



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Pohled na zdraví a nemoc ve vybraných církvích v ČR

Vypracoval: Bc. Lucie Smržová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Cílem diplomové práce je zjistit, jaký je pohled zástupců vybraných církví v ČR na zdraví a nemoc.

Zdraví a nemoc provází lidstvo od nepaměti, stejně tak jako rozdílné názory odborné i laické veřejnosti na tuto problematiku. Lidé jsou ovlivněni způsobem života, životními názory, postoji i hodnotami. Významnou roli v pohledu na zdraví a nemoc sehrává náboženství a víra.

Ačkoliv je Česká republika nejvíce sekularizovanou společností ve světě, křesťanství je zde zastoupeno nejvíce. Pro diplomovou práci proto byly zcela záměrně vybrány tři křesťanské církve, aby bylo možné zmapovat jejich případné názorové rozdíly na zdraví a nemoc. Respondenty tvořilo vždy pět zástupců církve římskokatolické, Českobratrské evangelické a Československé husitské. Pro kvalitativní výzkumné šetření formou polo-standardizovaného rozhovoru byli vybráni respondenti z řad duchovních představitelů jednotlivých církví metodou sněhové koule. Duchovní jednotlivých církví mohli vyjádřit vlastní i církevní pohled na zdraví a nemoc. Pomohli tak najít odpovědi na sedm předem stanovených výzkumných otázek. Z výzkumného šetření můžeme vyvodit několik závěrů.

Všichni zástupci vybraných církví pečují o své zdraví snahou o dodržování zdravého životního stylu, včetně stravování. Rozdíly mezi jednotlivými církvemi lze spatřit u zákroků, které by rozhodně z důvodu své víry nepodstoupily. Respondenti římskokatolické církve striktně odmítají zákroky týkající se interrupce, asistované reprodukce a v neposlední řadě eutanázií. Naopak respondenti církve Českobratrské evangelické a Československé husitské zastávají názor, že asistovaná reprodukce je velkým vědeckým pokrokem a pomocí bezdětným manželským párům. S přerušením těhotenství souhlasí v případě ohrožení matky nebo plodu. Eutanázií odmítá většina dotazovaných. Objevily se však názory jednoho respondenta z církve Českobratrské evangelické a jednoho z církve Československé husitské, že lze pochopit postoj těžce nemocného člověka, který žádá ukončit život. Jako duchovní však musí člověka povzbudit v těžké životní situaci a vyjádřit pochopení. Respondenti se vyjádřili k otázce ošetrovatelských či lékařských zákroků,

keré by byli ochotni podstoupit. Jedná se o všechny zákroky vedoucí k záchraně života včetně transplantace i dárcovství orgánů.

Jak vnímají zástupci vybraných církví nemoc? Opět se názory rozchází. Římskokatolická církev, která vnímá nemoc jako Boží trest, jako zásah Boha, který má člověka zpomalit a dovést ho k péči o duši. Zástupci církví Českobratrské evangelické a Československé husitské jsou v pohledu na nemoc benevolentnější. Vnímají nemoc jako následek nezodpovědného chování ke svému zdraví a životnímu prostředí. Všichni respondenti v době nemoci nejprve využívají alternativní medicínu v podobě bylin a masť a následně ji kombinují s medicínou klasickou. Všichni zástupci jednotlivých církví vnímají umírání a smrt jako součást života, které se nikdo nevyhne. Řeholní sestry zmínily, že celý život směřují k jedinému cíli - navrátit se zpět k Bohu, a to se stává ve chvíli smrti.

Co je nejdůležitější pro zástupce jednotlivých církví při poskytování péče nemocným se dozvídáme v závěru práce. Hlavním a nepostradatelným krokem v péči o nemocné je umění komunikace a naslouchání. Následuje empatický přístup, sdílení, zachování intimity a ochota pomoci. Zajímavým poznatkem je i názor, že náboženství by se mělo vrátit do výuky pomáhajících profesí. Všeobecné sestry by měly mít dle respondentů alespoň základní znalosti týkající se různých specifik v náboženství.

Výsledky diplomové práce mohou posloužit ke zkvalitnění ošetrovatelské péče nejen u nemocných věřících, ale i nemocných bez náboženského vyznání. Dále byla vytvořena mapa holistické péče pro rychlé zorientování sester v potřebách nemocných. Po dohodě s managementem zdravotnických zařízení lze uskutečnit komunikační seminář se zaměřením na spirituální péči.

Klíčová slova: Římskokatolická církev, Českobratrská církev evangelická, Československá církev husitská, holismus, náboženství, spirituální péče, Křesťanství

Abstract

The aim of the thesis is to find out the view of the spiritual leaders of the chosen Churches in the Czech Republic about the health and illness.

People deal with the state of health and illness since ever, as well as with the different attitudes of the professional and general public to this issue. People are influenced by their life styles, life views, life opinions, attitudes, and values. The religion and belief of people play important roles in the attitude of people towards health and illness as well.

Even though the Czech Republic is one of the most secularised countries in the world, Christianity is the mostly represented religion in here. Therefore, intentionally there were chosen three Christian Churches for the thesis, to discuss their attitudes towards the health and illness and compare their eventual differences. The respondents were five representatives from each of the following Churches – Roman Catholic Church, Evangelical Church of Czech Brethren, and Czechoslovak Hussite Church. The study is based on qualitative interviews and respondents were chosen from the spiritual leaders of each Church by the method of snowball sampling. The spiritual leaders of the Churches could express their own opinion about the health and illness as well as the attitude of the Church they represent. In that way they helped to find the answers to seven pre-designed study questions. The study brings few conclusions.

All representatives from all chosen Churches take care for their health by trying to keep the healthy life style including the healthy alimentation. The differences among the individual Churches are mainly apparent in the range of the interventions which each of them would not undergo due to their religious beliefs. The respondents from the Roman Catholic Church strictly refuse interventions such as interruption, assisted reproduction and the last but not least, euthanasia. In contrary, the respondents from Evangelical Church of Czech Brethren and Czechoslovak Hussite Church take the view that assisted reproduction is great scientific progress and help for childless married couples. They agree with interruption in a case when the mother or the foetus is endangered. Most of the respondents refuse euthanasia. Nevertheless, one representative from Evangelical Church of Czech Brethren, and one from Czechoslovak Hussite Church present their

opinion that the desire of seriously ill people for termination of their lives is understandable. In the role of the spiritual leaders, however, they have to support people in the difficult situations and express their understanding. The respondents expressed their opinions about nursing and medical interventions they themselves would be ready to undergo, that is all interventions leading to the life rescue, including organ transplantation and organ donation.

How the respondents of the chosen Churches perceive illness? Again, the attitudes are different based on the different beliefs. The Roman Catholic Church perceives the illness as the God's punishment, as the intervention of God, that is supposed to slow down the person and bring him/her to care for his/her soul. Representatives of Evangelical Church of Czech Brethren and Czechoslovak Hussite Church see the illness in a bit more benevolent way. They understand the illness as the consequence of the irresponsible behaviour towards own health and life environment. All of the respondents while being ill firstly use the methods of the alternative medicine in the means of herbs and ointments, and only afterwards combine it with the evidence based medicine. All of the representatives perceive dying and the death as a part of life which is inevitable. Nuns mentioned that the whole life is aimed for only one goal – to return to God and that happens in the moment of the death.

