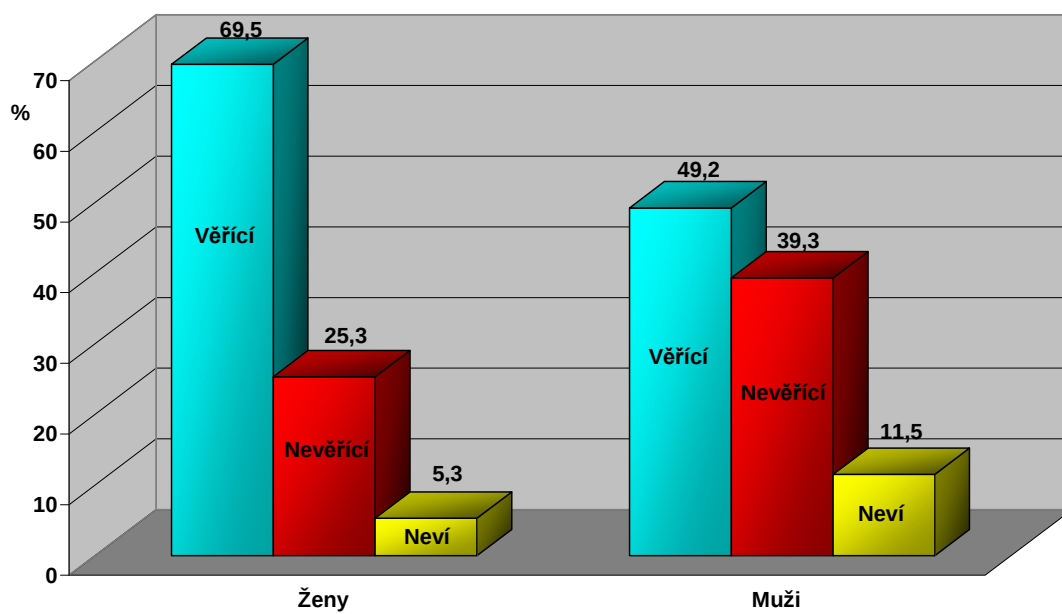
Graf 4: Víra respondentů



Graf 5: Víra podle oddělení

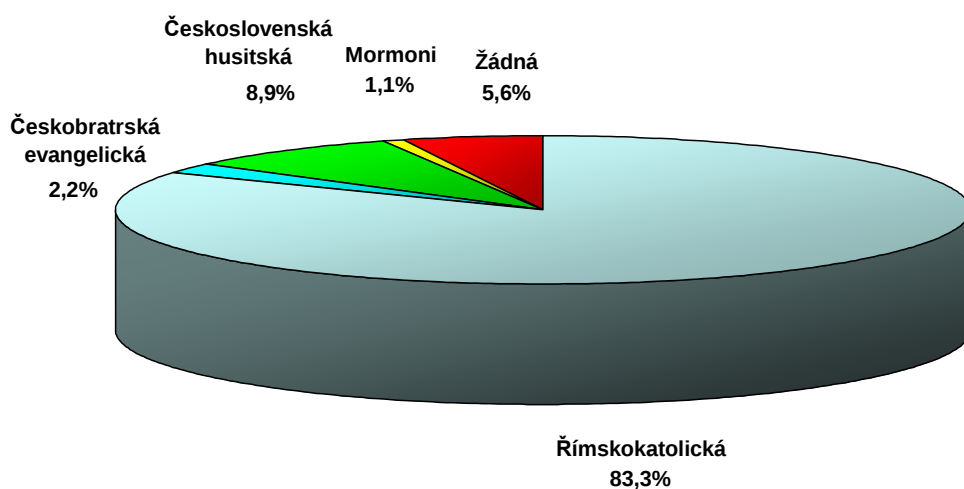


Graf 6: Víra podle pohlaví



Z věřících uvedlo 80 (83,3% respondentů, kteří uvedli, že jsou věřící), že jsou členy církve Římsko-katolické, 2 (2,2%), že jsou členy církve Českobratrské evangelické, 8 (8,9%) církve Československé husitské, 1 (1,1%) je členem mormonů a 5 (5,5%) věřících respondentů není členem žádné církve. (Graf 7)

Graf 7: Příslušnost respondentů k jednotlivým církvím



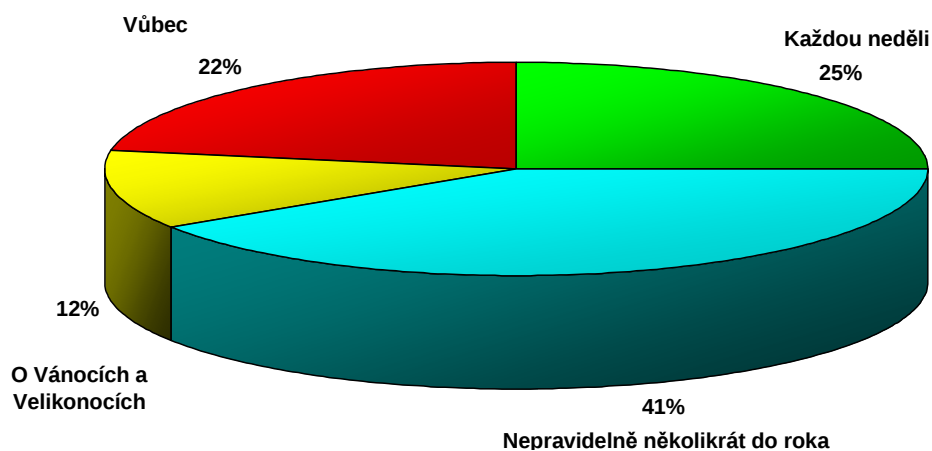
Z otázky č. 5: „Když Vám to zdravotní stav dovoľoval, navštěvoval jste bohoslužby:“ vyplývá, že z respondentů, kteří se cítí jako věřící nebo neví, 27 (25,0%) chodilo na bohoslužbu každou neděli, 44 (40,7%) nepravidelně několikrát do roka, 13 (12,0%) pouze o Vánocích a Velikonocích a 24 (22,2%) nechodilo na bohoslužby vůbec. Pokud bychom tato čísla vztáhli ke všem dotázaným pacientům, potom každou neděli do kostela chodilo 17,3% respondentů, nepravidelně několikrát do roka 28,2%, o Vánocích a Velikonocích 7,7% a vůbec 15,4%. (Graf 8)

Z mužů, kteří odpověděli, že jsou věřící nebo že neví, chodilo na bohoslužby každou neděli 6 (16,2%), nepravidelně několikrát do roka jich chodilo 12 (32,4%), o Vánocích a Velikonocích 8 (21,6%) a vůbec 11 (29,7%). Z žen, které odpověděli na otázku, zda se cítí jako věřící kladně nebo že neví, chodí na bohoslužbu každou neděli

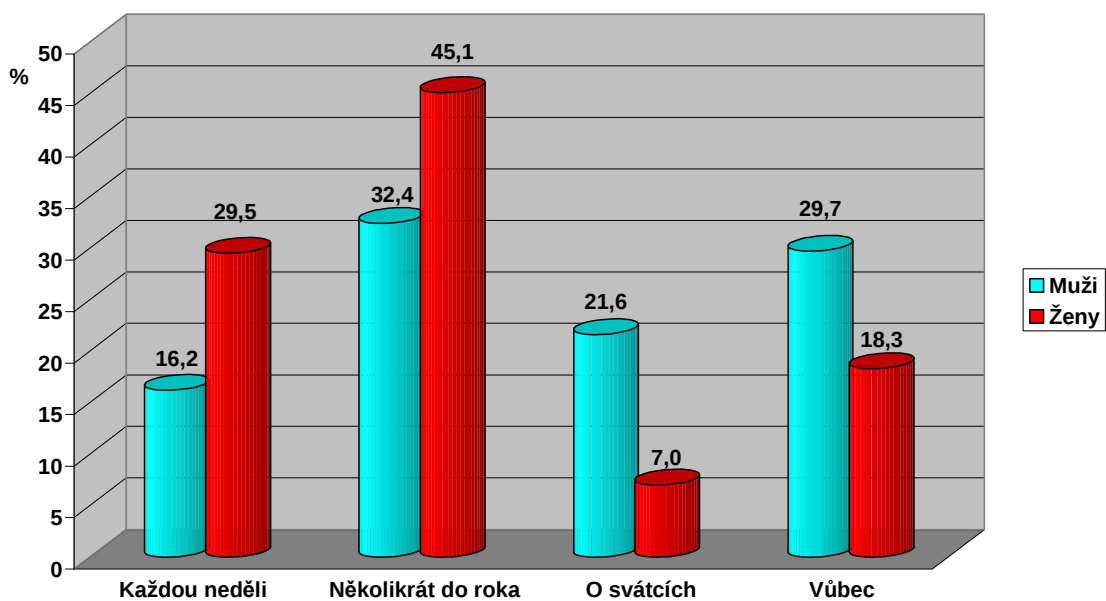
21 (29,5%), nepravidelně několikrát do roka 32 (45,1%), o Vánocích a Velikonocích 5 (7,0%) a vůbec 13 (18,3%). (Graf 9)

Z pacientů akutních oddělení, kteří se cítí jako věřící nebo neví, navštěvuje bohoslužbu každou neděli 12 (16,7%), nepravidelně několikrát do roka 30 (41,7%), o Vánocích a Velikonocích 11 (15,3%) a vůbec 19 (26,4%). Z pacientů na ONP, kteří se cítí jako věřící nebo neví, navštěvuje bohoslužbu každou neděli 15 (41,7%), nepravidelně několikrát do roka 14 (38,9%), o Vánocích a Velikonocích 2 (5,6%) a vůbec 5 (13,9%). (Graf 10)

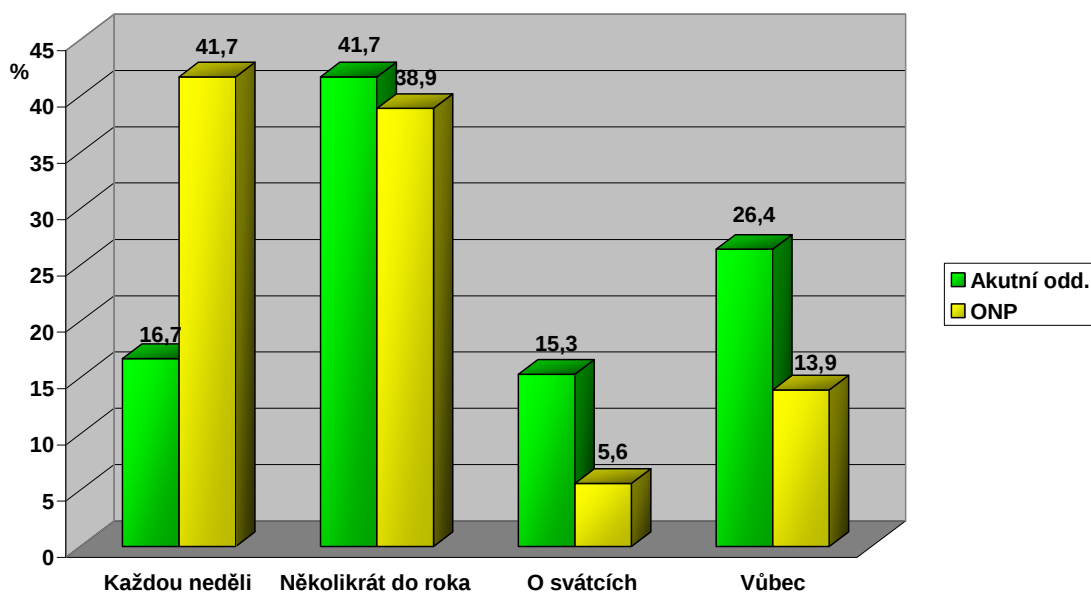
Graf 8: Frekvence návštěv bohoslužeb u pacientů, kteří se cítí jako věřící nebo neví



Graf 9: Frekvence návštěv bohoslužeb podle pohlaví

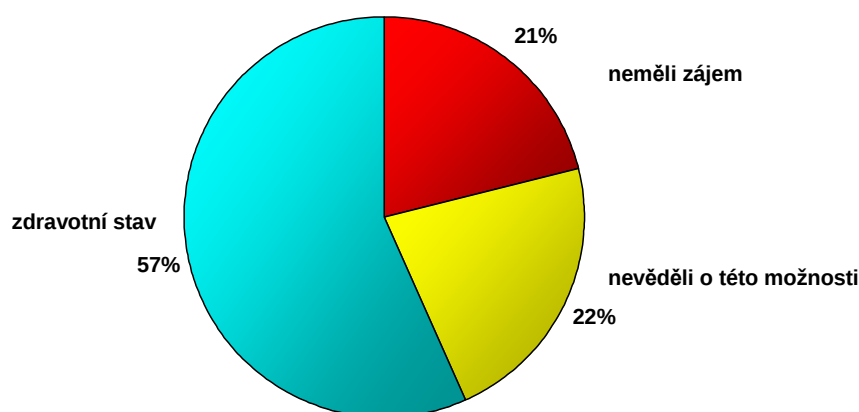


Graf 10: Frekvence návštěv bohoslužeb podle oddělení



Na otázku č. 6: „Navštívil jste bohoslužbu v nemocnici?“ odpovědělo záporně 104 (96,3%) respondentů z těch, kteří se cítí jako věřící nebo neví. Kladně odpověděli pouze 4 (3,7%). Z respondentů, kteří odpověděli záporně, uvedlo 59 (56,7%), že jim návštěvu bohoslužby nedovoloval jejich zdravotní stav, 23 (22,1%), že nevěděli o této možnosti a 22 (21,2%) nemělo zájem. Z respondentů, kteří odpověděli kladně, uvedli 3 (75%), že se o konání bohoslužby dozvěděli z letáčku na oddělení a 1 (25%) se to dozvěděl od zdravotní sestry. (Graf 11)

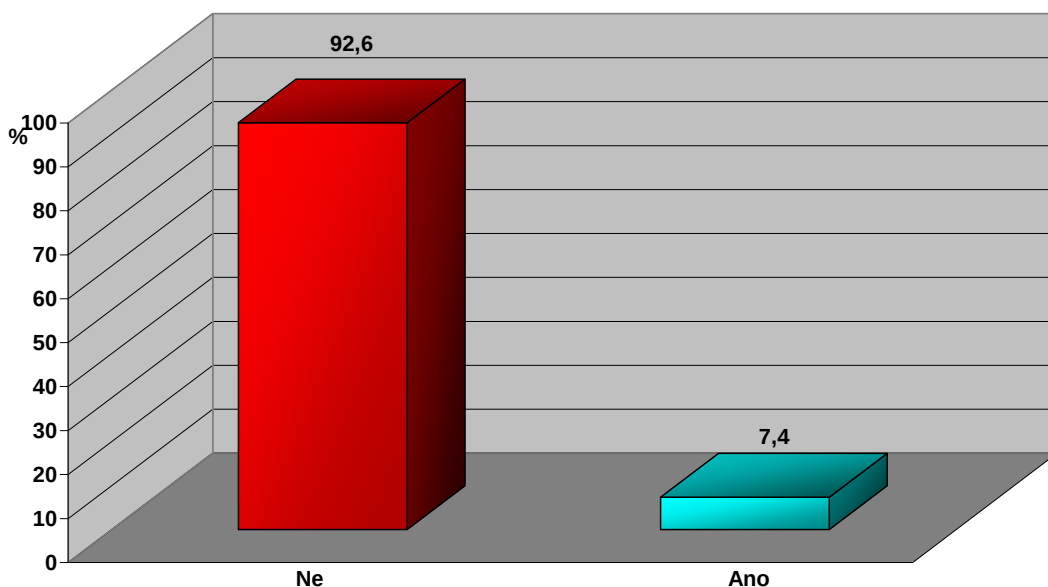
Graf 11: Důvody, kvůli kterým respondenti nenavštívili v nemocnici bohoslužbu



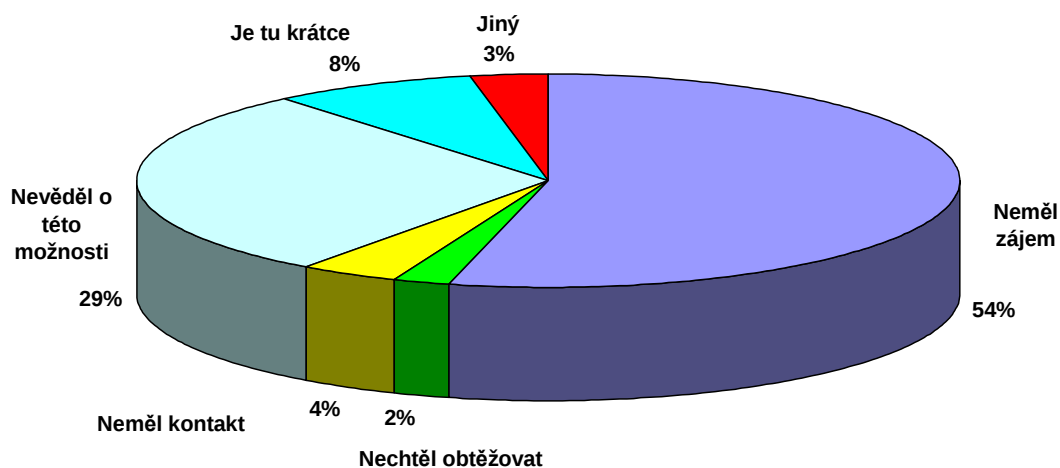
Na otázku č. 7: „Navštívil Vás v nemocnici duchovní?“ odpovědělo 100 (92,6%) respondentů, kteří se považují za věřící nebo neví, záporně a 8 (7,4%) kladně. Jako důvod, proč je duchovní nenavštívil, uvedlo 54 (54,0%), že neměli zájem, 2 (2,0%), že nechtěli obtěžovat, 4 (4,0%), že na něj neměli kontakt a 40 (40,0%) uvedlo jiný důvod. Jako jiný důvod uvedlo 29 (29,0% z těch, kteří odpověděli záporně), že o této možnosti nevěděli, 8 (8,0%), že jsou tu teprve krátce, 1 (1,0%), že u nich kněží nejsou, 1 (1,0%), že to tady nezná a 1 (1,0%), že má strýce kněze a jiného nepotřebuje.