At the end of the thesis it is discussed what the most important part of the health care providing for ill people is from the point of view the representatives of the chosen Churches. The main and indispensable foundation in the health care providing for ill people is the skill of communication and ability to listen, followed by empathic approach, sharing, preserving intimacy, and willing to help. Interesting is the opinion that religion should return to the scholastic curriculum of the studies of helping professions. The general nurses – according to the respondents – should have at least basic knowledge concerning different specifics in the different religions.

The results of the thesis could help in the improvement of the nursing care not only for ill people believers but also for ill people without religious belief. It was also created a map of holistic care for faster orientation of nurses in the needs of ill people. After the

agreement with management of the health care providing institutions it is possible to organise a communication seminar focused on the spiritual care.

Key words: Roman Catholic Church, Evangelical Church of Czech Brethren, Czechoslovak Hussite Church, holism, religion, spiritual care, Christianity

Prohlášení

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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiatů.

V Českých Budějovicích dne 30.4.2015

Bc. Lucie Smržová

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Poděkování patří také všem respondentům a respondentkám, neboť díky nim vznikla výzkumná část práce

OBSAH

Úvod	11
------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 Současný stav	12
1.1 Člověk jako osoba a bytost.....	12
1.2 Holismus.....	13
1.2.1 Význam holistické teorie v moderním ošetrovatelství.....	14
1.2.2 Holistický model zdraví	15
1.3 Transkulturní a multikulturní ošetrovatelství	16
1.4 Náboženství a spiritualita	18
1.4.1 Spiritualita a religiozita v ošetrovatelství.....	19
1.4.2 Vliv náboženství na ošetrovatelství.....	20
1.5 Křesťanství.....	22
1.5.1 Křesťanská morálka a etika.....	24
1.5.2 Pojem zdraví a nemoc v křesťanství.....	25
1.5.3 Pojem umírání a smrt v křesťanství.....	27
1.6 Vybrané církve v České republice	29
1.6.1 Českobratrská církev evangelická.....	30
1.6.2 Římskokatolická církev	32
1.6.3 Církev československá husitská.....	33

VÝZKUMNÁ ČÁST

2 Cíl práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíl práce	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
3 Metodika	36
3.1 Metodika práce.....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru (A, B, C).....	37
4 Výsledky práce	38
4.1 Výsledky polostandardizovaného rozhovoru souboru A	39

4.2	<i>Výsledky polostandardizovaného rozhovoru souboru B</i>	48
4.3	<i>Výsledky polostandardizovaného rozhovoru souboru C</i>	57
5	Diskuze	69
6	Závěr	78
7	Seznam použitých zdrojů	80
8	Přílohy	86

Úvod

Zdraví a nemoc jsou staré jako lidstvo samo a provázejí člověka po celá staletí. Tématem zdraví a nemoci se zabývají odborníci všech odvětví, a proto je můžeme chápat v různých souvislostech. Moderní filozofie ošetrovatelství využívá holistického přístupu k člověku, který klade důraz nejen na stránku biologickou, ale i psychickou, sociální a spirituální. Ačkoliv se v holistické péči přihlíží ke spirituálním potřebám, mnohdy jsou zdravotníky i samotnými pacienty nesprávně chápány. Víra a náboženství ovlivňují nejen způsob života, životní hodnoty a mezilidské vztahy, ale také zaujímají určitý postoj ke zdraví, nemoci, umírání a smrti. Duchovní přesvědčení a víra v době nemoci může nabýt většího významu a výrazně ovlivňovat nemocného a jeho blízké. Mnozí lidé jsou přesvědčeni, že duchovní péči dokáže zajistit nemocniční kaplan, farář či pastorační asistent. Vzhledem k tomu, že významnou roli v životě pacienta zaujímá sestra, může i ona být dobrým průvodcem při navrácení duchovního zdraví.

Ačkoliv jsem člověk bez náboženského vyznání, téma diplomové práce jsem si vybrala zcela záměrně. Zdraví a nemoc je základem ošetrovatelství a lze je uchopit mnoha způsoby. Řada odborníků se vyjadřuje k tomuto tématu, avšak mě zajímal pohled křesťanský. Cíleně byli vybráni respondenti z řad duchovních představitelů církví římskokatolické, Českobratrské evangelické a Československé husitské. Vybrané církve jsou věřícími v České republice zastoupeny nejvíce.

Jsem přesvědčena, že duchovní představitelé jsou nejvíce kompetentní k tomu, aby vyjádřili názor ke spirituálním potřebám člověka a duchovní péči, která je poskytována ve zdravotnických zařízeních. Názory zástupců vybraných církví mohou být přínosem pro zdravotnické pracovníky, kteří chtějí při poskytování ošetrovatelské péče lépe pochopit duchovní potřeby pacienta.

1 Současný stav

1.1 Člověk jako osoba a bytost

Člověka lze hodnotit z mnoha úhlů pohledu, ale nikdy nelze vytvořit definitivní a jednotný obraz. Důvodem je hlubší charakter pojmu člověk, který se mění v souvislosti s historickým vývojem dané kultury a filozofií. Do popředí se dostávají definice a názory psychologů, teologů a dalších odborníků, kteří pohlíží na člověka zcela rozdílně. Shodují se však na skutečnosti, že z hlediska antropologie je věda na počátku vědění a bádání (1).

Jedním z prvotních hodnocení osoby na nejnižší úrovni personálního bytí je tělesná konstituce, která je tvořena jednotlivými částmi. Části těla na sebe navazují a plnohodnotně plní danou funkci. Díky vztahům s ostatními lidmi nutno člověka vnímat také po stránce sociální, kdy se od vnějšího světa odlišuje svojí jedinečností. Individualitu získává životními zkušenostmi i uměním a vůlí překonávat vlastní hranice. Překonáváním hranic a zkušenostmi si následně uzpůsobuje vnější prostředí pro vlastní existenci (2). Pomáhající profese však nevidí člověka pouze z hlediska biologického a sociálního, ale přihlíží také ke stránce psychické i spirituální. Spirituální stránka, která se postupně dostává do popředí, v nemalé míře dotváří celostní pohled na člověka, avšak nezřídka je odsouvána do kategorie náboženství (3). Lidé v moderní společnosti pohlíží rozdílně na duši, spiritualitu, ducha i psyché (4). Biblické pojetí člověka přikládá tělu a jeho jednotlivým částem mnohem větší význam. Příkladem může být ruka, která není vnímána jako část těla, ale symbolizuje vstřícnost, pomoc, přátelství a blízkost druhého člověka (5). Biblické chápání člověka jako bytosti spočívá v jeho vztahu k Bohu jako partnerovi, kde duše zastává významnou roli. V Pavlových listech je možno objevit základní výrok o křesťanském pojetí osoby v několika různých obměnách. Například, že člověk je v Kristu a Kristus je v člověku. „*Kdo je v Kristu, je nové stvoření*“ (5, 4).

U zrodu idealistického či spirituálního směru stál Immanuel Kant, který tvrdil, že duše člověka je ideou. Tvrzení následně podpořil Kantův pokračovatel Hegel, který navázal a rozčlenil vývojový proces ducha. První stadium označil jako objektivního ducha, ve kterém člověk poznává sám sebe. Následuje stádium, kde duch vychází k druhým, a

v posledním třetím stádiu se člověk opět navrácí sám k sobě a je na cestě k absolutnímu Duchu (1).

1.2 Holismus

V ošetrovatelské praxi se často objevuje pojem holismus či holistická péče. Pro mnoho lidí je však tento pojem zcela neznámý. Důvody, vedoucí odbornou veřejnost lékařských i nelékařských pracovníků přikládat holistické péči o člověka takový význam, se lze dozvědět z odborné literatury.

Holismus vychází z řeckého původu slova holos a do podvědomí se dostal počátkem dvacátých let minulého století. Představuje filosofii celku, celistvosti. Holistická filozofie vyzdvihuje celostní pohled na člověka a zdůrazňuje propojenost jednotlivých částí. Vnímá člověka jako bio – psycho- sociální a spirituální bytost (6). Jednotlivé části utvářejí celek a následně nabývají vyšší dimenze zobrazující člověka. Principem holistické teorie je nadřazenost celku nad vlastnostmi jednotlivých částí. Nelze tedy samostatně vnímat pouze tělesnou stránku, ale i mysl a emoce, které přispívají k osobnímu růstu člověka (7).

Důraz na holistickou péči se klade především ve zdravotnictví, kdy je nutno zachovávat soulad mezi jednotlivými částmi celku formulující člověka. Jedině tímto přístupem lze uspokojit veškeré lidské potřeby a docílit uzdravení těla i duše.

Holismus a holistická péče je zmiňována i v dokumentu „*Zdraví pro všechny do roku 2000*“, který byl schválen Ottawskou chartou roku 1986. V dokumentu se mimo jiné uvádí: „*Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i o druhé, je podmíněno jednak možnostmi rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky, jednak ujištěním, že společnost, v níž žijeme, umožňuje všem občanům dosáhnout zdraví. Péče, smysl pro celek-holismus a ekologie, to jsou základní složky dalšího rozvoje strategie posilování zdraví*“ (8).

Holistickými teoriemi se zabývalo mnoho autorů. Za zakladatele se však považuje jihoafrický generál, filozof a politik Jan Christian Smuts, jenž byl současně jedním ze zakladatelů Společnosti národů i Organizace spojených národů. Smuts formuloval holismus z hlediska společenského, přírodovědeckého a filozofického ve svém díle „*Holism and Evolution*“ v roce 1926 (9). Smutsovy názory byly ovlivněny již Aristotelovou myš-

lenkou, která tvrdila, že celek je více, než pouhý souhrn částí. Tento celek lze tedy rozdělit, avšak v případě jeho rozdělení dochází k zániku celistvosti. Smuts kladl důraz na mysl jako takovou, protože pouze ta dokáže dotvářet osobnostní celistvost. Není tedy samostatným celkem, nýbrž její částí (8, 10).

Díky univerzálnosti holismu se teorie mohou aplikovat a uvést do praxe v mnoha oborech, kde se okamžitě ujímají a získávají na oblíbenosti. Holismus a holistická péče se však v největší míře uplatňují v ošetrovatelství. Pokud chceme pochopit holismus, musíme vnímat člověka jako osobnost, která je ve vzájemné interakci s jeho tělesnou, psychickou, duchovní i sociální stránkou.

1.2.1 Význam holistické teorie v moderním ošetrovatelství

Rozvoj medicíny u nás i ve světě způsobil, že práce sester a jejich pozornost bývá soustředěna na zvládání léčebných i diagnostických postupů. Náročná přístrojová technika vyžaduje určitou zručnost a teoretickou připravenost, avšak ošetrovatelská péče by měla pamatovat především na to, aby samotný člověk v množství tiskopisů a techniky nebyl opomíjen.

Ošetrovatelský proces, který sestry uplatňují v péči o pacienta, vychází z holistické filozofie. Holistický přístup vnímá pacienta jako celostní lidskou bytost a nezaměřuje se pouze na vlastní nemoc. Ošetrovatelský proces se k řešení problémů pacienta staví komplexně a systematicky. Pokud se sestra řídí holistickou filozofií, může svojí péčí uspokojit potřeby pacienta na všech úrovních. Sestra napomáhá udržet člověku zdraví, pomáhá předcházet nemocem a je důstojným průvodcem člověku při zotavování i umírání (11).

Sestra, jako obhájkyňe práv pacienta, by měla vnímat podstatu samotného člověka a jeho potřeby, které by měly být v rovnováze s moderní technikou a novými diagnostickými postupy. Jedině etickým a individuálním přístupem k pacientům docílí poskytovanou péčí spokojenosti pacienta i své. Etickým přístupem sestra zachovává pacientovu důstojnost a kvalitu jeho života. Holistickým přístupem pak zajišťuje péči v oblasti psychické, fyzické, sociální i spirituální.

Jak již bylo zmíněno, holistická péče je vnímána jako péče o člověka coby celistvou bytost. Nezaměřuje se tedy pouze na porušenou část nebo funkci těla. Sestra respektuje práva pacienta, jeho autonomii i sociální status (8). Ošetrovatelská péče v holistickém

pojetí také znamená zodpovědnost ke svému vlastnímu zdraví. Již profesor Pierre Roche de Coppens, jenž se podílel na rozvoji holistické medicíny, tvrdil, že nemoc je odrazem špatného životního stylu. Coppens vnímal nemoc jako důsledek poruchy v psychické a duchovní oblasti člověka. Somatická onemocnění bez zjevné příčiny vedou k přesvědčení, že bio-psycho-sociální a duchovní oblast je propojena a při narušení jedné z oblastí dochází k nerovnováze a špatnému komfortu v oblasti zdraví (10).

Pokud si každý člověk uvědomí, že jeho osobnost je ve vzájemné interakci s biologickou a psychickou stránkou vlastního těla, vnímá tak i ostatní. Jedině v případě znalosti sebe sama lze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči pacientům (8).

1.2.2 Holistický model zdraví

Pojem holistické zdraví vnímá člověka jako neoddělitelný celek. Zahrnuje nejen stránku životního stylu, ale i oblast tělesnou, emocionální a psychickou. Zvláště pak reaguje na prostředí, stresové události, primární prevenci a duchovno (12).

Holistická péče je zaměřena na člověka a pomáhá mu zodpovídat za své zdraví, zdravý životní styl a v případě uzdravení zapojit jeho vnitřní sílu v boji s možnou nemocí. Pokud se na člověka pohlíží holisticky, je nutné se oprostit od zastaralého myšlení. V původním myšlení se sesterská péče zaměřovala pouze na postiženou část nebo funkci těla a pouhé plnění lékařských ordinací. Tím, že sestry změnily své myšlení vůči pacientům a pochopily holistickou filozofii, dosáhly vytčeného cíle v podobě poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Holistickým léčením lze pacienta dovést k pochopení původu nemoci a naučit ho, jak čelit stresovým faktorům, které na něho působí. Přístupuje-li jedna osoba k druhé holisticky, chápe člověka z mnoha úhlů pohledu jako celostní bytost ve všech dimenzích. Člověk a jeho osobnost je jedinečným živým organismem. Jedinečnost je patrna v mysli, životním stylu, prostředí, vztahu k ostatním lidem i k sobě samému (8).

Zdraví člověka je bio - psycho - sociální a spirituální rovnováhou. Světová zdravotnická organizace upřednostňuje několik základních indikátorů hodnotících kvalitu lidského života: Fyzické a psychické zdraví, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualitu (13).