Z těch, kteří odpověděli kladně, uvedli 2 (25,0%), že je duchovní navštívil na jejich výslovnou žádost, a 6 (75,0%), že je navštívil spontánně. (Graf 12,13)

Graf 12: Procentuální podíl respondentů, kteří jsou věřící nebo neví, které navštívil duchovní během jejich pobytu v nemocnici

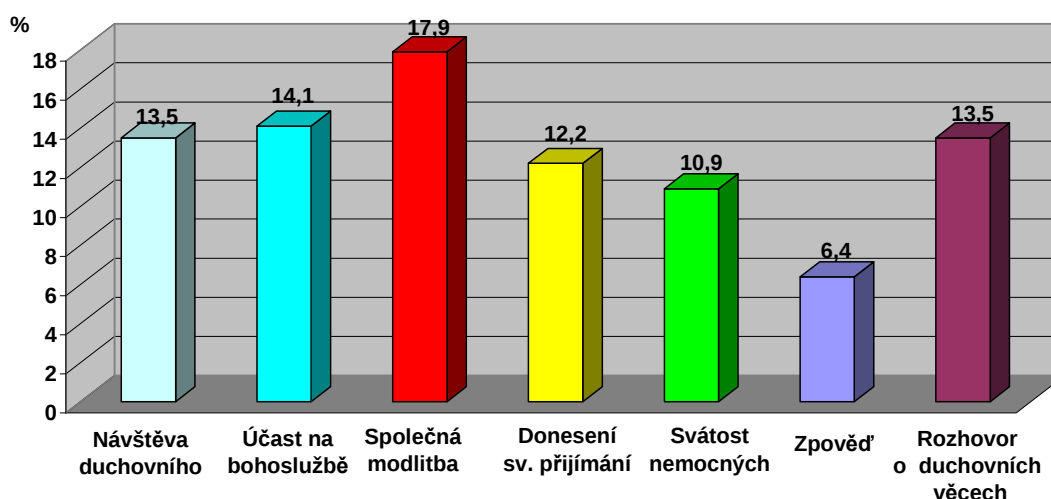


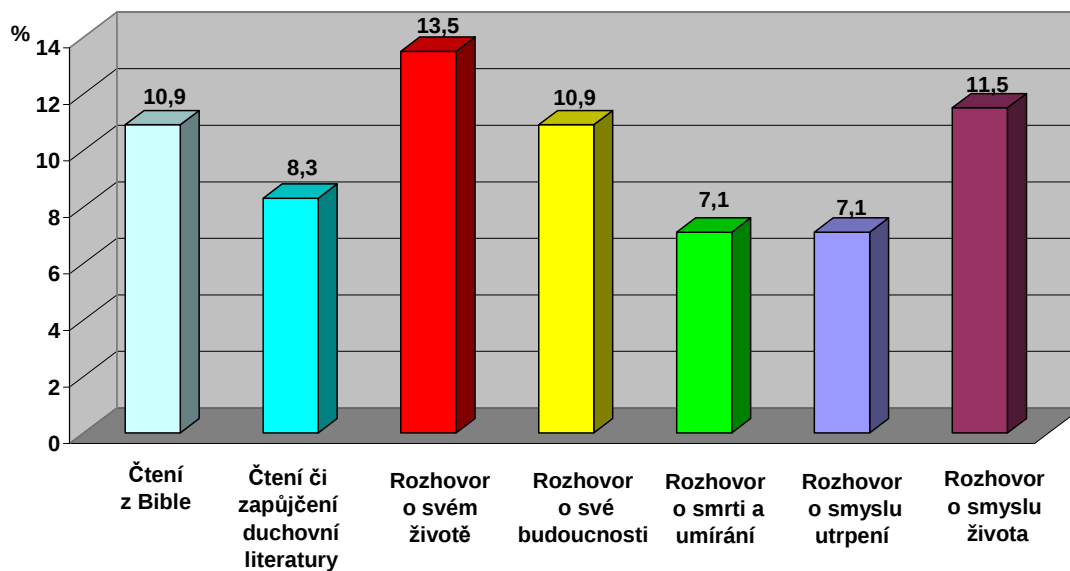
Graf 13: Důvody, proč respondenty nenavštívil během pobytu v nemocnici duchovní



Z otázky č. 8: „Máte zájem o ...?“ vyplývá, že o návštěvu duchovního má velký zájem 21 (13,5%) respondentů a vůbec o ni nemá zájem 109 (69,9%) respondentů, o účast na bohoslužbě má velký zájem 22 (14,1%) a vůbec nemá zájem 114 (73,1%), o společnou modlitbu má velký zájem 28 (17,9%) a vůbec o ni nemá zájem 114 (73,1%), o donesení svatého přijímání má velký zájem 19 (12,2%) a vůbec nemá zájem 124 (79,5%), o svátost nemocných má velký zájem 17 (10,9%) a vůbec nemá zájem 122 (78,2%), o zpověď má velký zájem 10 (6,4%) a vůbec nemá zájem 134 (85,9%), o rozhovor o duchovních věcech má velký zájem 21 (13,5%) a vůbec nemá zájem 121 (77,6%), o čtení z Bible má velký zájem 17 (10,9%) a vůbec nemá zájem 128 (82,1%), o čtení nebo zapůjčení duchovní literatury má velký zájem 13 (8,3%) a vůbec nemá zájem 130 (83,3%), o rozhovor o svém životě má velký zájem 21 (13,5%) a vůbec nemá zájem 113 (72,4%), o rozhovor o své budoucnosti má velký zájem 17 (10,9%) a vůbec nemá zájem 128 (82,1%), o rozhovor o smrti a umírání má velký zájem 11 (7,1%) a vůbec nemá zájem 137 (87,8%), o rozhovor o smyslu utrpení má velký zájem 11 (7,1%) a vůbec nemá zájem 133 (85,3%) a o rozhovor o smyslu svého života má velký zájem 18 (11,5%) a vůbec nemá zájem 126 (80,8%) respondentů. (Graf 14, tabulka 1)

Graf 14: Respondenti, kteří projevíli velký zájem o jednotlivé duchovní služby





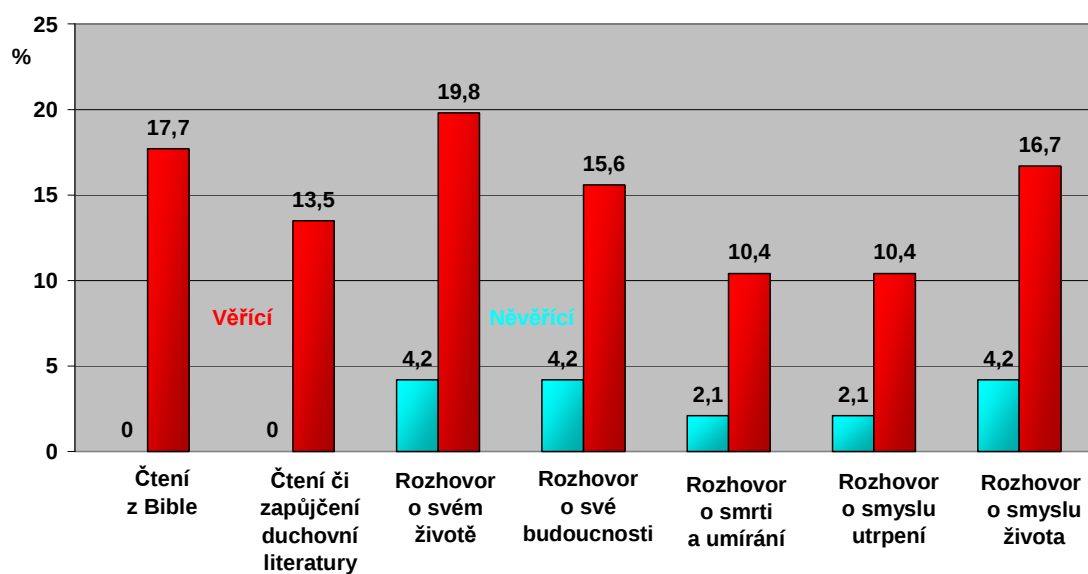
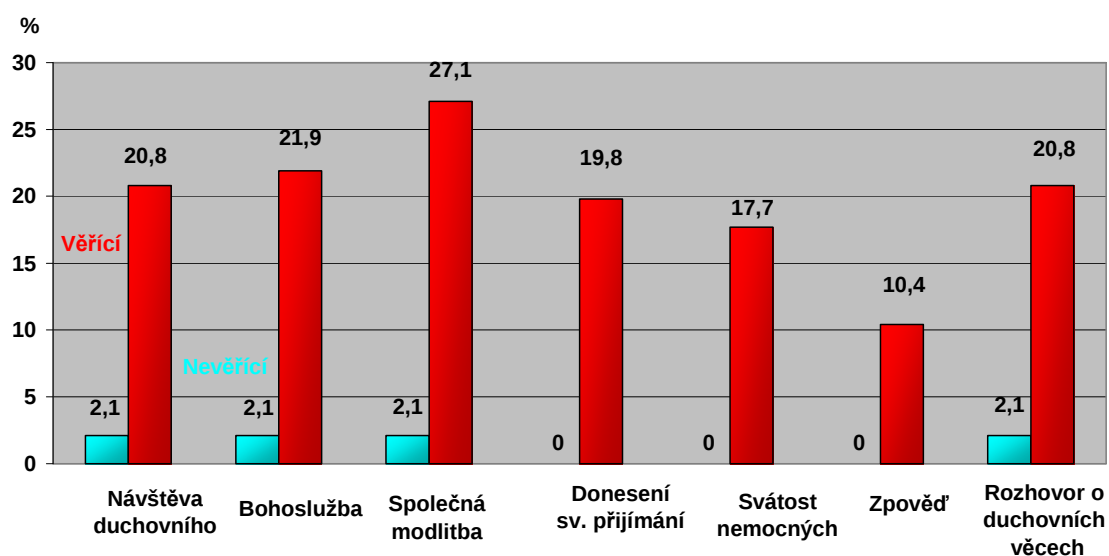
Tabulka 1: Zájem respondentů o duchovní služby

Duchovní služba	ano velký	spíše ano	nevím	spíše ne	vůbec
návštěvu duchovního	21 13,5%	8 5,1%	3 1,9%	15 9,6%	109 69,9%
účast na bohoslužbě	22 14,1%	3 1,9%	4 2,6%	13 8,3%	114 73,1%
společnou modlitbu	28 17,9%	1 0,6%	3 1,9%	10 6,4%	114 73,1%
donesení svatého přijímání	19 12,2%	2 1,3%	3 1,9%	8 5,1%	124 79,5%
svátost nemocných	17 10,9%	1 0,6%	9 5,8%	7 4,5%	122 78,2%
svátost smíření (zpověď)	10 6,4%	0 0,0%	4 2,6%	8 5,1%	134 85,9%

Duchovní služba	ano velký	spíše ano	nevím	spíše ne	vůbec
rozhovor o duchovních věcech	21 13,5%	1 0,6%	3 1,9%	10 6,4%	121 77,6%
čtení z Bible	17 10,9%	3 1,9%	1 0,6%	7 4,5%	128 82,1%
čtení či zapůjčení duchovní literatury	13 8,3%	3 1,9%	3 1,9%	7 4,5%	130 83,3%
rozhovor o svém životě	21 13,5%	7 4,5%	3 1,9%	12 7,7%	113 72,4%
rozhovor o své budoucnosti	17 10,9%	1 0,6%	1 0,6%	9 5,8%	128 82,1%
rozhovor o smrti a umírání	11 7,1%	2 1,3%	0 0,0%	6 3,8%	137 87,8%
rozhovor o smyslu utrpení	11 7,1%	0 0,0%	2 1,3%	10 6,4%	133 85,3%
rozhovor o smyslu života	18 11,5%	2 1,3%	4 2,6%	6 3,8%	126 80,8%

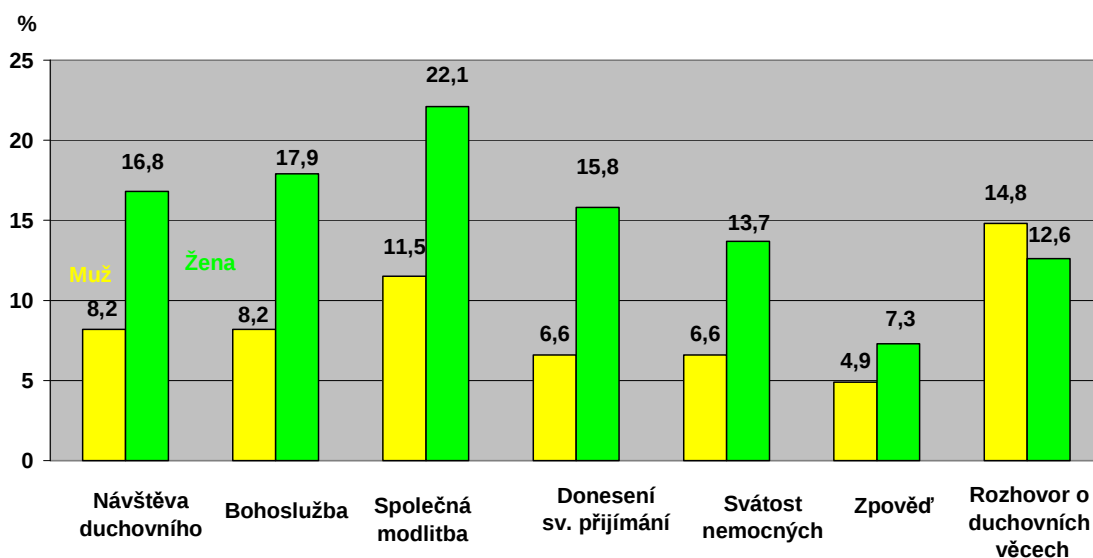
Z respondentů, kteří se považují za věřící, mělo o návštěvu duchovního velkého zájem 20 (20,8%), o účast na bohoslužbě 21 (21,9%), o společnou modlitbu 26 (27,1%), o donesení svatého přijímání 19 (19,8%), o svátost nemocných 17 (17,7%), o zpověď 10 (10,4%), o rozhovor o duchovních věcech 20 (20,8%), o čtení z Bible 17 (17,7%), o čtení či zapůjčení duchovní literatury 13 (13,5%), o rozhovor o svém životě 19 (19,8%), o rozhovor o své budoucnosti 15 (15,6%), o rozhovor o smrti a umírání 10 (10,4%), o rozhovor o smyslu utrpení 10 (10,4%) a o rozhovor o smyslu života 16 (16,7%). Z respondentů, kteří se považují za nevěřící, má o jednotlivé duchovní služby zájem 0 až 2 (0,0% až 4,2%) respondenti. (Graf 15)

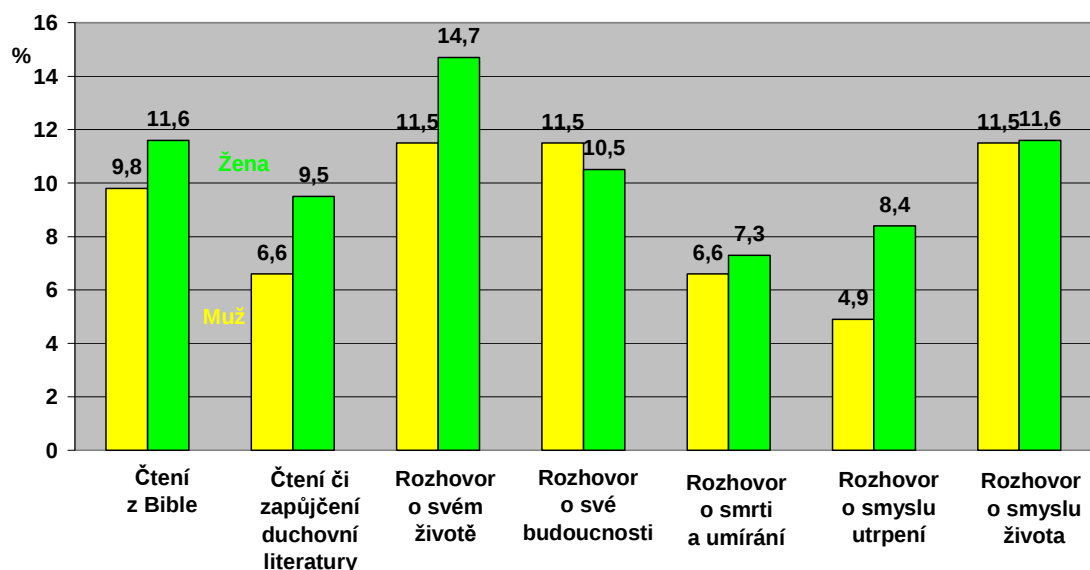
Graf 15: Porovnání zájmu věřících a nevěřících o jednotlivé duchovní služby



Z otázky 8 dále vyplývá, že velký zájem o návštěvu duchovního má 16 (16,8%) žen a 5 (8,2%) mužů, o účast na bohoslužbě 17 (17,9%) žen a 5 (8,2%) mužů, o společnou modlitbu 21 (22,1%) žen a 7 (11,5%) mužů, o donesení svatého přijímání 15 (15,8%) žen a 4 (6,6%) mužů, o svátost nemocných 13 (13,7%) žen a 4 (6,6%) mužů, o zpověď 7 (7,3%) žen a 3 (4,9%) mužů, o rozhovor o duchovních věcech 12 (12,6%) žen a 9 (14,8%) mužů, o čtení z Bible 11 (11,6%) žen a 6 (9,8%) mužů, o čtení či zapůjčení duchovní literatury 9 (9,5%) žen a 4 (6,6%) mužů, o rozhovor o svém životě 14 (14,7%) žen a 7 (11,5%) mužů, o rozhovor o své budoucnosti 10 (10,5%) žen a 7 (11,5%) mužů, o rozhovor o smrti a umírání 7 (7,34%) žen a 4 (6,6%) mužů, o rozhovor o smyslu utrpení 8 (8,4%) žen a o 3 (4,9%) mužů a o rozhovor o smyslu života 11 (11,6%) žen a 7 (11,5%) mužů. (Graf 16)

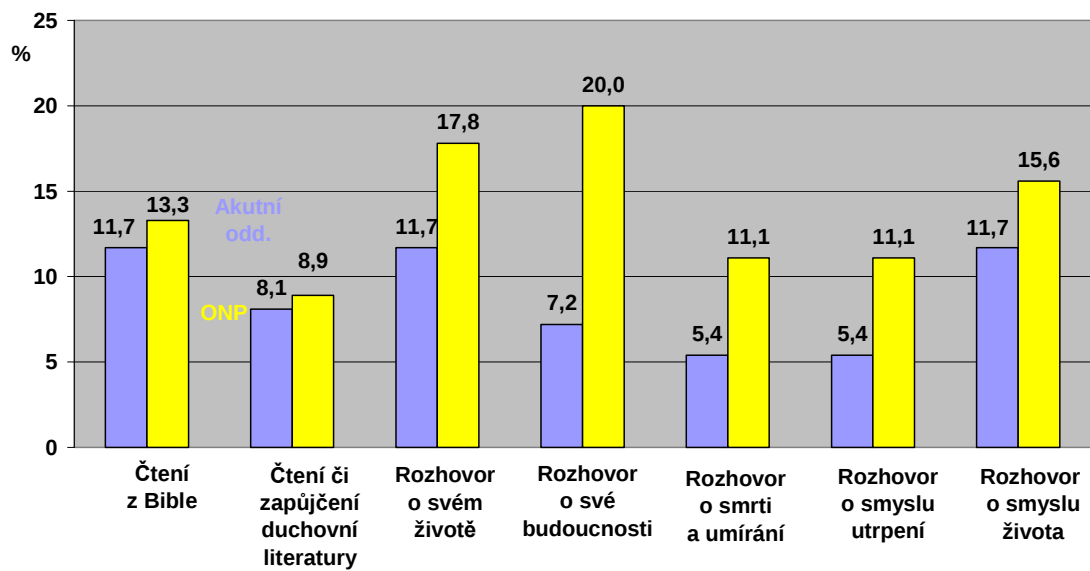
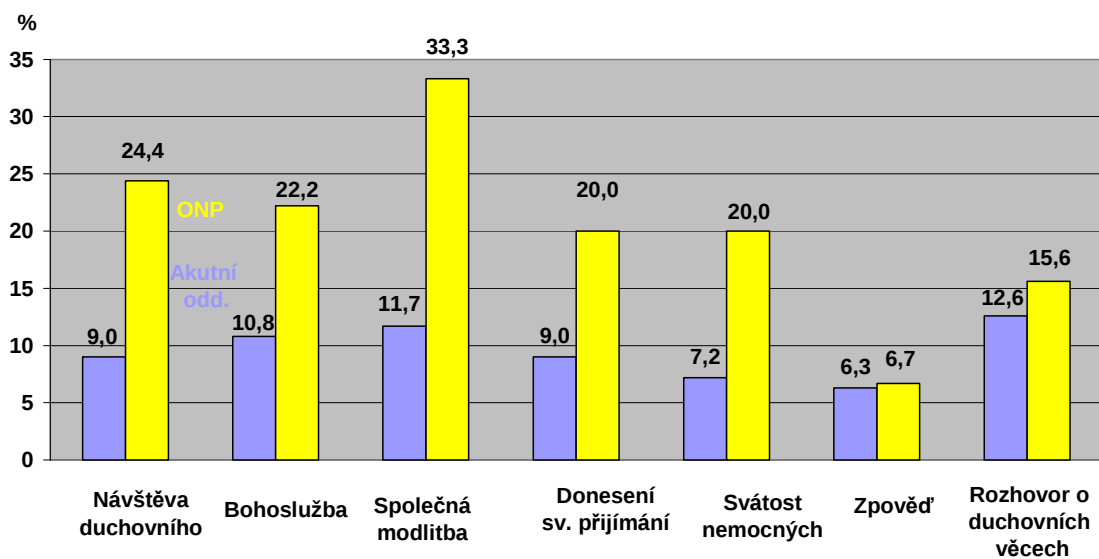
Graf 16: Porovnání zájmu mužů a žen o jednotlivé duchovní služby





O návštěvu duchovního mělo zájem 11 (24,4%) respondentů z řad pacientů ONP a 10 (9,0%) z řad pacientů akutních oddělení, o účast na bohoslužbě 10 (22,2%) z ONP a 12 (10,8%) z akutních oddělení, o společnou modlitbu 15 (33,3%) z ONP a 13 (11,7%) z akutních oddělení, o donesení svatého přijímání 9 (20,0%) z ONP a 10 (9,0%) z akutních oddělení, o svátost nemocných 9 (20,0%) z ONP a 8 (7,2%) z akutních oddělení, o zpověď 3 (6,7%) z ONP a 7 (6,3%) z akutních oddělení, o rozhovor o duchovních věcech 7 (15,6%) z ONP a 14 (12,6%) z akutních oddělení, o čtení z Bible 6 (13,3%) z ONP a 11 (11,7%) z akutních oddělení, o čtení či zapůjčení duchovní literatury 4 (8,9%) z ONP a 9 (8,1%) z akutních oddělení, o rozhovor o svém životě 8 (17,8%) z ONP a 13 (11,7%) z akutních oddělení, o rozhovor o své budoucnosti 9 (20,0%) z ONP a 8 (7,2%) z akutních oddělení, o rozhovor o smrti a umírání 5 (11,1%) z ONP a 6 (5,4%) z akutních oddělení, o rozhovor o smyslu utrpení 5 (11,1%) z ONP a 6 (5,4%) z akutních oddělení a o rozhovor o smyslu života 7 (15,6%) z ONP a 11 (11,7%) z akutních oddělení. (Graf 17)

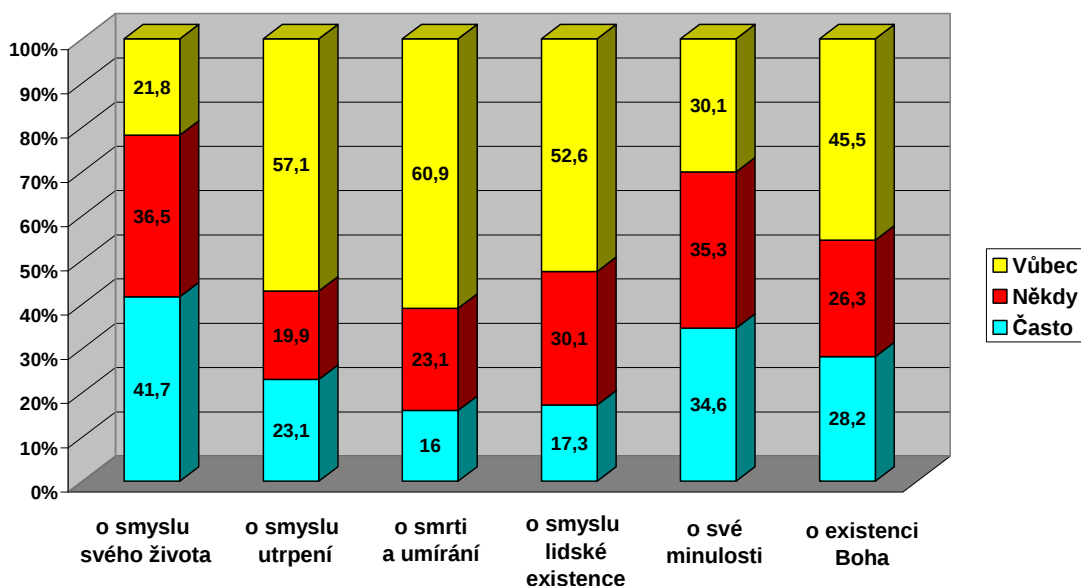
Graf 17: Porovnání zájmu respondentů z ONP a akutních oddělení o jednotlivé duchovní služby



Na otázku č. 9: „Během Vašeho pobytu v nemocnici Vám byly nabídnuty nebo poskytnuty tyto duchovní služby:“ odpověděl 1 (0,6%) respondent, že mu byla nabídnuta účast na bohoslužbě, 9 (5,8%) respondentů navštívil duchovní, 3 (1,9%) se účastnili bohoslužby, 1 (0,6%) společné modlitby, 2 (1,3%) bylo doneseno svaté přijímání, 2 (1,3%) přijali svátost nemocných a 1 (0,6%) přijal svátost smíření (zpověď). Ostatních 143 (91,7%) respondentů nezaškrtno žádnou kolonku.

Z otázky č. 10: „Jak často přemýšlíte o ...?“ vyplývá, že o smyslu svého života přemýšlí často 65 (41,7%) respondentů, o smyslu utrpení přemýšlí často 36 (23,1%) respondentů, o smrti a umírání 25 (16,0%), o smyslu lidské existence 27 (17,3%), o své minulosti 54 (34,6%) a o existenci Boha 44 (28,2%). (Graf 18)

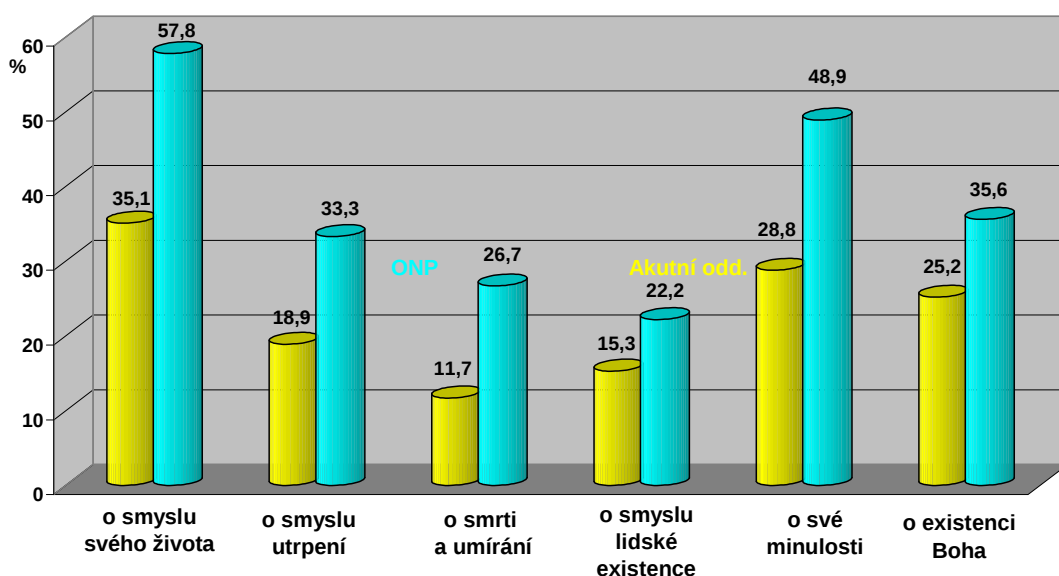
Graf 18: Frekvence přemýšlení o některých duchovních otázkách



O smyslu svého života často přemýšlí 26 (57,8%) respondentů z ONP a 39 (35,1%) respondentů z akutních oddělení, o smyslu utrpení 15 (33,3%) z ONP a 21 (18,9%) z akutních oddělení, o smrti a umírání 12 (26,7%) z ONP a 13 (11,7%) z akutních oddělení, o smyslu lidské existence 10 (22,2%) z ONP a 17 (15,3%) z akutních oddělení, o své minulosti 22 (48,9%) z ONP a 32 (28,8%) z akutních

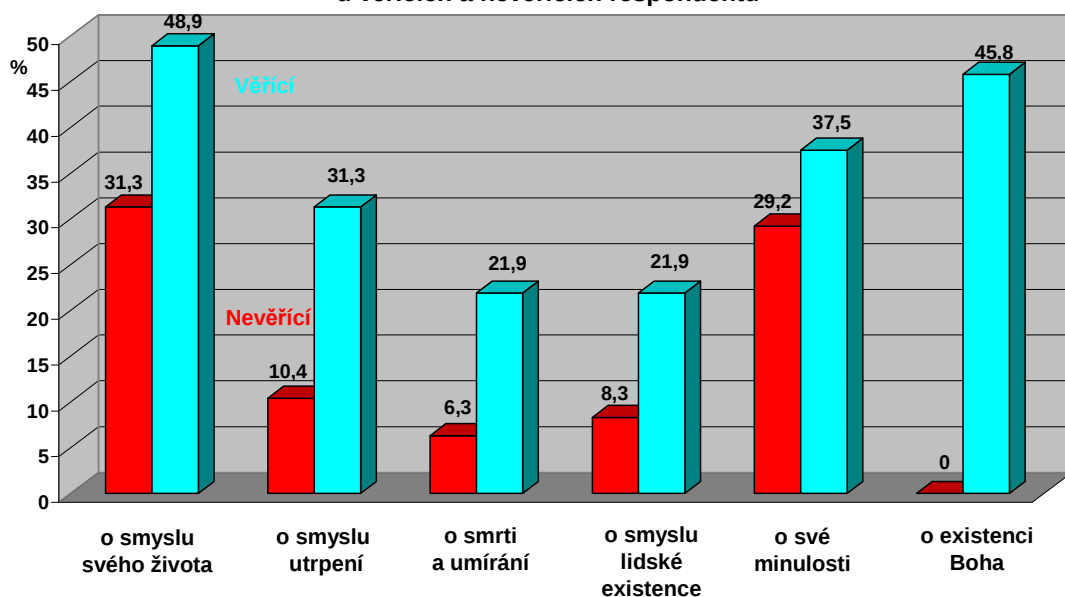
oddělení a o existenci Boha často přemýšlí 16 (35,6%) respondentů z ONP a 28 (25,2%) respondentů z akutních oddělení. (Graf 19)

Graf 19: Porovnání frekvence přemýšlení o některých duchovních otázkách v závislosti na oddělení



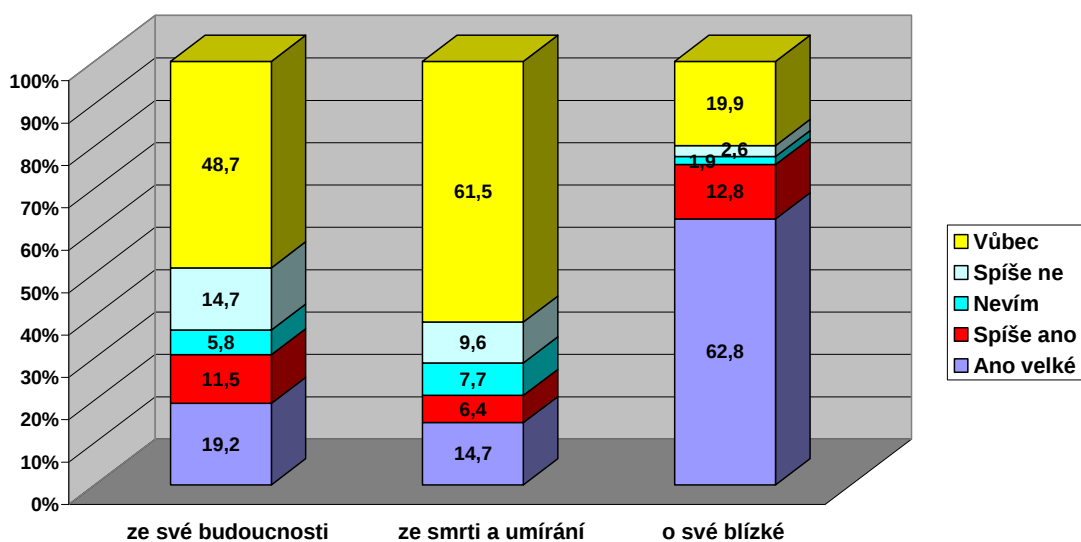
O smyslu svého života často přemýšlí 47 (48,9%) věřících respondentů a 15 (31,3%) nevěřících respondentů, o smyslu utrpení 30 (31,3%) věřících a 5 (10,4%) nevěřících, o smrti a umírání 21 (21,9%) věřících a 3 (6,3%) nevěřících, o smyslu lidské existence 21 (21,9%) věřících a 4 (8,3%) nevěřících, o své minulosti 36 (37,5%) věřících a 14 (29,2%) nevěřících a o existenci Boha 44 (45,8%) věřících a 0 (0,0%) nevěřících. (Graf 20)