Pokud nejsou v dostatečné míře zajištěny biologické potřeby, nemohou se kvalitně rozvíjet ani potřeby psychické a sociální, které se navzájem prolínají. Psychické a emocionální zdraví se snaží získat a pochopit vnímané pozitivní i negativní pocity. Uchováním a zpracováním pocitů dochází k pochopení sebe sama i rozvoji intelektu. Neméně důležitým aspektem je rozvoj sociálního zdraví, které naplňuje láska, souměřitost a bezpečí. Duchovní zdraví má souvislost s naší existencí a smyslem života (13). Duchovní potřebu nezajišťuje zdravotnický personál, ale nemocniční kaplan, který funguje v každé větší nemocnici. Zdravotničtí pracovníci však mohou poskytovat duchovní péči tím, že naslouchají pacientům, jsou empatičtí a nabízejí pomoc v nelehké životní situaci (14). Navození dobrých vztahů mezi zdravotnickým personálem a pacientem je založeno na maximální vzájemné důvěře. Duchovní pomoc nemusí sestra poskytovat pouze lidem vyznávajícím různá náboženství, ale i lidem bez vyznání (15). Příčina mnoha nemocí může být zakotvena v některé z výše uvedených složek (13).

1.3 Transkulturní a multikulturní ošetrovatelství

Každý člověk má hluboko v sobě zakořeněny hodnoty vlastní kultury, ze které pochází. Tyto hodnoty ho následně ovlivňují v myšlení, formují jeho osobnost i rozhodování v jednání s ostatními lidmi. Priority a jejich pořadí nelze odhadnout, ale mnoho napoví kultura i náboženské vyznání daného jedince (16).

Transkulturní ošetrovatelství poskytuje vhodnou, citlivou a kompetentní péči každému jedinci s přihlédnutím k jeho kulturním hodnotám, zvyklostem i přesvědčení. Aplikace kulturně vhodné a citlivé péče se odvíjí od teoretických znalostí zdravotnických pracovníků, kteří se orientují v různorodosti daných kultur a náboženského vyznání. Pro zdravotníky, kteří nejsou zaujati svými předsudky, je vztah s lidmi odlišné kultury příležitostí, výzvou i obohacením (17, 18, 19).

Pojmy multikulturní a transkulturní jsou zcela rozdílné a každý z nich má svoji specifiku. Multikulturalismus představuje ohraničený celek dané kultury, těžko se adaptující na prostředí a z tohoto důvodu nedochází ke vzájemné interakci jedinců odlišných kultur a náboženství. Izolace pak narušuje soužití mezi jednotlivými skupinami a vede ke spo-

lečenskému a sociálnímu znevýhodnění. Snahou moderní společnosti je dosažení transkulturalismu, který neupřednostňuje kulturu, ale vzájemnou interakci mezi minoritními skupinami a celou majoritní společností (20).

Rozvojem teorií transkulturalismu se zabývalo mnoho autorů. Jednou ze zakladatelek je profesorka Madeleine Leiningerová, kterou v polovině padesátých let ovlivnila její vlastní práce (21). Jako sestra specialista pracovala na dětské psychiatrické jednotce, kde se setkala s kulturními rozdíly dětí a jejich rodičů. Zjistila, že v péči o děti zcela chybí kulturní složka, kterou ony nutně potřebují a uvědomila si, že je třeba udělat změnu (22). Leiningerová nazvala svoji teorii „*Teorie kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné a všestranné) péče - východisko pro novou ošetrovatelskou specializaci – transkulturní ošetrovatelství*“ (17).

Model tzv. „*vycházejícího slunce*“ dle Leiningerové byl vypracován v průběhu roku 1955 – 1985. Cílem modelu je využití vhodných znalostí, načerpaných studiemi kultur a následné aplikace při poskytování kulturně specifické ošetrovatelské péče. Model je vyobrazen v kruhové podobě, kde jsou zaznamenány sociální a světonázorové faktory, které ovlivňují zdraví a péči prostřednictvím prostředí a jazyka. Ve schématu nechybí tradiční a profesionální systémy a subsystémy. Různé jevy se mohou studovat na mikroúrovni, střední úrovni a makroúrovni (17, 23).

O rozvoj transkulturního ošetrovatelského vzdělávání sester v Evropě se zasloužily Irena Papadopoulos, Mary Tilki a Gina Taylor. Model kulturních kompetencí je procesem, který vzniká propojením znalostí a dovedností, které sestry získají během svého života i profesní zkušeností.

Na model Papadopoulos navázala Josepha - Campinha Bacote, která se dostala do celosvětového podvědomí vytvořením modelu kulturní způsobilosti. Pokud sestry mají zájem poskytovat kulturně kompetentní péči, musí se při své práci snažit porozumět pěti kulturním kompetencím uvedených v modelu Bacote. Kulturní kompetence zahrnují přání, uvědomění, vědomosti, zručnost a setkání sester s jednotlivci, komunitami a rodinami. Zde dochází ke vzájemnému propojení motivace sester a jejich vědomostí o specifikách daných kultur, a to sledováním kulturního pozadí s následným zaznamenáváním a

zpracováním aktuálních údajů souvisejících s problémy pacienta a v neposlední řadě setkáním sestry s pacientem z jiného kulturního prostředí (24, 25).

Transkulturní ošetrovatelské vzdělávání se nevyhýbá ani sestram české republiky. Vysokoškolské vzdělání umožňuje pohlédnout na specifiku jednotlivých kulturních minorit apelujících na poskytování adekvátní péče s přihlédnutím k jejich zvyklostem. Zdravotníci se mohou ocitnout v situacích, na které zákon neupozorňuje, avšak následkem neznalosti dané kultury či náboženského vyznání dojde k nedorozumění a následnému soudnímu sporu. Náboženské zvyklosti či požadavky spojené s různými diagnostickými a terapeutickými výkony mohou nejednoho zdravotníka, neznalého dané kultury, zaskočit.

V nemalé míře je komunitami upřednostňována péče v přirozeném prostředí s volbou alternativních praktik léčení. Dochází ke střetům „*kultury života*“ a „*kultury smrti*“ při řešení otázek eutanazie a interrupce, kdy velmi významnou roli hraje náboženské vyznání. Prohlubuje se také rozdíl v kultuře chudých a bohatých, a naopak dochází k výskytu násilí vyvěrajícího z hněvu nad nespravedlností a sociálním útlakem. Je potřeba, aby se široká veřejnost spolu dorozuměla (17).

Kdo jiný tedy, než zdravotnický pracovník, by měl mít vlastní zájem na tom, aby pronikl do mentality jiných kultur či náboženství. Tím, že se bude vzdělávat v kulturních rozdílech lidí a rozvíjet své vědomosti prakticky, dosáhne nejen osobnostního růstu, ale i schopnosti citlivě přistupovat k jednotlivým kulturním, sociálním a náboženským aspektům. Zdravotnický profesionál tímto rozvíjí svoji kulturní způsobilost (17).

1.4 Náboženství a spiritualita

Spiritualita a náboženství jsou dva pojmy, které se mohou nebo nemusí navzájem prolínat. Spiritualita je životní cestou každého člověka, který nehledá Boha jako takového, ale odpovědi na otázky týkající se smyslu života či nekonečnosti. Náboženství neboli religiozita směřuje k Bohu a má jasně stanovená pravidla, věrouku i rituály, kterými se věřící řídí (20).

Religio je latinským názvem pro náboženství. Základním prvkem je víra a vztah člověka k Bohu. Tedy nadpozemské bytosti, ke které se věřící přiklání a dbají pokynů

vyšších sil. Náboženství upevňuje vztahy mezi lidmi i duchovní orientaci. Na jedné straně je náboženství velice niternou a intimní záležitostí, na straně druhé je jevem kolektivním (26, 27). Náboženství je ve větší míře spojováno s organizovaným duchovním životem nebo institucí, která zaručí stejně smýšlejícím lidem sounáležitost (20).