Graf 20: Porovnání frekvence přemýšlení o některých duchovních otázkách u věřících a nevěřících respondentů



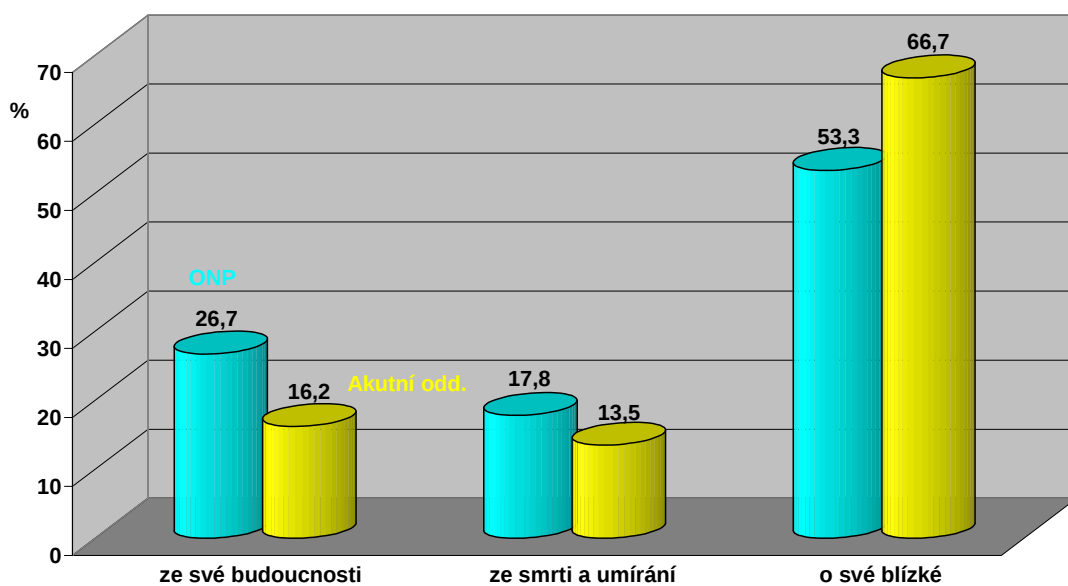
Na otázku č. 11: „Máte obavy z ... ?“ odpovědělo 30 (19,2%) respondentů, že mají velké obavy ze své budoucnosti, 23 (14,7%) že mají velké obavy ze smrti a umírání a 98 (62,5%) jich má velké obavy o své blízké. (Graf 21)

Graf 21: Míra některých obav respondentů



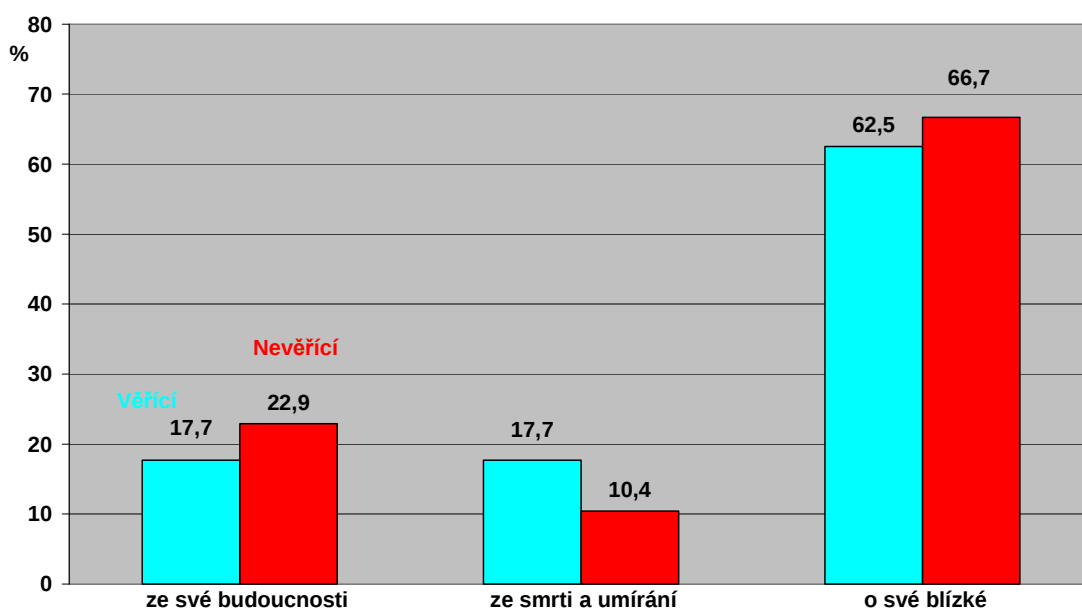
Velké obavy ze své budoucnosti má 12 (26,7%) respondentů z řad pacientů ONP a 18 (16,2%) respondentů z řad pacientů akutních oddělení, ze smrti a umírání má velké obavy 8 (17,8%) z ONP a 15 (13,5%) z akutních oddělení a o své blízké 24 (53,3%) z ONP a 74 (66,7%) z akutních oddělení. (Graf 22)

Graf 22: Porovnání míry některých obav u pacientů na ONP a akutních oddělení



Velké obavy ze své budoucnosti má 17 (17,7%) věřících respondentů a 11 (22,9%) nevěřících, ze smrti a umírání má velké obavy 17 (17,7%) věřících a 5 (10,4%) nevěřících a o své blízké 60 (62,5%) věřících a 32 (66,7%) nevěřících respondentů. (Graf 23)

Graf 23: Porovnání míry některých obav věřících a nevěřících

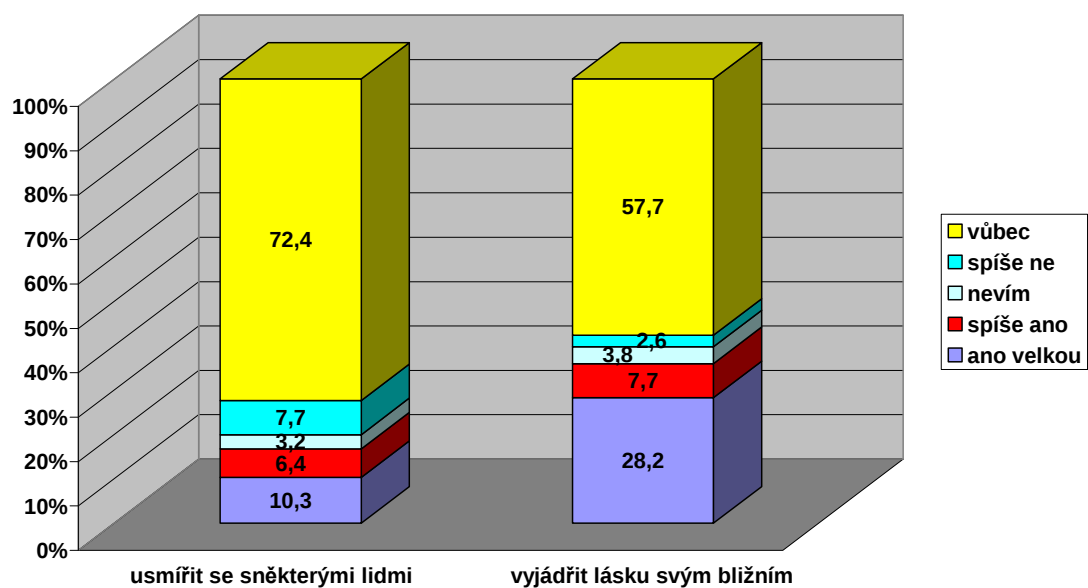


Na otázku č. 12: „Cítíte potřebu ...?“ odpovědělo 16 (10,3%) respondentů, že cítí velkou potřebu usmířit se s některými lidmi a 44 (28,2%), že cítí velkou potřebu vyjádřit lásku svým bližním. Vůbec necítí potřebu usmířit se s některými lidmi 113 (72,4%) respondentů a vyjádřit lásku svým bližním vůbec nepotřebuje 90 (57,7%). (Graf 24)

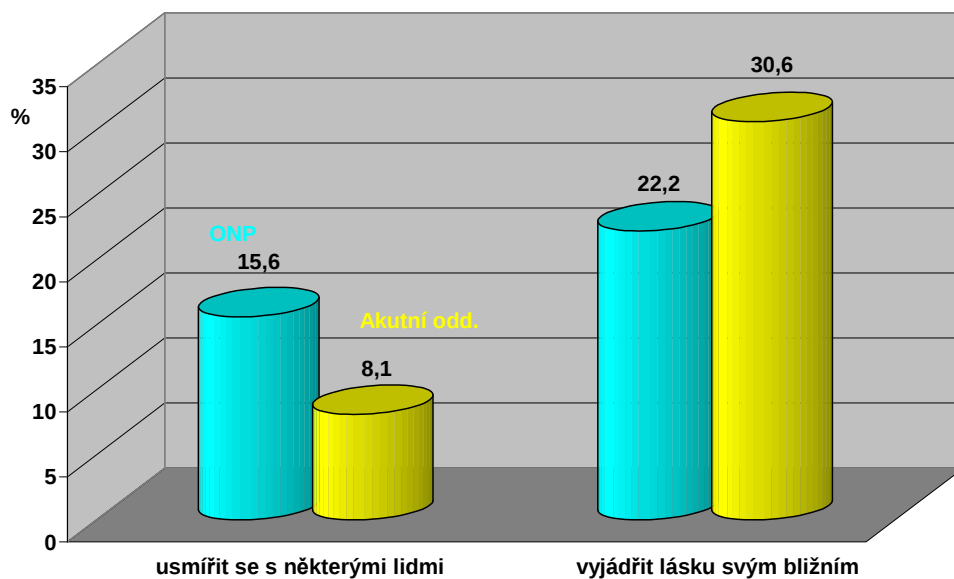
Velkou potřebu usmířit se s některými lidmi má 7 (15,6%) respondentů z řad pacientů ONP a 9 (8,1%) respondentů z akutních oddělení. Velkou potřebu vyjádřit lásku svým bližním má 10 (22,2%) pacientů z ONP a 34 (30,6%) z akutních oddělení. (Graf 25)

Velkou potřebu usmířit se s některými lidmi má 12 (12,5%) věřících respondentů a 3 (6,3%) nevěřících. Dále má velkou potřebu vyjádřit lásku svým bližním 26 (27,1%) věřících a 14 (29,2%) nevěřících. (Graf 26)

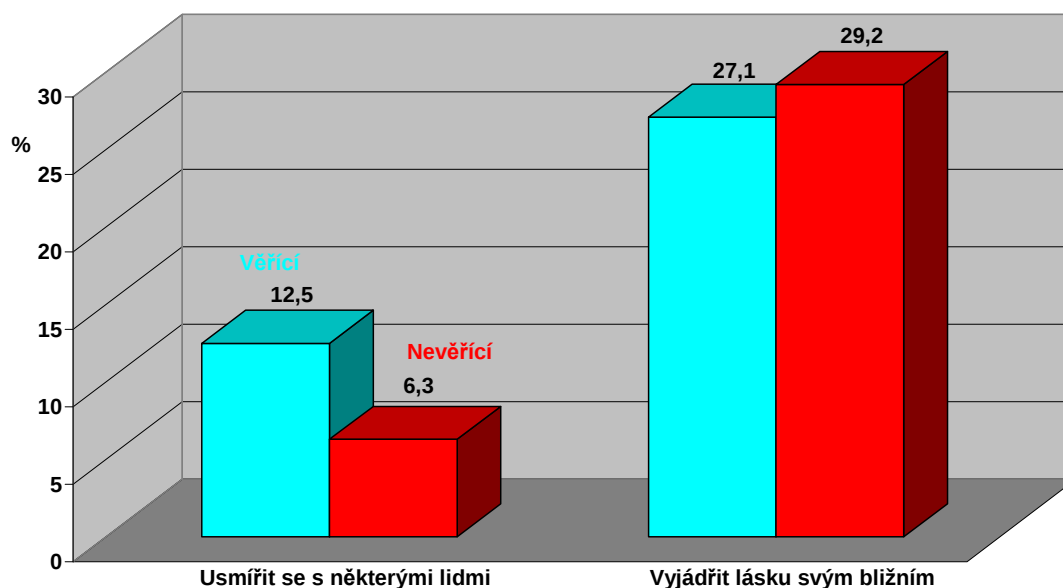
Graf 24: Míra některých potřeb



Graf 25: Porovnání míry některých potřeb u respondentů z ONP a akutních oddělení

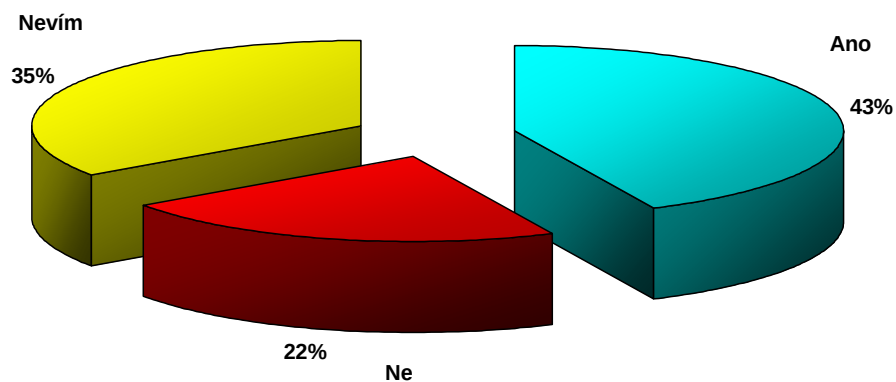


Graf 26: Porovnání míry některých potřeb u věřících a nevěřících respondentů

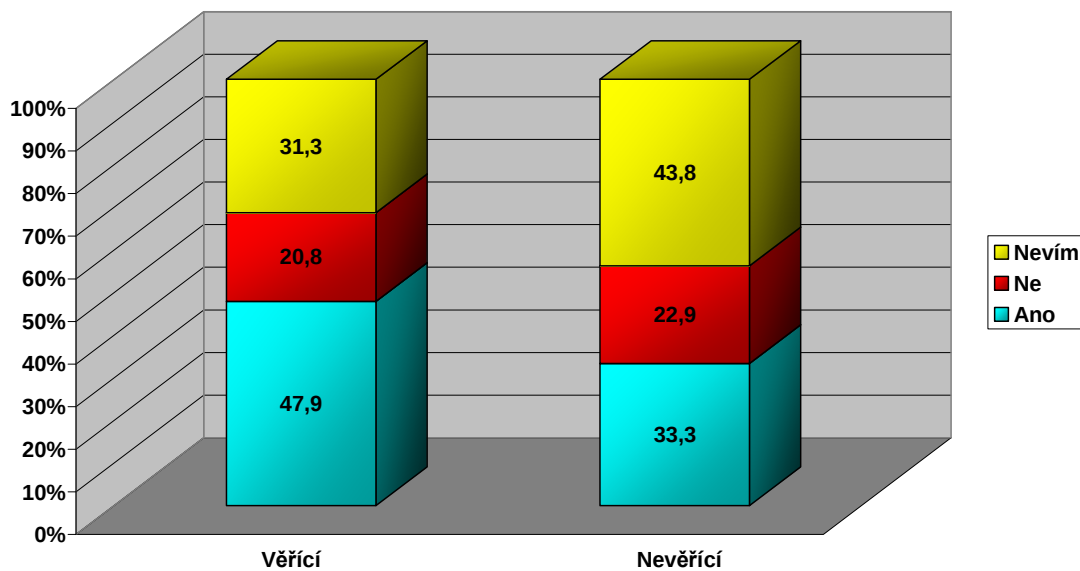


Na otázku č. 13: „Je podle Vašeho názoru užitečné, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, který by pečoval o výše uvedené duchovní potřeby pacientů?“ odpovědělo 67 (42,9%) respondentů kladně, 35 (22,4%) záporně a 54 (34,6%), že neví. Z věřících respondentů odpovědělo 46 (47,9%) kladně, 20 (20,8%) záporně a 30 (31,3%), že neví a z nevěřících 16 (33,3%) kladně, 11 (22,9%) záporně a 21 (43,8%), že neví. Z respondentů z řad pacientů na ONP odpovědělo kladně 12 (26,7%), záporně 15 (33,3%) a že neví 18 (40,0%) a z respondentů na akutních oddělení odpovědělo 55 (49,5%) kladně, 20 (18,0%) záporně a 36 (32,4%), že neví. (Graf 27, 28 a 29)

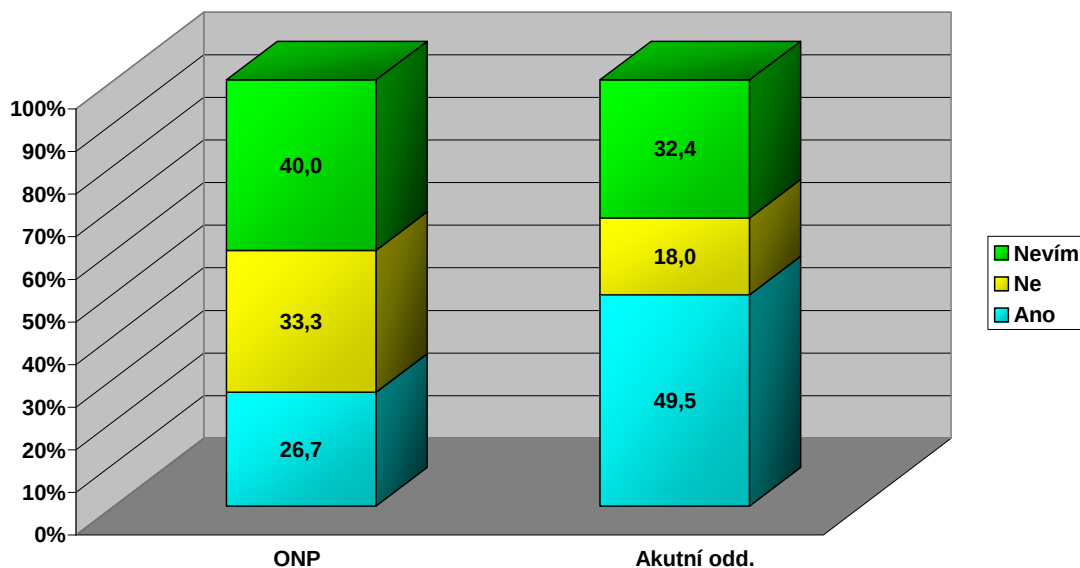
Graf 27: **Názor respondentů na to, zda je užitečné, aby byl v nemocnici trvale zaměstnán nemocniční kaplan.**



Graf 28: **Porovnání názoru věřících a nevěřících na to, zda je užitečné, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana**



Graf 29: Porovnání názoru respondentů z ONP a z akutních oddělení na to, zda je užitečné, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana

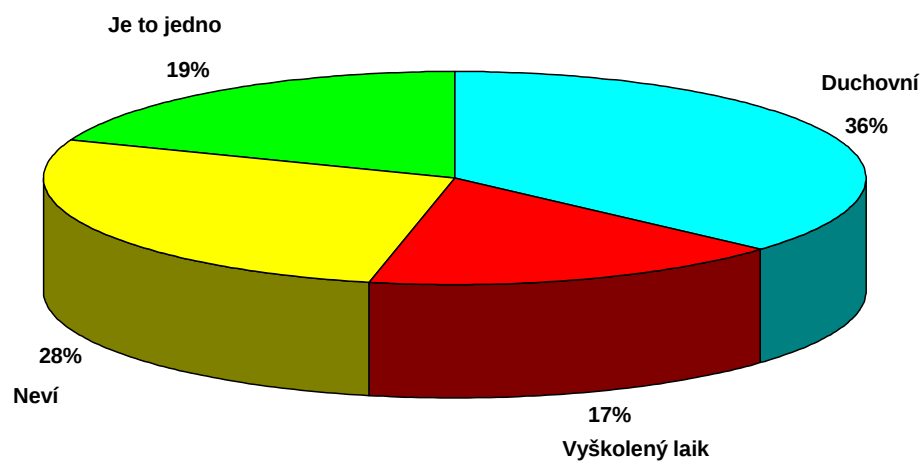


Na otázku č. 14: „Funkci nemocničního kaplana by podle Vašeho názoru měl vykonávat:“ odpovědělo 57 (36,5%) respondentů, že duchovní, 26 (16,7%), že vyškolený laik, 43 (27,6%) neví a 30 (19,2%) odpovědělo, že je to jedno. (Graf 30)

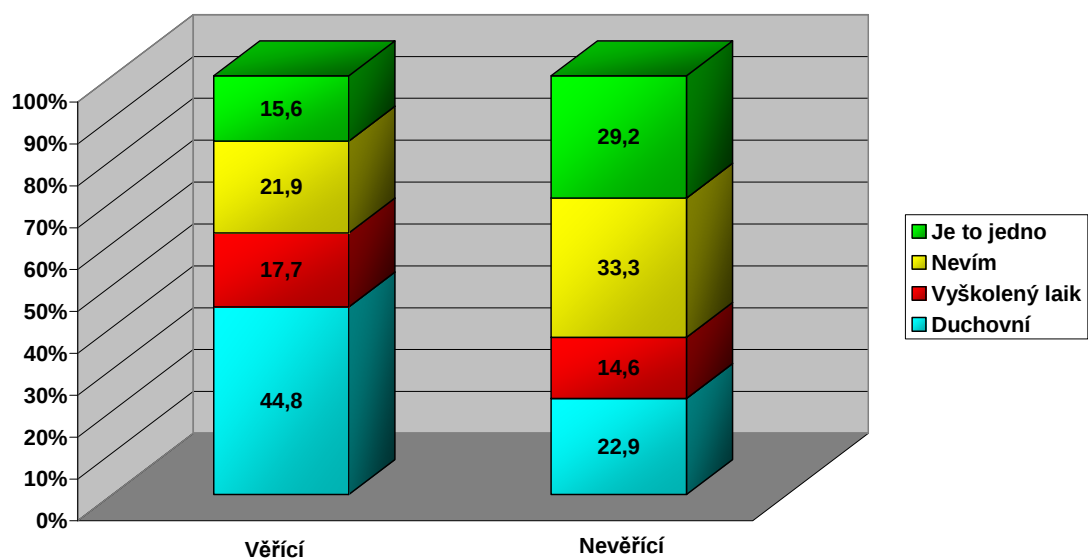
Z věřících respondentů odpovědělo 43 (44,8%), že nemocničního kaplana měl vykonávat duchovní, 17 (17,7%), že vyškolený laik, 21 (21,9%) neví a 15 (15,6%) odpovědělo, že je to jedno. Z nevěřících respondentů odpovědělo 11 (22,9%), že funkci nemocničního kaplana by měl vykonávat duchovní, 7 (14,6%), že vyškolený laik, 16 (33,3%) neví a 14 (29,2%), že je to jedno. (Graf 31)

Z respondentů na ONP odpovědělo 16 (35,6%), že by funkci nemocničního kaplana měl vykonávat duchovní, 9 (20,0%) vyškolený laik, 12 (26,7%) neví a 8 (17,8%) odpovědělo, že je to jedno. Z respondentů na akutních odděleních odpovědělo 41 (36,9%), že duchovní, 17 (15,3%) vyškolený laik, 31 (27,9%) neví a 22 (19,8%) odpovědělo, že je to jedno. (Graf 32)

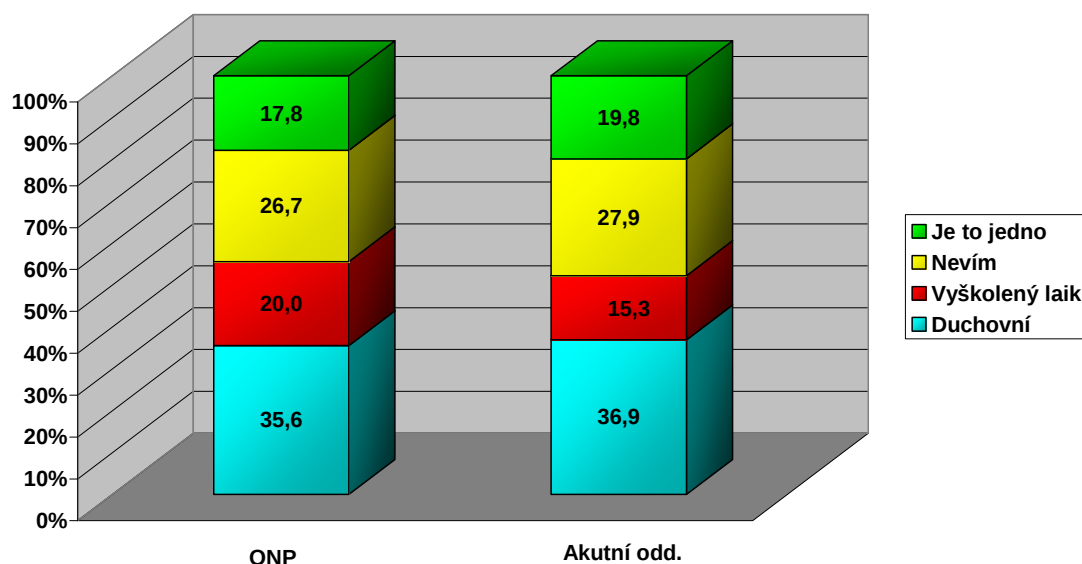
Graf 30: **Názor respondentů na to, kdo by měl vykonávat funkci nemocničního kaplana**



Graf 31: **Porovnání názoru věřících a nevěřících na to, kdo by měl vykonávat funkci nemocničního kaplana**

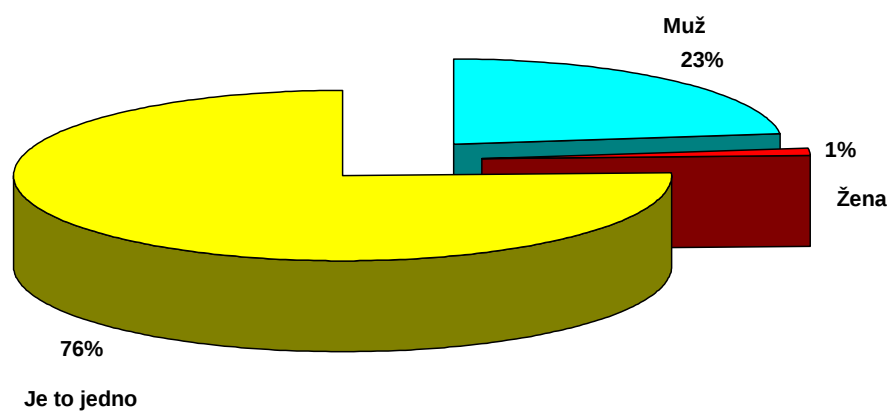


Graf 32: Porovnání názoru respondentů z ONP a z akutních oddělení na to, kdo by měl vykonávat funkci nemocničního kaplana

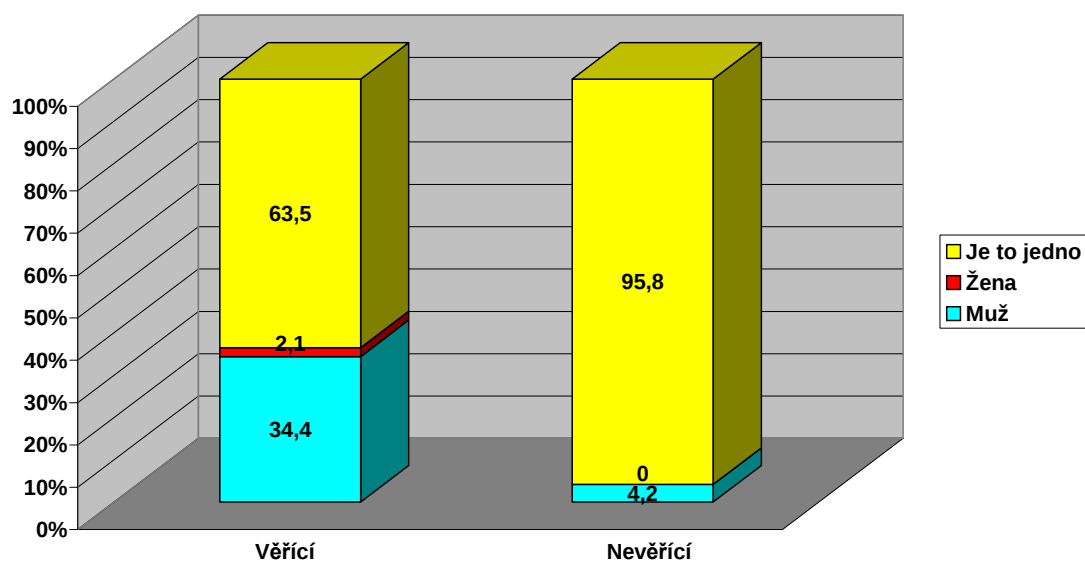


Na otázku č. 15: „Nemocničního kaplana by podle Vašeho názoru měl vykonávat výhradně:“ odpovědělo 36 (23,1%) respondentů, že muž, 2 (1,3%) žena a 118 (75,6%), že je to jedno. Z věřících respondentů odpovědělo 33 (34,4%), že by funkci nemocničního kaplana měl vykonávat výhradně muž, 2 (2,1%), že výhradně žena a 61 (63,5%), že je to jedno. Z nevěřících respondentů odpověděli 2 (4,2%), že muž, 0 (0,0%) žena a 46 (95,8%), že je to jedno. Z respondentů na ONP odpovědělo 14 (31,1%) muž, 1 (2,2%) žena a 30 (66,7%), že je to jedno a z respondentů na akutních odděleních 22 (19,8%) muž, 1 (0,9%) žena a 88 (79,3%), že je to jedno. (Graf 33, 34, 35)

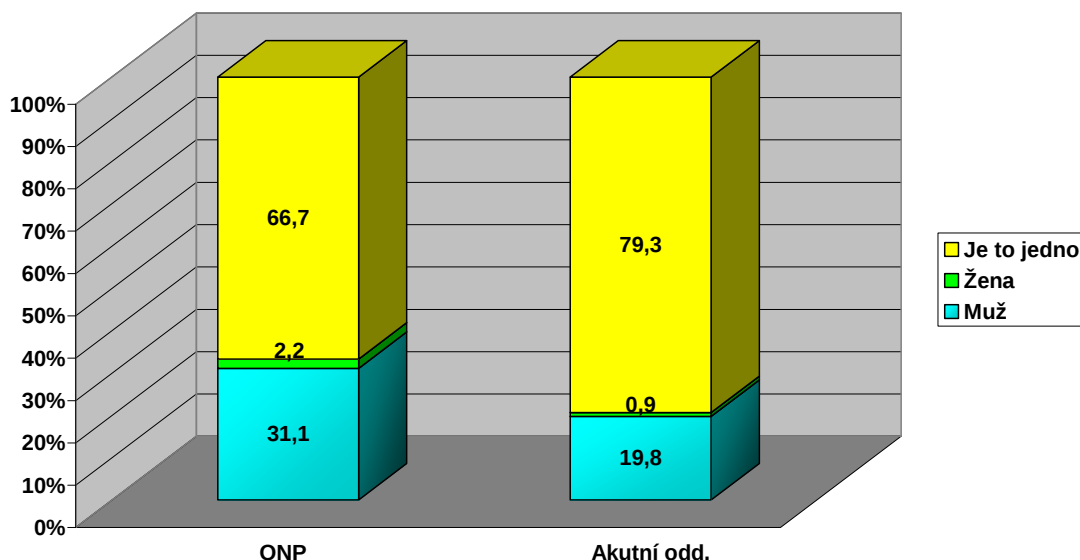
Graf 33: **Názor respondentů na to, zda by funkci nemocničního kaplana měl vykonávat výhradně muž nebo žena**



Graf 34: **Porovnání názoru věřících a nevěřících na to, zda by funkci nemocničního kaplana měl vykonávat výhradně muž nebo žena**



Graf 35: Porovnání názorů respondentů z ONP a akutních oddělení na to, zda má funkci nemocničního kaplana vykonávat výhradně muž nebo žena



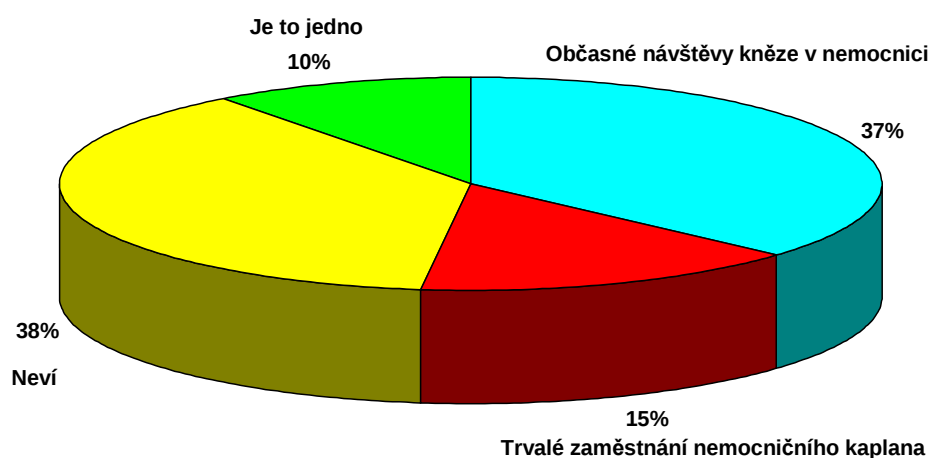
Na otázku č. 16: „Co je podle Vašeho názoru lepší ...?“ odpovědělo 57 (36,5%) respondentů, že preferuje občasné návštěvy kněze v nemocnici, 24 (15,4%) respondentů považuje za lepší, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, 59 (37,8%) respondentů neví a 16 (10,3%) odpovědělo, že je to jedno. (Graf 36)