Religiozita je součástí různých národů, národností a kmenů. Některé mají svou vlastní kulturu, kdy neoddelují náboženské vyznání od skutečného života. Naopak skutečný život a náboženská víra jdou společně ruku v ruce (20).

Ve své podobě představuje náboženství velice pestrobarevný typologický pohled. Podle bohů lze odlišit náboženství teistické a neteistické. Náboženství teistické vnímá Boha jako osobu, ke které se věřící obrací ve smutku i radosti, v bolesti a utrpení. V případě, že věřící vnímají Boha jako neosobní sílu, či moc, jedná se o náboženství neteistické.

V náboženství lze rozlišit víru v jednoho nebo více bohů. Hovoříme o monoteistickém a polyteistickém náboženství. V polyteistickém řecko-římském antickém náboženství, představují bohové antropomorfní bytosti. Tyto bytosti, vycházející z mytických příběhů, jsou nejen nesmrtelné, ale mají lidskou povahu i rysy (26).

Spiritualita je chápána jako velice široký pojem. Vlivem teologie, historických událostí a lidským poznáním se názory na Boha, církve i člověka zákonitě vyvíjejí. V důsledku tohoto vývoje musí každá generace znovu definovat pojem spirituality a její obsah (28).

Jak již bylo zmíněno, spiritualita je pro mnohé životní cestou. Řeší otázky v horizontální i vertikální rovině. Horizontální dimenze se dotýká sebe sama, vztahu k druhým lidem i prostředí. Vertikální pohled je vztahem k Bohu nebo vyšší moci řídící lidský život (20).

1.4.1 Spiritualita a religiozita v ošetrovatelství

Spirituální péče ve zdravotnictví je součástí holistické filozofie. Péče se zaměřuje na člověka jako celistvou bytost bio - psycho - sociální a spirituální. Základním předpokladem k poskytování adekvátní ošetrovatelské péče je schopnost naslouchat, přistupovat k člověku empaticky a dokázat mu pomoci v obtížné situaci. Spirituální péči by sestra měla poskytovat ve spolupráci s pacientem a odborníkem, kterým je například církevní

osoba nebo vyškolení pracovníci spirituální péče. Sestra by měla nejprve zhodnotit potřebu duchovní péče a posléze vytvořit plán poskytování péče (29).

V některých zdravotnických zařízeních je duchovní péče ještě v počátcích. Sestry, které nepracují přímo v hospicích, se mnohdy neorientují v problematice poskytování duchovní péče (30, 31).

Při poskytování spirituální péče si sestra musí uvědomit, komu duchovní péči nabídne. Šetrnou komunikací, nasloucháním a pravidelným hodnocením potřeb pacienta sestra docílí odpovědi na otázky. Odpovědi nelze získat jednorázovým rozhovorem, nýbrž dlouhodobým kontaktem s nemocným. Vzhledem k tomu, že tráví s pacientem dlouhý čas, může získat odpovědi na své otázky z nezávazného vyprávění životního příběhu (29).

Potřebu spirituality, která je součástí hierarchie potřeb, uvedl do povědomí Abraham Maslow. Maslowova teorie potvrzuje prvotní naplnění potřeb základních a po naplnění těchto potřeb člověk realizuje potřeby vyšších vrstev na pomyslné pyramidě. Avšak Němcová tvrdí, že: „*Spirituální potřeby mohou u některých pacientů v určité fázi nemoci nabýt priority před biologickými potřebami*“ (32).

Právě v období nemoci člověk hledá útěchu v duchovních potřebách. Důraz je kladen zejména na potřebu být vyslyšen. Vyslyšen kýmkoliv, kdo mu naslouchá. Pacient také potřebuje pravdivé informace, ve kterých nejsou zatajeny žádné skutečnosti ohledně jeho zdravotního stavu. Neméně důležitým aspektem pro člověka v době nemoci je potřeba společnosti druhých a naopak i samoty, kterou využívá k rozjímání. Láska, naděje, odpuštění a vnitřní klid jsou duchovními potřebami, které vedou ke smíření s vlastním životem (32).

1.4.2 Vliv náboženství na ošetřovatelství

Současná doba je velice pokroková. Pokrok zasahuje do mnoha různých oblastí a směrů. Prudký rozvoj bychom mohli zaznamenat nejen v medicíně, ale především v ošetřovatelství. Ošetřovatelství bylo od nepaměti ovlivňováno mnoha faktory, náboženskými, sociálními, kulturními i politickými. Vzhledem k tomu, že jmenované faktory působí ve vzájemné interakci, nelze tedy jejich vliv chápat odděleně.

Historický vývoj ošetrovatelství ve světě i v Čechách zaznamenává shodné prvky. Ošetřování nemocných tvořila péče laická, charitativní a následně organizovaná. Původní, neprofesionální ošetrovatelství uplatňovalo tradiční přístup k nemocnému. Laická pomoc, která byla v neprofesionálním ošetrovatelství poskytována, se zaměřovala na sebezpečí, i na péči o rodinné příslušníky a komunitu. Ve většině případů roli pečovatelky přebíraly matky, další členové rodiny nebo otroci, kteří v domácnosti pracovali (33, 34).

Postupem času vystřídal neprofesionální ošetrovatelství, ošetrovatelství charitativní, které bylo chápáno jako humánní a morální pomoc trpícímu člověku. Charitativní péče o nemocné vycházela z náboženského přesvědčení a hlubokých humánních tradic. Církevní řády i charitativní domy zajišťovaly péči o nemocné. Péče byla zaměřena především na uspokojování základních potřeb nemocného (34, 35).

Počátky rozvoje medicíny a tím i organizované léčebné péče historicky zasahují do konce 19. století. Důležitým mezníkem v ošetrovatelství byla Krymská válka. Zajištění čistoty prostředí a přísného dodržování hygieny přímo souviselo s udržením a navrácením zdraví nemocným. Na problematiku nutnosti zajištění čistoty prostředí upozornila osobnost Nightingalové, která výrazným způsobem ovlivnila rozvoj ošetrovatelství (12, 34, 35).

Náboženství velkou měrou ovlivňovalo péči o nemocné. Prvotně zahrnovalo množství přesvědčení o moci neživých předmětů a existenci nadpřirozených sil. Amulety a talismany byly využívány k uctívání bohů ve víře, že lidský osud mají ve svých rukou. Prvotní léčitelské praktiky vznikaly na základě důvěry nemocných lidí. K léčbě byly využívány bylinné čaje, odvary a zaříkávadla, která společně s vírou nemocného měla velký léčebný účinek. Postupně se péče o nemocné přesunula do náboženských řádů, které sídlily v chrámech. V chrámech, kam nemocní docházeli, se kněží modlili za jejich uzdravení. Kněží tak sehrávali v očích lidí významnou roli jako kněží - lékaři (34).

Historický vývoj péče o nemocné můžeme zaznamenat již ve středověku, kdy se začalo postupně šířit křesťanství. V prvním století našeho letopočtu se mnoho dobrosrdečných lidí, vyznávající křesťanství, věnovalo péči o druhé. Službu člověku vnímali křesťané jako službu Bohu. Křesťanská láska byla vyjádřena věřícími především v pomoci bližnímu, milosrdenství, chudobě a pokoře. Lidé věřící, kteří měli zájem pečovat o druhé,

se sdružovali, aby následovali učení Kristovo. V této době postupně začaly vznikat první křesťanské řády, jejichž povinností byla péče o nemocné. V církevních křesťanských řádech působily řeholní sestry, které žily přímo v klášteře a akceptovaly řádový život. Filozofií světských řádů byla pomoc bližnímu. Klášterní medicína zajišťovala základní potřeby chudým, trpícím a postiženým lidem (34).

První špitály se zřizovaly při klášterech, které byly propojeny s kaplí. Pokoj obývalo ve většině případů dvanáct nemocných, tento počet představovali i apoštolové. Kláštery byly určeny jak pro bohaté mnichy, tak chudé nemocné. Podle benediktinské řehole musela být poskytnuta přiměřená péče a přístřeší. V klášterech byly různé formy ubytování, rozdělené podle společenských vrstev. Pro chudé a bohaté poutníky a pro mnichy (34, 35).

V prvních klášterech a špitálech se do péče o nemocné zapojovaly především vzdělané ženy z vyšších společenských vrstev; příkladem může být Anežka Přemyslovna. Protestantická církev naopak využívala pro ošetřování nemocných jejich domácí prostředí nebo komunitu. Zde byla zajišťována péče diakonkami (36).

1.5 Křesťanství

Nejrozšířenějším monoteistickým náboženstvím na světě je křesťanství. Křesťanství vzniklo v 1. století n. l. na území dnešní Palestiny a je spojeno s ústřední postavou Ježíše Krista. Není náhodou, že nacházíme společné znaky křesťanství a judaismu, neboť křesťanství z judaismu vzešlo. Křesťané i vyznavači judaismu jsou přesvědčeni, že každý člověk je jedinečná bytost stvořena k obrazu Božímu. Tato náboženství zdůrazňují lásku k bližnímu a poté teprve lásku k Bohu. Křesťané považují Ježíše Nazaretského za Syna Božího a Spasitele, který sestoupil na naši zem, aby smazal hříchy světa svou smrtí na kříži. Křesťanské učení je spjato s životem, smrtí a zmrtvýchvstání Ježíše Krista (36, 37, 38).

V čele římskokatolické církve stojí papež, hlavou řeckokatolické církve je patriarcha. Od římskokatolické církve se později, v 15. a 16. století, oddělily různé proudy protestantských vyznání (20, 39).

Bible, jež je nejdůležitějším dokumentem křesťanů, obsahuje 73 spisů. Spisy jsou rozděleny na dvě části, Starý a Nový zákon. Starý zákon je židovského původu a má 46 knih, Nový zákon je původu křesťanského a skládá se z 27 knih. Dalším z aspektů křesťanské víry je Nejsvětější Trojice, kdy Bůh představuje tři osoby v jedné. Otce, Syna a Ducha (4, 40).

Katolická, některé protestantské i ortodoxní církve vyznávají sedm svátostí, které ustanovil Ježíš. Každý, kdo má zájem pečovat o nemocného, by měl být seznámen s tím, která svátost je pro člověka v danou chvíli potřebná.

Křest - jedná se o konečné stvrzení křesťanského zasvěcení a duchovní znovuzrození. Křest provádí duchovní ponořením nebo pokropením vodou. Tuto svátost je možno udělit i v dospělosti na důkaz, že křesťan je schopen ve jménu víry se veřejně prezentovat.

Eucharistie - neboli Večeře Páně je obřad, při kterém se v katolické církvi přijímá tělo Krista v podobě hostie – oplatky z nekvašeného bílého chleba. Protestantské církve přijímají takzvaně podobojí, tělo i krev Krista. Víno symbolizuje Kristovu krev. Pokud člověku jeho zdravotní stav nedovoluje požití hostií, podává se v podobě vína.

Smíření - zpověď z hříchů, které Bůh odpustí, pokud se z nich člověk poučí a lituje jich. Následuje pokání například v podobě modlitby a rozhršení.

Biřmování - svátost uděluje biskup, výjimečně kněz, věřícímu pouze jedenkrát za život. Má poskytovat posilu pro další duchovní život. Chápe se jako zvláštní obdarování Duchem svatým.

Svátost nemocných - pomazání, které provádí biskup nebo kněz. Vhodným okamžikem pro přijetí svátosti je okamžik nebezpečí smrti v důsledku nemoci nebo stáří. Nejedná se o přípravu na smrt, ale o pomoc v nemoci. Svátost nemocných lze přijmout vícekrát za život.

Kněžství - uděluje biskup pouze vybraným věřícím. Svěcení má tři stupně - jáhen, farář, biskup. V římskokatolické církvi mohou tuto svátost přijmout pouze svobodní muži. U protestantských církví mohou kněžská povolání vykonávat i ženy.

Manželství - znamená jednotu a nerozlučitelnost. Jedná se o formu přijímání mezi mužem a ženou. Rozvod či zrušení manželství je v římskokatolické církvi vyloučeno.

Manželství u protestantských církví se uzavírají v kostele, ale nemají statut svátosti a mohou být rozvedena podle práva (20, 42).

1.5.1 Křesťanská morálka a etika

V rámci rozšiřování vzdělávání se v ošetrovatelství i jiných nelékařských oborech setkáváme s pojmem etika a morálka. Výuka etiky již postoupila i do předmětů vysokého školství. Každá lidská bytost je jedinečná a originální, proto jsou mezi povahami lidí značné rozdíly ve vnímání dobra a zla. Dnes, v období demokracie, má mnoho lidí pocit, že mají právo jednat tak, jak to cítí, neboť žádná hranice ani společná pravidla k mravnosti neexistují.

Zdravotničtí pracovníci mají názor zcela odlišný, neboť etika a morálka k ošetrovatelskému a lékařskému povolání patří a velice úzce spolu souvisí. Důvodem je setkávání se zdravotníků v pracovním procesu s lidmi různých náboženských vyznání. Tito lidé budou za každých okolností díky víře, kterou uznávají, zastávat určité morální zásady a postoje. Proto zdravotničtí pracovníci, kteří chtějí napomáhat a navracet zdraví lidem různých vyznání, by měli mít teoretické znalosti o dané kultuře i náboženství (37).

Křesťanská etika vychází z Písma svatého a může být rozdělena do několika oddílů. Člověk se svobodně rozhoduje pro dobro, nebo zlo. Toto přesvědčení je základem křesťanské morálky. Člověk za své dobré i špatné činy odpovídá, a pokud nejedná v souvislosti se svojí vírou, dopouští se hříchu, který je opakem dobrého skutku. Pokud křesťan hovoří o ctnosti, musí zákonitě myslet na dlouhodobé a trvalé konání dobra. Antická antropologie a nauka o morálce formuluje dvě ctnosti - získané a vlité. Odvaha, mírnost, spravedlnost a uměřenost je získanou ctností, která je do určité míry v rukách člověka. Vlité ctnosti jsou výsledkem působení Boží milosti, která působí na člověka. Rozvíjejí odvahu, mírnost a spravedlnost a rozšiřují ji o božské ctnosti víry, lásky a naděje (43).

Ačkoliv se lidé dohodnou na obecně přijímaných pravidlech vzájemných vztahů, nelze spolehlivě zaručit jejich dodržování. Ani křesťané se neubrání tomu, aby v některých případech dali přednost svým vlastním potřebám a zájmům. Křesťané žijí v přesvědčení, že Bůh je vysvobozuje z jejich vlastní sobeckosti tím, že každému člověku dává víc, než si zaslouží (43).