Z věřících respondentů odpovědělo 31 (32,3), že jsou podle jejich názoru lepší občasné návštěvy kněze v nemocnici, pro 21 (21,9%) je lepší, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, 36 (37,5%) neví a 8 (8,3%) odpovědělo, že je to jedno. Z nevěřících respondentů preferovalo 22 (45,8%) respondentů občasné návštěvy kněze v nemocnici, 3 (6,3%) aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, 16 (33,3%) neví a 7 (14,6%) odpovědělo, že je to jedno. (Graf 37, 38)

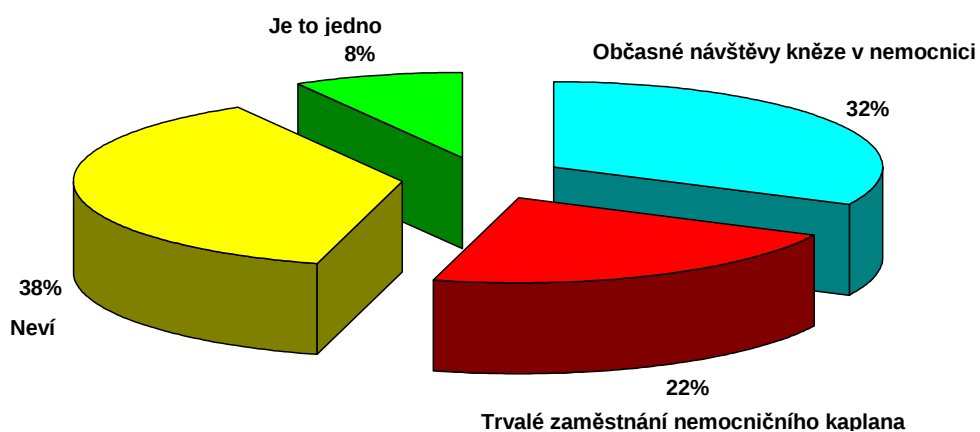
Z respondentů na ONP odpovědělo 17 (37,8%), že jsou podle jejich názorů lepší občasné návštěvy kněze v nemocnici, pro 8 (17,8%) je lepší, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, 17 (37,8%) neví a 3 (6,7%) je to jedno. Z respondentů na akutních odděleních 40 (36,0%) preferovalo občasné návštěvy kněze

v nemocnici, pro 16 (14,4%) je lepší, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, 42 (37,8%) neví a 13 (11,7%) je to jedno. (Graf 39)

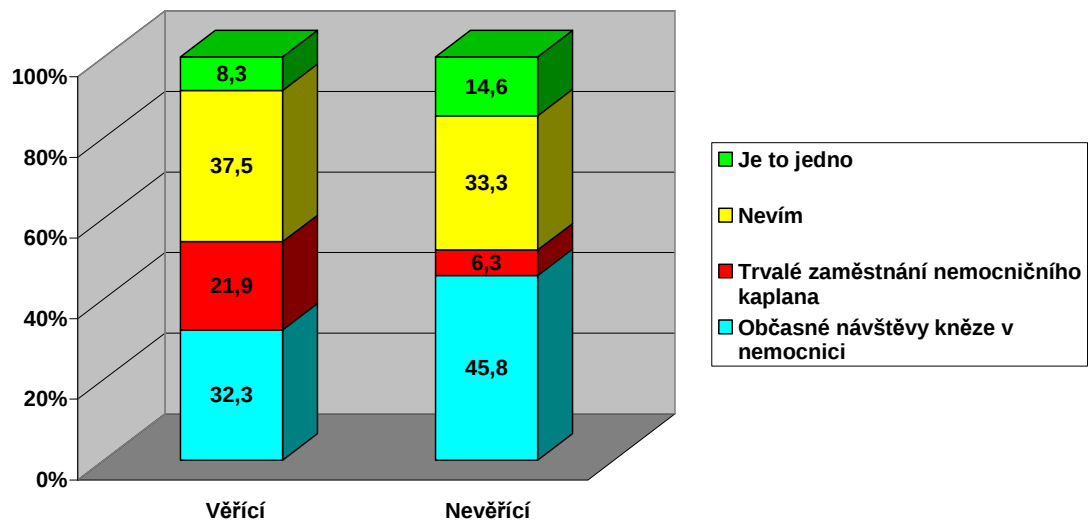
Graf 36: Názor respondentů na to, jaká je nejlepší forma duchovní péče



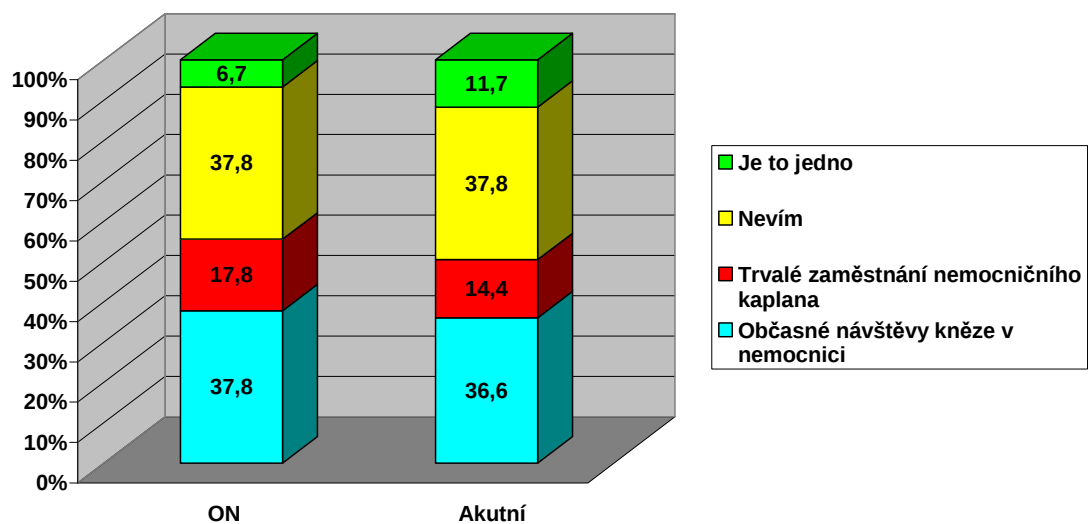
Graf 37: Názor věřících respondentů na to, jaká je nejlepší forma duchovní péče



Graf 38: Porovnání názorů věřících a nevěřících respondentů na nejlepší formu duchovní péče



Graf 39: porovnání názorů respondentů z ONP a akutní oddělení na nejlepší formu duchovní péče



Z rozhovorů s hlavními sestrami nemocnic v Jihočeském kraji vyplývá následující: Nemocnice v Českých Budějovicích poskytuje pacientům tyto duchovní služby: v kapli v infocentru se koná jednou týdně mše svatá, do nemocnice dále dochází kněz od Sv. Jana a na požádání pacienta zprostředkují sestry návštěvu kněze. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů, ale o zaměstnání nemocničního kaplana vedení nemocnice neuvažuje, protože podle jejich názoru není potřeba a není, kdo by ho zaplatil.

V nemocnici v Táboře se každou středu v 18.30 koná římskokatolická bohoslužba, každé pondělí v 18.30 je v zasedací místnosti přítomen duchovní Církve československé husitské a každé úterý v 18.30 duchovní Českobratrské církve evangelické. O těchto možnostech jsou pacienti informováni letáčky na odděleních a dole v hale a mohou se zeptat personálu. Dále jsou zde možné návštěvy duchovních na žádost pacienta, které zprostředkují sestry. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů, ale o zaměstnání nemocničního kaplana neuvažuje, protože není poptávka a domnívají se, že na to stačí psycholog.

Nemocnice v Českém Krumlově neposkytuje vůbec žádné duchovní služby, ale je zde možnost, aby sestry na požádání zprostředkovaly návštěvu duchovního u pacienta. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů, ale o zaměstnání nemocničního kaplana neuvažuje, protože kněz za pacienty chodí na požádání dobrovolně a to stačí.

V nemocnici v Prachaticích se každé úterý v nemocniční kapli koná mše svatá, o které se pacienti mohou dozvědět z cedulek na oddělení. Sestry na požádání zprostředkují návštěvu kněze u pacienta. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů, ale o zaměstnání nemocničního kaplana neuvažují, protože na něj nemají finance.

V nemocnici v Jindřichově Hradci se nekonají bohoslužby a je zde pouze možnost zprostředkování návštěvy kněze u pacienta, což udělají sestry na požádání. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojování spirituálních potřeb pacientů, protože to napomáhá uzdravování, ale o zaměstnání nemocničního kaplana neuvažuje.

Nemocnice ve Strakonici má nemocniční kapli, kam mají pacienti volný přístup. Jednou týdně v 8.00 se zde koná modlení, které vedou farníci. Kdysi se zde konaly mše svaté, ale protože byla malá návštěvnost, byly zrušeny. Sestry zprostředkují návštěvu kněze u pacienta na požádání a na oddělení je vyvěšen telefon a e-mail na kněze. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů, ale o zaměstnání nemocničního kaplana neuvažuje, protože je málo věřících pacientů, takže by zde nenašel uplatnění.

V nemocnici v Dačicích se nekonají mše svaté, ale 2x týdně – v neděli a ve středu - tam dochází kněz, který obchází pacienty, kteří o to mají zájem. Dochází tam kněz z Kostelního Vydří a někdy z Dačic. Sestry na požádání zprostředkují návštěvu kněze u pacienta. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů, ale o zaměstnání nemocničního kaplana neuvažuje, protože se nemocnice pomalu rozpadá.

V nemocnici v Písku se nekonají mše svaté, pouze je zde možnost, aby sestry na požádání pacientů zprostředkovaly návštěvu kněze. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů a od nového roku plánují, že kontaktují kněze a domluví se s ním na nějaké formě spolupráce. O zaměstnávání nemocničního kaplana zatím neuvažují.

V nemocnici ve Vimperku se nekonají mše svaté, pouze je zde možnost, aby sestry na požádání zprostředkovaly návštěvu kněze u pacienta. Nemocnice také o svátcích na požádání dováží pacienty, kteří mají sociální hospitalizaci a mají zájem, do kostela. Pro vedení nemocnice je důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů, ale o zaměstnávání nemocničního kaplana do budoucna určitě neuvažuje.

5. Diskuze

Z výsledků práce vyplývá, že 61,5% pacientů se cítí jako věřící, 30,8% jako nevěřící a 7,7% neví. Při sčítání lidu, domů a bytů v roce 2001 bylo zjištěno, že za věřící se v České republice považuje zhruba 32% obyvatel, **(3)** což je zhruba polovina oproti počtu věřících respondentů. Tento nepoměr je nejspíše dán tím, že věková struktura pacientů nemocnice, a tedy i respondentů, se výrazně odlišuje od věkové struktury populace České republiky, neboť v nemocnicích mezi pacienty výrazně převažují spíše starší ročníky. Mezi respondenty bylo 21,2% osob ve věku 60 – 70 let, 26,3% osob ve věku 70 – 80 let a 26,9% osob ve věku 80 – 90 let, což celkem představuje 74,4% osob starších 60 let.

K Římskokatolické církvi se přihlásilo 83,3% věřících respondentů, k Českobratrské církvi evangelické 2,2% a k Československé církvi husitské 8,9%, 5,6% z k žádné církvi a 1,1% k Mormonům. To přibližně odpovídá výsledkům Sčítání lidu, domů a bytů z roku 2001, které uvádí, že k Římskokatolické církvi se přihlásilo přibližně 83%, k Českobratrské církvi evangelické 3,7% a k Československé církvi husitské 3,0% věřících. **(3)**

Mezi respondenty na oddělení následné péče je podstatně více věřících než na akutních odděleních, neboť na oddělení následné péče bylo 77,8% věřících a na akutních odděleních pouze 55,0% věřících. Nespíše to bude způsobeno opět věkovou skladbou oddělení a také tím, že na oddělení následné péče je větší procento žen, které jsou obecně více věřící než muži. To, že jsou ženy více věřící než muži, dokládají i výsledky této práce, jelikož z žen uvedlo 69,5%, že se cítí jako věřící, kdežto u mužů to bylo pouze 19,2%.

Z respondentů, kteří odpověděli, že jsou věřící nebo nemají na tuto věc vyhraněný názor, navštěvovalo bohoslužbu každou neděli 25,0%, pokud jim to zdravotní stav dovozoval. Dalších 40,7% z nich chodilo na bohoslužbu nepravidelně několikrát do roka, 12,0% chodilo pouze o Vánocích nebo Velikonocích a 22,2% nechodilo na bohoslužby vůbec. Pokud bychom tato čísla vztáhli ke všem dotázaným pacientům, potom každou neděli do kostela chodilo 17,3% respondentů, nepravidelně

několikrát do roka 28,2%, o Vánocích a Velikonocích 7,7% a vůbec 15,4%. Ze sčítání účastníků bohoslužeb vyplývá, že pravidelně každou neděli do kostela chodí přibližně 4% obyvatel **(18)**, což je opět výrazně nižší číslo, než které vyšlo v této práci. Způsobeno to je nejspíš opět věkovou strukturou respondentů.

Ženy, které se cítí jako věřící nebo neví, odpověděly, že chodí do kostela každou neděli výrazně častěji než muži, 29,6% oproti 16,2%. Respondenti z řad pacientů oddělení následné péče, kteří jsou věřící nebo neví, chodili na bohoslužbu každou neděli výrazně častěji než pacienti akutních oddělení, 41,7% oproti 16,7%. Opět je to nejspíš způsobeno věkovou a pohlavní strukturou obou skupin respondentů.

Zajímavé je, že převážná většina respondentů během výzkumu uvedla, že chodili v mládí do kostela každou neděli, ale po sňatku už ne, protože nebyl čas a potom se za komunismu by z toho měli problémy. Za tu dobu jejich víra vyprchala a nebo dospěli k názoru, že k víře nepotřebují chodit do kostela, protože se mohou pomodlit doma, jelikož Bůh je všude, a tak nezačali chodit do kostela ani po roce 1989, když už jim za to nehrozil žádný postih.

Z respondentů, kteří se cítí jako věřící nebo neví, pouze 3,7% navštívilo v nemocnici bohoslužbu, i když se v obou nemocnicích, kde probíhal výzkum bohoslužby konají, a 96,3% ji nenavštívilo. Pokud bychom se podívali na příčinu, proč respondenti bohoslužbu nenavštívili, tak 56,7% respondentů, kteří odpověděli negativně uvádí, že jim to nedovoloval jejich zdravotní stav, dalších 22,1% uvedlo, že nevěděli o této možnosti a 21,2% uvedlo, že neměli zájem. Porovnáme-li tato čísla s výsledky jedné z dalších otázek, zjistíme, že skutečný zájem o návštěvu bohoslužby v nemocnici má pouze 20,8% věřících respondentů, což ukazuje, že to, že většina respondentů by se bohoslužby neúčastnila ani v případě, že by jim to zdravotní stav dovoľoval. Ze 4 respondentů, kteří odpověděli, že se bohoslužby účastnili, uvedli 3 (75%), že se o konání bohoslužby dozvěděli z letáčku na oddělení a 1 (25%) se to dozvěděl od zdravotní sestry.

Pouze 7,4% respondentů, kteří se považují za věřící nebo neví, navštívil v nemocnici duchovní. Jako hlavní důvod proč respondenty, kteří odpověděli záporně, duchovní nenavštívil uvedlo 54,0%, že neměli zájem, 29,0%, že o této možnosti

nevěděli, 8,0%, že jsou zde teprve krátce, 4,0%, že neměli kontakt, 2,0% nechtěli obtěžovat a zbytek uvedl jiný důvod. Pokud bychom se ale opět podívali na jednu z následujících otázek, zjistíme, že skutečný zájem o návštěvu duchovního má pouze 20,8% věřících. Z těch, kteří odpověděli kladně, uvedli 2, že je duchovní navštívil na jejich výslovnou žádost a 6, že je navštívil spontánně, když byl navštívit někoho jiného.