Starý zákon je předlohou pro konkrétní mravní normy vyložené v pojetí křesťanském. Povinnost vůči lidem a Bohu se odráží v deseti základních pravidlech života křesťanů. Desatero Božích přikázání učí křesťany milovat svůj život, svého bližního i Boha. Nezakazuje ani nevymezuje povinnosti věřícím. Ukazuje pouze směr k tomu, jak naplnit lásku k lidem a Bohu (39, 43). V Desateru Božích přikázání se křesťané učí o důležitosti mít Boha na prvním místě. Nikdo jiný by neměl zastínit jeho lásku, neboť by došlo ke zmatku a nejistotě. Není vhodné si přizpůsobovat Boha svým představám ani konkrétním předmětům z důvodů, že Bůh vysoko přesahuje naše ideály. Základem víry v Boha je úcta a důvěra vyjadřována slovy. Pokud se Boha dovoláváme z důvodu našich sobeckých zájmů, dochází ke zneužití jeho důvěry a pošpinění jména. Desatero hovoří o Bohu, který nás učí odpočívat i pracovat vyjma sedmého dne v týdnu. Tento den je určen k setkání s Bohem, který chce člověka vyzdvihnout z pracovních povinností. Páté přikázání hlásá, že je třeba ctít a poslouchat své rodiče v dětství a neopouštět je ve stáří. Desatero se věnuje Bohu jako ochránci života. Poukazuje na dar života, který nikdo nemá právo předčasně ukončit. Bůh brání tímto přikázáním nejen nenarozené děti, ale i nevyléčitelně nemocné, kteří by svůj vlastní život chtěli dobrovolně ukončit. Sedmým přikázáním chrání Bůh manželství. Do závazku věrnosti může vstoupit pouze ten, kdo je spolehlivý a chce žít se svým partnerem po celý život. Životním cílem není shromažďovat majetek, ale žít poctivě a být vděčný za vše, co se mu nabízí. O druhých mluvíme tak, abychom jim neublížili. Urážkami, pomluvami a lži můžeme ublížit více, než fyzickým násilím. Každý má od Boha své vlastní poslání a úkol, je proto zbytečné závidět jeden druhému, protože každý z nás má život jinak krásný i těžký (43, 44).

1.5.2 Pojem zdraví a nemoc v křesťanství

Pokud bychom chtěli definovat pojem zdraví z globálního hlediska, opírali bychom se o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace. Ta tvrdí, že zdraví je „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či slabosti.“ Světová zdravotnická organizace také poukázala na příčiny a podmínky, které určitým způsobem ovlivňují zdraví. Jedná se o takzvané determinanty zdraví, ke kterým patří genetická dispozice, vliv prostředí, úroveň zdravotnictví a v neposlední řadě životní styl (20, 45).

V křesťanském pojetí je však zdraví chápáno v souvislosti s vírou v Boha. Zdraví je dar od Boha, který přijímáme zcela nezištně a dobrovolně, proto spiritualitu jako takovou chápeme velice široce. Spiritualita nehodnotí pouze oblast biologickou, sociální a psychologickou, ale zahrnuje též otázku smyslu života, směr, kterým se člověk ubírá, vztahy s ostatními lidmi i abstraktní pojmy lásky, utrpení, bolesti. Spiritualita a duchovno je životní cestou, již si věřící vybral (20).

Křesťanství rozvíjelo vždy humanistickou tradici v souvislosti s lidským životem i navzdory dějinným událostem, kdy docházelo k zabíjení lidí z důvodu odporu proti režimu i k přiklánění se k jiné rase. Křesťanství vždy kladlo důraz na lidský život, etiku a pomoc ve zdraví, nemoci a umírání.

Člověk, jako živá bytost, je schopen přemýšlet nejen o sobě, ale především o smysluplnosti vlastního života. Tato živá bytost o sobě nejen přemýšlí, ale má právo i o své osobě rozhodovat. Právo na svobodné rozhodování a zákaz disponování s existencí druhého člověka je v křesťanství ukotveno. Vztahuje se i na nově vznikající život, o kterém člověk nemá právo rozhodovat (46).

Člověk vnímá sebe sama a svoji hodnotu pouze tehdy, pokud je milován a je hoden lásky druhých lidí. V případě, že se mu nedostává lásky, může upadnout do beznaděje a následně touhy ukončit svůj život. V takových případech je nutností začít pečovat o osamělého člověka, vyzdvihnout jeho kvality a překonat frustraci, kterou pociťuje. Lidský život má hodnotu nejen z pohledu zdraví a nemoci, ale má podstatně hlubší opodstatnění (4).

Lidský život se nezaobírá pouze zdravím, ale je provázen také utrpením i bolestí. Nejčastěji se s touto otázkou zaobíráme v době nemoci. Problematika utrpení v nemoci se dotýká nejen postižené osoby, ale i jejího okolí. Samo křesťanství nepojímá utrpení jako jev, který si žádá Bůh, ale rozlišuje utrpení z několika pohledů - psychologického, biologického a celostního ve smyslu antropologickém.

Psychologickou úroveň utrpení můžeme zachytit v mnoha podobách. Nejčastějším příkladem je ztráta milovaného člověka. Pokud by neexistovala psychologická bolest, nebyli bychom ani my schopni hlubokých citových a mezilidských vazeb (46).

Bolest na biologické úrovni funguje jako varovný signál v případě, že bychom měli více pečovat o své zdraví a postupovat tak, aby došlo k nápravě. Pokud by nedocházelo k varovným signálům v průběhu nemoci, lidé by ke svému zdraví byli lhostejní. Bolest je jinými slovy přírodním mechanismem, který v zájmu zachování tělesného zdraví musí existovat.

Bolest v antropologickém, celostním smyslu nastupuje tehdy, kdy člověk nezná pravý důvod k tomu, proč snášet utrpení a bolest. V této chvíli se cítí nešťastný a vnímá svoji situaci jako bezvýhodnou. Člověk je tedy schopen snášet velké množství bolesti, dokud zná podstatu bolesti a utrpení. Pokud však nerozumí původu a smyslu utrpení, je v této chvíli zasažen hluboko ve svém nitru.

Člověk, který prochází utrpením a bolestí ve většině případů proti tomuto stavu protestuje, ale zároveň se může naučit pokoře. Jednotlivec si zoufá nad smyslem života, ale zároveň dochází k poznání, že i přes všechnu bolest a utrpení jeho život je smysluplný. Stává se pro Boha otevřenější a zralý (46).

1.5.3 Pojem umírání a smrt v křesťanství

Každý člověk žije svůj život. Prožívá radosti a starosti nejen vlastní, ale i svých blízkých. Život každého jedince je jedinečný, neopakovatelný, a přestože je různě dlouhý, na jeho konci je smrt. Smrt je mnohdy chápána jako nespravedlnost a je odmítána. Odmítání a obrana proti smrti je způsobena především strachem. Strachem nejen ze samotné smrti, ale především z umírání. Objevují se názory, že smrtí se zpochybňuje smysl dosavadního života a vše dosud budované se ničí. K čemu by však byla nesmrtelnost, kdyby lidé mohli donekonečna odkládat svá jednání, postoje a činy. Smrt určuje hranici lidského počínání a nutí k tomu, aby svůj vyhrazený čas využili tak, jak nejlépe dokážou. Aby na konci své cesty mohli říci, že nežili zbytečně. Smrt nelze úplně vyloučit ze života, zcela právem k němu patří. Nelze ji překonávat, aby se dosáhlo věčnosti. Podstata života není obsažena v délce, nýbrž ve smyslu, kterým je život naplněn (47).