Dále z výsledků práce vyplývá, že z jednotlivých spirituálních služeb je největší zájem o společnou modlitbu, kde uvedlo 17,9% respondentů, že by o tuto službu mělo velký zájem. Dále má 14,1% velký zájem o účast na bohoslužbě, 13,5% o návštěvu duchovního a rozhovor o svém životě, 12,2% má velký zájem o donesení svatého přijímání, 11,5% o rozhovor o smyslu života, 10,9% o svátost nemocných, čtení z Bible a rozhovor o své budoucnosti, 8,3% o čtení či zapůjčení duchovní literatury, 7,1% o rozhovor o smrti a umírání a o rozhovor o smyslu utrpení a nejmenší zájem je o svátost smíření (zpověď) – pouze 6,4% respondentů.

Přesto, že zájem o jednotlivé spirituální služby není nijak velký, většina z nich zůstane neuspokojena. Hypotéza č. 1: *„Zájem pacientů o uspokojování svých spirituálních potřeb je vyšší než možnosti jejich uspokojování nabízené nemocnicí.“ se tudíž potvrdila.* Je to vidět z následujících údajů: o návštěvu duchovního by mělo velký zájem 13,5% respondentů, ale pouze 5,8% skutečně navštívil, 14,1% respondentů by se chtěli účastnit bohoslužby, ale pouze 1,9% se jí účastnilo, o společnou modlitbu by mělo zájem 17,9%, ale pouze 0,6% byla poskytnuta, o donesení svatého přijímání stálo 12,2%, ale pouze 1,3% bylo doneseno, o svátost nemocných mělo velký zájem 10,9% a dostalo ji pouze 1,3% respondentů, o svátost smíření (zpověď) mělo velký zájem 6,4%, ale možnost se vyzpovídat dostalo pouze 0,6% respondentů. Ostatní duchovní potřeby nebyly uspokojeny vůbec.

Navíc pouze v nemocnicích v Českých Budějovicích, Táboře a Prachaticích se konají mše svaté, v nemocnici ve Strakonici se koná modlení, do nemocnice v Dačicích 2x týdně dochází kněz a v nemocnicích v Českém Krumlově a Jindřichově Hradci, Písku a Vimperku lze pouze domluvit návštěvu kněze u pacienta.

Hypotéza č. 3: *„Pacienti na odděleních následné péče mají větší zájem o uspokojování spirituálních potřeb než pacienti na akutních odděleních.“ se potvrdila,*

neboť respondenti z řad pacientů oddělení následné péče mají o všechny jednotlivé duchovní služby výrazně větší zájem než pacienti z akutních oddělení. (Viz graf 17) Největší rozdíly byly u zájmu o návštěvu duchovního 24,4% oproti 9,0%, účast na bohoslužbě 22,2% oproti 10,8%, společnou modlitbu 33,3% oproti 11,7%, donesení svatého přijímání 20,0% oproti 9,0%, svátost nemocných 20,0% oproti 7,2% a rozhovoru o své budoucnosti 20,0% oproti 7,2%. Je to nejspíš dáno, jak bylo již uvedeno výše, věkovou a pohlavní strukturou oddělení, ale také tím, že na oddělení následné péče jsou pacienti delší dobu a jsou často v horším zdravotním stavu, takže některé spirituální potřeby se u nich akcentují.

To uvádí i Prokop, který tvrdí, že vážná nemoc je čas pro zastavení, kdy mysl člověka není zatěžována žádnými jinými věcmi a starostmi. Nemocný potom může, nebo se spíše musí, zabývat otázkami umírání a transcendence, alespoň ve smyslu bilancování toho, co po mně zůstane a co jsem vykonal. **(41)** S tím souhlasí i Haškovcová a Vaníčková, které píší, že přes vysokou diferencovanost v otázkách víry je možné u těžce nemocných a umírajících pravidelně pozorovat zvýšený zájem o hodnotové orientace a dosavadní zahraniční výzkumy dokazují, že potřeba spirituality se v období nemoci a ve stáří zvyšuje. **(16, 54)**

Věřící respondenti mají samozřejmě větší zájem o uspokojování svých duchovních potřeb než nevěřící. Nevěřící respondenti mají zájem téměř žádný, neboť velký zájem o jednotlivé duchovní potřeby se pohyboval od 0,0% do 4,2%. Zajímavé je, že nevěřící respondenti neměli zájem ani o spirituální potřeby obecně lidské, které nemají s náboženstvím nic společného, jako je rozhovor o svém životě, budoucnosti, smrti a umírání, rozhovor o smyslu utrpení nebo rozhovor o smyslu života. O rozhovor o svém životě respondenti neměli zájem s odůvodněním, že už je čeká pouze smrt, o rozhovor o své budoucnosti, protože už žádnou budoucnost nemají, na smrt a umírání a utrpení raději nechtějí myslet a o rozhovor o smyslu života zájem také nemají, protože jejich život již podle jejich názoru postrádá smysl.

Ani u věřících respondentů nebyl však zájem o jednotlivé spirituální služby nikterak velký, od 10,4% do 27,1%. Je to možná způsobeno tím, že většina věřících respondentů svou víru nepraktikuje, a navíc berou svůj pobyt v nemocnici jako

krátkodobý, během něhož by se měli léčit, a uspokojování svých duchovních potřeb odsouvají až na doma. Často jsem od nich během výzkumu slyšela: „To až doma. Až budu zdrav. To dělám doma. Já se modlím sám. atd.“

Z výsledků práce rovněž vyplývá, že ženy mají větší zájem o upokojování svých spirituálních potřeb než muži. Měly větší zájem téměř o všechny duchovní služby kromě rozhovoru o duchovních věcech a rozhovoru o své budoucnosti.

Respondenti nejvíce přemýšlejí o smyslu svého života – 41,7% o něm přemýšlí často, dále o své minulosti 34,6%, o existenci Boha 28,2%, o smyslu utrpení 23,1%, o smyslu lidské existence 17,3% a nejméně přemýšlí o smrti a umírání 16,0%. Na smrt a umírání vůbec nemyslí 60,9% respondentů. Věřící respondenti přemýšlí o všech problémech uvedených v dotazníku častěji než nevěřící. Věřící i nevěřící nejvíce přemýšlejí o smyslu svého života – často o něm přemýšlí 48,9% věřících a 31,3% nevěřících. Věřící dále nejvíce přemýšlejí o existenci Boha 45,8%, kdežto z nevěřících o tom nepřemýšlí nikdo. O své minulosti přemýšlí 37,5% věřících a 29,2% nevěřících, o smyslu utrpení 31,3% věřících a 10,4% nevěřících, o smyslu lidské existence 21,9% věřících a 8,3% nevěřících a o smrti a umírání 21,9% věřících a pouze 6,3% nevěřících.

Pokud bychom vzájemně porovnali, jak často o jednotlivých otázkách přemýšlejí respondenti oddělení následné péče a akutních oddělení, zjistíme, že výrazně častěji o těchto otázkách přemýšlejí respondenti na oddělení následné péče, a to ve všech případech. Respondenti na obou odděleních nejvíce přemýšlejí o smyslu svého života 57,8% a 35,1%, dále o své minulosti 48,9% a 28,8%, o existenci Boha 35,6% a 25,2%. Respondenti na oddělení následné péče nejméně přemýšlejí o smyslu lidské existence – 22,2% a respondenti na akutních odděleních o smrti a umírání 11,7%.

Pokud bychom se podívali na jednotlivé obavy, zjistíme, že nejvíce mají respondenti obavy o své blízké – 62,8% respondentů uvedlo, že mají o své blízké velké obavy. Ze své budoucnosti má velké obavy 19,2% a vůbec z ní nemá obavy 48,7%. Mnoho respondentů přitom říkalo, že již žádnou budoucnost nemají, takže se nebojí. Ze smrti a umírání má velké obavy 14,7% respondentů a vůbec žádné nemá 61,5%. Někteří respondenti na oddělení následné péče při této příležitosti dokonce vyjadřovali přání, aby již zemřeli. Mezi věřícími a nevěřícími respondenty nebyly v této otázce výraznější

rozdíly. Velké obavy ze své budoucnosti mělo 26,7% respondentů z oddělení následné péče a 16,2% respondentů z akutních oddělení. Větší obavy o své blízké měli zase respondenti z akutních oddělení 66,7% oproti 53,3%.

Velkou potřebu usmířit se s některými lidmi mělo 10,3% respondentů a vůbec žádnou nemělo 72,4%. Velkou potřebu vyjádřit lásku svým bližním mělo 28,2% a vůbec ji nemělo 57,7%. Mezi věřícími a nevěřícími respondenty a mezi respondenty z jednotlivých oddělení nebyly výraznější rozdíly.

Dále z výsledků práce vyplývá, že 42,9% respondentů považuje za užitečné, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, který by pečoval o duchovní potřeby pacientů, proti tomu je 22,4% a 34,6% respondentů neví. Pro je 47,9% věřících a 33,3% nevěřících, kteří si uvědomují, že je v nemocnicích hodně starších lidí, kteří jsou více věřící než běžná populace. Zajímavé je, že ačkoliv mají větší zájem o uspokojování svých duchovních potřeb respondenti z oddělení následné péče, považují zaměstnávat nemocničního kaplana za užitečné více pacienti z akutních oddělení – 26,7% oproti 49,5%.

Zde se podle mého názoru objevuje terminologický problém, protože slovo kaplan je samo o sobě označení kněze a téměř všichni respondenti ho také chápou v tomto slova smyslu. Mylně se tedy domnívají, že by nemocniční kaplan uspokojoval pouze náboženské potřeby věřících. Proto by bylo lepší vymyslet nějaký jiný méně zavádějící termín. Veřejnost by také měla být lépe seznámena s posláním nemocničního kaplana, aby věděla, čím se vlastně zabývá, protože to bohužel neví ani vedení nemocnic.

Podle 36,5% respondentů by měl funkci nemocničního kaplana vykonávat duchovní a 16,7% by stačil vyškolený laik. Z věřících odpovědělo 44,8%, že by to měl být duchovní, oproti 22,9% nevěřících. Že by stačil vyškolený laik odpovědělo 17,7% věřících a 14,6% nevěřících, nevím odpovědělo 21,9% věřících a 33,3% nevěřících a je to jedno 15,6% věřících a 29,2% nevěřících. Odpovědi respondentů z oddělení následné péče a akutních oddělení se výrazněji nelišily.

Podle 23,1% by měl funkci nemocničního kaplana vykonávat výhradně muž, 1,3% odpovědělo, že by tuto funkci měla vykonávat výhradně žena a pro 75,6% je to

jedno. Pro nevěřící respondenty není určující pohlaví nemocničního kaplana, neboť 95,8% odpovědělo, že je to jedno, oproti 63,5% věřících. Výhradně muž by to měl být podle 34,4% věřících respondentů. Respondenti z oddělení následné péče odpověděli, že by to měl být výhradně muž ve 31,1% případů oproti 19,8% respondentů z akutních oddělení a je to jedno pro 66,7% respondentů z oddělení následné péče a 79,3% z akutních oddělení.

Z výsledků práce dále vyplývá, že 36,5% respondentů se domnívá, že stačí občasné návštěvy kněze v nemocnici a pouze 15,4% považuje za lepší, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, zbytek neví nebo je mu to jedno. Odpovědi respondentů z oddělení následné péče a akutních oddělení se neliší. Nevěřící respondenti si v 45,8% myslí, že by stačily občasné návštěvy kněze, oproti 32,3% věřících. Aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, považuje za lepší pouze 6,3% nevěřících a 21,9% věřících.

Hypotéza č. 2: „*Pacienti, kteří se považují za věřící, by dali přednost tomu, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, před občasnými návštěvami nějakého externího kněze.*“ se nepotvrdila, neboť trvalé zaměstnání nemocničního kaplana považuje za lepší pouze 21,9% věřících respondentů a občasné návštěvy kněze 32,3%.

Asi nejlépe je na tom, co se týká duchovní péče o pacienty nemocnice v Táboře, protože jsou zde nejen bohoslužby Římskokatolické církve, ale dochází tam i duchovní Českobratrské církve evangelické a Československé církve husitské. Bohoslužby jsou dále ještě v nemocnici v Českých Budějovicích a v Prachaticích. Ve strakonické nemocnici jsou alespoň modlení, která vedou farníci.

Asi nejlepší systém je v nemocnici v Dačicích, kam 2x týdně dochází kněz, který přímo obchází pacienty, kteří o to mají zájem. Myslím si, že je to dobré, protože pacienti vědí o této možnosti a nebojí se, že budou kněze obtěžovat, protože vidí, že sám přišel. Z výsledků této práce totiž vyplývá, že 29,0% pacientů uvedlo jako důvod, proč je nenavštívil duchovní, že nevěděli o této možnosti, protože jim nikdo nic neřekl. Na bohoslužbu se také moc lidí nevypraví, protože jim to nedovoluje jejich zdravotní stav. Druhá věc je, že blízko Dačic v Kostelním Vydří je klášter karmelitánů, takže je

tam dostatek kněží a dačická nemocnice není velká, takže jiné nemocnice nemají takovéto možnosti.

Ve všech nemocnicích je možnost zavolat kněze, což sestry zařídí na požádání. Vedení všech nemocnic také pokládá za důležité uspokojovat spirituální potřeby pacientů. Ani jedna nemocnice neuvažuje o zaměstnání nemocničního kaplana, protože by zde nenašel dostatečné uplatnění, nebyl by o něj zájem a také by na to nemocnice neměla finance.

Výsledky této práce ukazují, že nemocniční kaplani by v jihočeských nemocnicích skutečně nenašli příliš uplatnění, protože zájem pacientů o uspokojování svých spirituálních potřeb je nízký i mezi věřícími pacienty – pouze mezi 10,4% až 27,1% podle druhu služby. Podobný názor má i Freitag, který tvrdí, že v našem religiózně poměrně vlažném prostředí by postačoval jen dosti nízký úvazek pro nemocničního kaplana. **(15)**

Po posouzení výsledků práce bych navrhovala, aby nemocnice lépe informovala své pacienty o poskytovaných duchovních službách, například formou letáčku na odděleních a dále, aby kněží spontánně navštěvovali nemocnice, a zvláště oddělení následné péče, alespoň každých 14 dní a věnovali se případným zájemcům, které by jim nahlásila sestra nebo by se pacientů sami zeptali, jestli mají zájem.

Prvním problémem při psaní práce byl nedostatek výzkumných prací v této oblasti, se kterými bych mohla porovnat výsledky své práce. Dalším problémem, který se vyskytl, byl sběr dat. Jelikož valná většina respondentů nemohla kvůli svému zdravotnímu stavu vyplnit dotazník samostatně, musela jsem s každým respondentem vést řízený rozhovor, což bylo velmi časově náročné. Téměř polovina pacientů také nebyla schopna nebo odmítla účastnit se výzkumu. Pacienti většinou odmítli odpovědět na otázky, protože byli předem zaujati proti předmětu výzkumu a nechtěli mít s duchovními věcmi nic společného.

Dalším problémem byla neinformovanost respondentů v oblasti duchovní péče. Respondenti neznali pojem nemocniční kaplan, který je podle mého názoru nešťastně zvolený, neboť lidé si pod ním představí kněze a myslí si, že se bude zabývat pouze náboženskými otázkami. Rovněž vedení nemocnic se domnívá, že nemocniční kaplan je

pouze pro věřící pacienty k uspokojování jejich náboženských potřeb a nechápou, že obecné spirituální potřeby mají i lidé nevěřící.

6. Závěr

Cílem práce bylo zmapovat nabídku a poskytování spirituální péče v jednotlivých nemocnicích v Jihočeském kraji, zjistit, zda nabídka spirituální péče v nemocnicích v Jihočeském kraji odpovídá potřebě a zájmu pacientů a ověřit potřebu zaměstnávat v nemocnicích v Jihočeském kraji nemocniční kaplany. Všechny tři cíle byly naplněny. Hypotéza č. 1: „Zájem pacientů o uspokojování svých spirituálních potřeb je vyšší než možnosti jejich uspokojování nabízené nemocnicí.“ byla potvrzena. Hypotéza č. 2: „Pacienti, kteří se považují za věřící, by dali přednost tomu, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, před občasnými návštěvami nějakého externího kněze.“ potvrzena nebyla. Hypotéza č. 3: „Pacienti na odděleních následné péče mají větší zájem o uspokojování spirituálních potřeb než pacienti na akutních odděleních.“ byla potvrzena.

Vedení všech nemocnic v Jihočeském kraji považuje uspokojování spirituálních potřeb svých pacientů za důležité. Spirituální potřeby jsou však často redukovány pouze na náboženské potřeby věřících a zapomíná se na spirituální potřeby obecně lidské, které má každý. Tomuto nedorozumění napomáhá i označení osoby, která by měla pečovat o saturování těchto potřeb, jako nemocničního kaplana, neboť je to zavádějící.

Bylo však zjištěno, že i mezi pacienty samými není velký zájem o spirituální potřeby, pouze mezi 17,9% a 6,4% v závislosti na druhu. U věřících respondentů je zájem samozřejmě větší, ale pořád je nízký, mezi 27,1% a 10,4%. Je to dáno nejspíše tím, že žijeme v poměrně sekularizované společnosti, ve které není velký zájem o duchovní věci. Pacienti také berou svůj pobyt v nemocnici jako přechodný a jsou zaměřeni pouze na svou nemoc a co možná nejrychlejší uzdravení a nic jiného je příliš nezajímá. Poněkud jiná je situace na oddělení následné péče, kde jsou pacienti delší dobu a často se jejich zdravotní stav již nemůže zlepšit a musí se s tím smířit, proto také mají větší zájem o uspokojování svých spirituálních potřeb než pacienti na akutních odděleních.

Z důvodů nízkého zájmu pacientů své o spirituální potřeby by se nemocnicím nevyplatilo zaměstnávat nemocničního kaplana a nebo pouze na nízký úvazek. Bylo by

ale bezesporu užitečné, aby do nemocnice docházel kněz. V některých nemocnicích jsou slouženy bohoslužby, ale problém je, že většina pacientů, se na ně nedostane z důvodů svého zdravotního stavu, myslím si tedy, že by bylo mnohem účelnější, aby duchovní obcházel jednotlivá oddělení, a hlavně oddělení následné péče, a navštívil pacienty, kteří o to mají zájem. Pacienti by měli být o této možnosti vhodně informováni například z letáčků na odděleních nebo od personálu. Podle mého názoru totiž jen málo pacientů přímo požádá kněze o návštěvu, ale když kněz sám přijde, jsou rádi a může je to velmi duchovně posilnit.

Tato práce zvýší informovanost ve zdravotně sociální oblasti ohledně spirituálních potřeb pacientů a možnostech jejich uspokojování v jednotlivých nemocnicích Jihočeského kraje. Vedení nemocnic se z ní může dozvědět, jak velký zájem mají pacienti o jednotlivé duchovní služby, a domluvit se na jejich uspokojování s místním duchovním. Tato práce může posloužit také duchovním navštěvujícím nemocnice, neboť se z ní dozvědí, jaké potřeby mají pacienti. Práce může být také použita ve výuce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

7. Seznam použité literatury

1. AMBROS, P. Duchovní – neduchovní. In: AMBROS, P. DOŠKOVÁ, L. et al. *Studijní texty z pastorální teologie III. – Služba nemocným*. 1. vyd. Velehrad: Refugium Velehrad – Roma, 2002. s. 6 – 15. ISBN: 80-86045-93-5.
2. ČERNÝ, P. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice*. [online]. 20. 11. 2006. [2. 7. 2008]. Dostupné z: <http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1164034509>.
3. *Obyvatelstvo hlásící se k jednotlivým církvím a náboženským společnostem*. [online]. [7. 7. 2008]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4110-03>.
4. DOSKOČIL, O. UXOVÁ, M. Spirituální potřeby a jak jim rozumět. In: TÓTHOVÁ, V. *Nové trendy v ošetrovatelství V. České Budějovice : Jihočeská univerzita (České Budějovice)*, 2006. s. 79 – 88. ISSN: 80-7040-884-7.
5. DOŠKOVÁ, L. Duchovní složka člověka a jeho začlenění do ošetrovatelského procesu. . In: AMBROS, P. DOŠKOVÁ, L. et al. *Studijní texty z pastorální teologie III. – Služba nemocným*. 1. vyd. Velehrad: Refugium Velehrad – Roma, 2002. s. 16 – 20. ISBN: 80-86045-93-5.
6. EKUMENICKÉ KOMISE PRO STARÝ A NOVÝ ZÁKON. *Bible*. 9. vyd. Praha: Česká biblická společnost: 2002. 1290 s. ISBN: 80-85810-30-1.
7. ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny, 1999. 128 s. Psychoterapie P. Sv. 11. Přel. z: *The Life Cycle Completed*. ISBN: 80-7106-291-X.
8. FILEC, V. *Současné podmínky pro poskytování spirituální péče ve zdravotnických zařízeních v České republice*. [online]. [28. 6. 2008]. Dostupné z: www.hospice.cz/hospice1/data/spiritual.rtf.
9. FLEISCHMANNOVÁ, P. Církev chce upravit duchovní službu vzájemnou dohodou. *Zdravotnické noviny ČR*. 2002, roč. 51, č. 34, s. 17. ISSN: 0044-1996.

10. FLEISCHMANNOVÁ, P. Duchovní služby si buduje společenský kredit. *zdravotnické noviny ČR*. 2002, roč. 51, č. 34, s. 18. ISSN: 0044-1996.
11. FLEISCHMANNOVÁ, P. Při duchovní službě ve zdravotnictví nejde jen o upokožování náboženských potřeb věřících. *Zdravotnické noviny ČR*. 2002, roč. 51, č. 34, s. 14 – 16. ISSN: 0044-1996.
12. FLEISCHMANNOVÁ, P. Psychologové versus duchovní versus lékaři. *Zdravotnické noviny ČR*. 2002, roč. 51, č. 34, s. 19. ISSN: 0044-1996.
13. FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl – Úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoterapeutické nakladatelství, 1994. 86 s. Psychoterapie. Sv. 5. Přel. z: Man's Search Meaning, Introduction to Logotherapy. ISBN: 80-901601-4-X.
14. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši – Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996. 234 s. Přel. z: Ärztliche Seelsorge Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. ISBN: 80-85319-50-0.
15. FREITAG, P. Lékaři by měli pečovat o pacientovu „duši“, někdy jim ale chybí erudice a čas. *Zdravotnické noviny ČR*. 2002, roč. 51, č. 34, s. 19. ISSN: 0044-1996.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN: 978-80-7262-471-3.
17. HUDSON, R. RUMBOLD, B. Duchovní péče. In: O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. Sestra. Přel. z: Palliative care nursing – a guide to practice. S. 65 – 77. ISBN: 80-247-1295-4.
18. HŮLE, D. *Víra deklarovaná x realizovaná*. [online]. [6. 7. 2008]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=161&PHPSESSID=ccb9f08e8cd6c53567572514dcb43d1.
19. IMRIŠ, F. Spiritualita a zdraví (2). *Regenerace*. 2002, roč. 10, č. 9, s. 5. ISSN: 1210-6631.
20. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN: 80-7254-329-6.

21. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice – Komentovaný oficiální překlad*. Z angl. orig.: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Přeložil: Marx, D. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 288 s. ISBN: 80-247-0629-6.
22. KALVÍNSKÁ, E. Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích? *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 111 - 112. ISSN: 1801-1349.
23. KOCÁBOVÁ, D. Nemoc duše o duchovní život. *Esprit*. 2003, roč. 7, č. 5, s. 6 – 7. ISSN: 1214-2123.
24. KOLÁČEK, J. *Katechismus katolické církve*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1995. ISBN: 80-7113-132-6.
25. KRČKOVÁ, V. „...kdyby člověk nevěřil, tak proč by žil...“ *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 1126. ISSN: 1801-1349.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 123 s. ISBN: neuvedeno.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pastorální péče*. 1. vyd. Praha: Oliva, 2000. 177 s. ISBN: 80-85942-42-9.
28. KŘIVOHLAVÝ, J. Porozumět duchovní stránce pacienta. *Ošetrovatelství*. 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 84 – 85. ISSN: 1212-723X.
29. KŘIVOHLAVÝ, J. Spiritualita a religióznost pacienta. *Ošetrovatelství*. 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 78 – 79. ISSN: 1212-723X.
30. MAMULA, J. *Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě*. [online]. [1. 8. 2008]. Dostupné z: <http://sos.diakonieecce.cz>.
31. MARTELLIOVÁ, L. Pastorační péče v nemoci a umírání. *Getsemany*. 2007, č. 4, s. 77 – 83. ISSN: Neuvedeno.
32. MATULOVÁ, E. *Teze Ekumenické rady církví pro duchovní službu ve zdravotnických zařízeních v ČR*. [online]. [4. 7. 2008]. Dostupné z: www.fnb.cz/main_normal.php?pg=aktualita&cil=aktualita&ida=19.

33. MAŠÁT, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 103 - 104. ISSN: 1801-1349.
34. MELLANOVÁ, A. Spirituální potřeby jako terminologický a ošetrovatelský problém. *Ošetrovatelství*. 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 76 – 77. ISSN: 1212-723X.
35. MUNZAROVÁ, M. Celostní pojetí člověka – základní princip lékařské etiky. . In: AMBROS, P. DOŠKOVÁ, L. et al. *Studijní texty z pastorální teologie III. – Služba nemocným*. 1. vyd. Velehrad: Refugium Velehrad – Roma, 2002. s. 21 – 26. ISBN: 80-86045-93-5.
36. OPATRŇÁ, M. Proč spirituální péče v Českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 105 - 108. ISSN: 1801-1349.
37. OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. [online]. [7. 7. 2008]. Dostupné z: www.knihovna.net/KNIHA/0051_t.htm.
38. OPATRŇÝ, A. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta*. [online]. [30. 6. 2008]. Dostupné z: www.pastorace.cz/index.php?typ=clanky&sel_id=359.
39. OPATRŇÝ, A. Vliv spirituálních hodnot na kvalitu života těžce nemocného člověka. *Onkologická péče*. 2002, roč. 6, č. 4, s. 4 – 6. ISSN: 1214-5602.
40. PROKOP, J. M. KABELKA, L. Duchovní služba u nevléčitelně nemocných. In: SLÁMA, O. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN: 978-80-7262-505-5.
41. PROKOP, J. M. *Spiritualita v nemocničním prostředí*. [online]. [3. 7. 2008]. Dostupné z: www.paliativnimedicina.cz/prilohy/152.pdf.
42. PŘÍKASKÝ, P. *Byl jsem nemocen a navštívili jste mě*. [online]. [7. 7. 2008]. Dostupné z: <http://krystal.op.cz/amen/2000/Amen2-00.htm#0>.
43. ROZSYPALOVÁ, M. ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN: 80-86073-96-3.
44. RUSKOVSKÁ, I. *Nemocniční kaplan – informace o projektu*. [online]. [4. 7. 2008]. Dostupné z: <http://web.etf.cuni.cz/ETF-133.html>.
45. SIMAJCHL, L. CIKRLE, K. *Kancionál*. 30. vyd. Praha: Katolický týdeník, 2004. ISBN: 80-86615-03-0.

46. SLABÝ, A. Duchovní aspekty paliativní medicíny. In: VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada, 2004. s. 449 – 455. ISBN 80-247-0279-7.
47. SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1991. ISBN: 80-7066-411-8.
48. SMĚKAL, V. Role spirituality ve vnitřním obraze nemoci. In: AMBROS, P. DOŠKOVÁ, L. et al. *Studijní texty z pastorální teologie III. – Služba nemocným*. 1. vyd. Velehrad: Refugium Velehrad – Roma, 2002. s. 27 – 36. ISBN: 80-86045-93-5.
49. SVATOŠOVÁ, *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN: 80-902049-4-5.
50. ŠIMEK, J. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 102. ISSN: 1801-1349.
51. ŠKRLOVÁ, M. Role sestry v duchovní dimenzi pacienta. In: AMBROS, P. DOŠKOVÁ, L. et al. *Studijní texty z pastorální teologie III. – Služba nemocným*. 1. vyd. Velehrad: Refugium Velehrad – Roma, 2002. s. 37 – 45. ISBN: 80-86045-93-5.
52. ŠKRLOVÁ, M. Role sestry v uspokojování duchovních potřeb pacienta. *Onkologická péče*. 2002, roč. 6, č. 4, s. 6 - 8. ISSN: 1214-5602.
53. ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE. *V ÚVN proběhl kurz na téma duchovní péče o nemocné a hospitalizované pacienty*. [online]. 7. 11. 2007. [4. 7. 2008]. Dostupné z: www.uvn.cz/CS/content/view/662/2/lang.cz.
54. VANÍČKOVÁ, K. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR*. [online]. [26. 6. 2008]. Dostupné z: www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm.
55. VORLÍČEK, J. Úvod do problematiky paliativní medicíny. In: *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada, 2004. s. 6 – 30. ISBN 80-247-0279-7.
56. ZACHOVAL, J. K obsahu pojmu „duchovní služba“. In: AMBROS, P. DOŠKOVÁ, L. et al. *Studijní texty z pastorální teologie III. – Služba nemocným*. 1. vyd. Velehrad: Refugium Velehrad – Roma, 2002. s. 46 - 51 ISBN: 80-86045-93-5.

57. ZACHOVAL, J. *Pracovní definice pojmu „duchovní služba“*. [on line]. [28. 6. 2008]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/prilohy/194.pdf>.
58. ZELENÍKOVÁ, R. Úloha sestry v saturácii spirituálních potřeb u chorých. *Ošetrovatelství*. 2003, roč. 5, č. 1/2, s. 3 – 7. ISSN: 1212-723X.
59. ZVONÍČKOVÁ, M. Pomoc nemocnému při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersové. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 133. ISSN: 1801-1349.

8. Klíčová slova

Spirituální péče

Nemocnice

Spirituální potřeby

Nemocniční kaplan

Pastorační péče

9. Přílohy

Příloha č. 1: Vzor dotazníku

Příloha 1

Dobrý den,

Jmenuji se Jitka Hrubá a studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity. Tyto dotazníky budou využity ke zpracování mé diplomové práce na téma Spirituální péče v nemocnicích v Jihočeském kraji. Dotazníky jsou anonymní (ve znění zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů). Prosím, pečlivě si přečtete otázku a zaškrtněte křížkem Vaši odpověď, případně ji vyplňte na místa označená tečkami. Za pečlivé vyplnění všech otázek předem mnohokrát děkuji.

1. **Oddělení:**.....

2. **Pohlaví:** ☐ muž ☐ žena

3. **Věk:**

4. **Cítím se jako:** ☐ věřící, církev: ☐ římskokatolická

☐ Českobratrská evangelická

☐ Československá husitská

☐ jiná, *doplňte*.....

☐ žádná

☐ nevěřící, *prosím přejděte na otázku 8.*

☐ nevím

5. **Když Vám to zdravotní stav dovoľoval, navštěvoval jste bohoslužby:**

☐ každou neděli ☐ nepravidelně několikrát do roka

☐ pouze o Vánocích, Velikonocích ☐ vůbec

6. **Navštívil jste bohoslužbu v nemocnici?**

☐ ne, proč? ☐ nemám zájem

☐ nevěděl jsem o této možnosti

☐ můj zdravotní stav mi to nedovoluje

☐ ano, Jak jste se o ní dozvěděl? ☐ od sestry

☐ z letáčku na oddělení

☐ jinak, *napište prosím jak:*.....

7. Navštívil Vás v nemocnici duchovní:

- ☐ ne, proč? ☐ neměl jsem zájem
- ☐ nechtěl jsem obtěžovat
- ☐ nemám na něj kontakt
- ☐ jiný důvod, *napište prosím jaký:*.....
-
- ☐ ano, ☐ na vaši výslovnou žádost
- ☐ navštívil mě spontánně
- ☐ jiná možnost, *napište jaká:*.....

8. Máte zájem o:

	ano velký	spíše ano	nevím	spíše ne	vůbec
návštěvu duchovního					
účast na bohoslužbě					
společnou modlitbu					
donesení svatého přijímání					
svátost nemocných					
svátost smíření (zpověď)					
rozhovor o duchovních věcech					
čtení z Bible					
čtení či zapůjčení duchovní literatury					
rozhovor o svém životě					
rozhovor o své budoucnosti					
rozhovor o smrti a umírání					
rozhovor o smyslu utrpení					
rozhovor o smyslu života					

9. Během Vašeho pobytu v nemocnici Vám byly nabídnuty nebo poskytnuty tyto duchovní služby: *prosím zaškrtněte v příslušném sloupci*

	nabídnuté služby	poskytnuté služby
návštěva duchovního		
účast na bohoslužbě		
společnou modlitbu		
donesení svatého přijímání		
svátost nemocných		
svátost smíření (zpověď)		
rozhovor o duchovních věcech		
čtení z Bible		
čtení či zapůjčení duchovní literatury		
rozhovor o svém minulém životě		
rozhovor o své budoucnosti		
rozhovor o smrti a umírání		
rozhovor o smyslu utrpení		
rozhovor o smyslu života		

10. Jak často přemýšlíte o:

	často	někdy	vůbec
smyslu svého života			
smyslu utrpení			
smrti a umírání			
smyslu lidské existence			
své minulosti			
existenci Boha			

Příloha 1

11. Máte obavy:

	ano velký	spíše ano	nevím	spíše ne	vůbec
ze své budoucnosti					
ze smrti a umírání					
o své blízké					

12. Cítíte potřebu:

	ano velkou	spíše ano	nevím	spíše ne	vůbec
usmířit se s některými lidmi					
vyjádřit lásku svým bližním					

13. Je podle Vašeho názoru užitečné, aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana, který by pečoval o výše uvedené duchovní potřeby pacientů?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

14. Funkci nemocničního kaplana by podle Vašeho názoru měl vykonávat:

☐ duchovní ☐ vyškolený laik ☐ nevím ☐ je to jedno

15. Nemocničního kaplana by podle vašeho názoru měl/a vykonávat výhradně:

☐ muž ☐ žena ☐ je to jedno

16. Co je podle Vašeho názoru lepší:

☐ občasné návštěvy kněze v nemocnici
☐ aby nemocnice trvale zaměstnávala nemocničního kaplana
☐ nevím ☐ je to jedno

Sem můžete nepsat cokoli co vás v průběhu vyplňování tohoto dotazníku napadlo a nebyl pro to výše prostor:

.....
.....