Nikdo se nezaobírá otázkou smrti, pokud se ho přímo nedotýká. Zvláště pak se tato problematika dotýká zdravotnického personálu, který musí k umírání a smrti přistupovat profesionálně, ačkoli nemusí být mnohdy vnitřně s touto situací vyrovnán (48). Umírání a smrt zasahuje všechny, ať chtějí či nikoliv. Nelze je oddálit, zastavit ani změnit. Umírání

znamená pro člověka loučení. Nedobrovolné opuštění toho, co měl rád a proto přáním každého člověka je ukončit svůj život důstojně.

Tématem důstojného umírání se zabývalo 5. plenární shromáždění Papežské akademie Pro vita ve Vatikánu v roce 1999. Na tomto shromáždění byla zdůrazněna nutnost přítomnosti rodiny u umírajícího člověka a jejich doprovodu na poslední cestě. Poslední cesta by měla vycházet z křesťanských tradic. Tradicemi se rozumí láska k bližnímu, respektování života jako smysluplného až do jeho úplného závěru a v neposlední řadě i radost, víra a naděje na život věčný (48).

Touha člověka žít věčně a překonat fyzický zánik, se odráží v naději na posmrtný život v mnoha kulturách, náboženstvích i civilizacích napříč dějinami (49). Přístup k umírání a smrti každé společnosti je součástí kultury, která propracovaně sdílí a předává hodnoty této společnosti z generace na generaci. Kultura ovlivňuje rozhodování, chování a postoje jedinců. Každá kultura má i své obřadní rituály spojené s důležitými životními situacemi, mezi které patří i umírání a smrt (48).

Pro vyznavače křesťanské víry není umírání a smrt definitivním koncem ani tragédií, pokud je ve svém závěru života smířen s Bohem. Věřící je uveden křtem do Kristovy smrti, následně se spojuje s Kristem, kde dochází k budoucímu vzkříšení. Při vzkříšení se opětovně spojuje duše s proměnným tělem. Smrt je křesťany přijímána jako součást života i jako završení jejich dosavadní životní cesty. Je chápána jako spánek, ze kterého se lze probudit. Příkladem smíření se s Bohem byla blahoslavená řeholní sestra Restituta Kafková, která byla popravena v nacistickém táboře roku 1943. Před vlastní popravou utěšovala spoluvězně a láskyplně se ujímala péče o ně. Se slovy: „*Jdu na slavnost*“ šla vstříc své smrti na základě víry v Boha (50). Je otázkou, kde někteří lidé získávají takovou víru, aby pochopili smysl vlastní smrti a umírání. Jsou to bezesporu jejich vlastní zkušenosti, které načerpali v průběhu svého života a nelze je oddělit od nich samých. Zkušenost není přenosná, ale lze ji předat vyprávěním či prostřednictvím společenství (50).

Křesťanská péče o umírající je založena na obětování se ve prospěch druhého člověka a lásce k bližnímu. Vzhledem k tomu, že před Bohem jsou si všichni lidé rovni,

nebyl zaznamenán rozdíl při poskytování křesťanské péče jedincům různých společenských vrstev.

Křesťanství sehrálo v 19. století významnou úlohu při umírání a smrti. Zejména se jednalo o pozitivní přínos rituálů vztahujících se k umírání, smrti a pohřbu. Rituály slouží k povzbuzení a naději k dalšímu životu nejen umírajícím, ale i truchlícím pozůstalým. O umírající se pečovalo ve většině případů v domácím prostředí. Péči ochotně zajišťovali rodinní příslušníci. Zkušenosti v péči o umírající se předávaly generačně a děti se učily přijímat smrt jako součást života. Všichni členové rodiny dokázali zajistit adekvátní péči umírajícímu, který věděl, že v době smrti nebude blízkými opuštěn (49).

Současná doba a její moderní způsob péče o umírající zajišťuje vysoký odborný přístup a zajištění po materiální stránce. Chybí zde však podstata křesťanského a lidského přístupu ke člověku jako takovému. Důležitým úkolem je opět objevit v nás všech sociální složku, která napomůže umírajícím důstojně odejít z tohoto světa. Haškovcová zdůrazňuje dva typy realizace péče o umírající (51). Prvním typem je zajistit důstojné umírání v domácím prostředí se zajištěním kvalitní odborné péče. Další možností je přijmout rodinu do nemocničního prostředí, kde se nezpřetrhají rodinné vazby a vykompenzuje se profesionální přístup s rodinnou pohodou. Na této bázi již funguje hospicová péče v mnohých vyspělých zemích (49, 51).

1.6 Vybrané církve v České republice

Pro člověka, který je nábožensky založen, je vztah k bohu nejen smyslem života, ale i symbolem společenských a mravních norem. Náboženství zasahuje do všech oblastí lidského života a odhaluje etickou stránku jedince. Etické a mravní postoje mají ve většině náboženství výsadní postavení. Náboženská víra je ovlivněna svobodným rozhodnutím člověka, který dospěl k tomuto závěru v určitém období svého života (26). Někteří lidé se hlásí k církvi, kterou vyznávají. Jiní tvrdí, že jsou ateisté a další mají k otázce náboženské víry neutrální postoj. Náboženská víra se neodehrává pouze v kláštorech a při modlitbách. Nemusím být členem církve a veřejně vyznávat spolu s ostatními své cíle. Náboženská víra je v každém z nás. Ve způsobu myšlení, stylu života, vlastního názoru

a uznávání určitých hodnot. Víru v radost, vděčnost i zklamání si mnohý člověk uchovává ve svém nitru. A to je jeho víra (26, 43).

V České republice je mnoho církví i náboženství mimokřesťanských. Zcela největším náboženstvím nejen ve světě, ale i u nás, je křesťanství. Hlavním představitelem křesťanství je římskokatolická církev. Rada, jenž sdružuje všechny křesťanské církve, se nazývá Ekumenická. Do této rady se řadí Českobratrská církev evangelická, Církev československá husitská, Bratrská jednota baptistů, Evangelická církev metodistická, Jednota bratrská, Církev bratrská, Pravoslavná církev v českých zemích, Starokatolická církev v ČR, Slezská církev evangelická a Evangelická církev v ČR (augsburského vyznání), Apoštolská církev.

K přidruženým církvím se řadí Armáda spásy a Česká biskupská konference, reprezentující církev římskokatolickou.

Dalšími skupinami, které využívají křesťanskou tradici, jsou například Rodina, Svědkové Jehovovi, Kristova obec, Pražské společenství Kristovo a další, které se ve většině případů mezi církve nepočítají.

Česká republika má podle posledního sčítání lidu 10,562 milionů obyvatel. Vzhledem k tomu, že ke dni 26. 3. 2011 využilo možnosti neodpovídat na otázku náboženského vyznání téměř pět milionů lidí, k víře v Boha se přihlásilo pouhých 2,175 milionů lidí.

Římskokatolická církev stále zaujímá přední místo s počtem 1 083 899 věřících. Lidé vyznávající Českobratrskou církev evangelickou dosahují druhé příčky s počtem 51 936 věřících. Třetím místem s největším počtem věřících v České republice má Církev československá husitská s počtem 39 276 věřících. Lidí věřících, ale nehlásících se k žádné z uvedených registrovaných církví je spočítáno na 707 649 (26, 52).

1.6.1 Českobratrská církev evangelická

Po vzniku nové republiky docházelo k masovému vystupování věřících z římskokatolické církve. Jedním z důvodů bylo zdiskreditování církve v očích věřících tím, že viděli značné sepětí habsburského mocnářství s církví. Spojením evangelických církví helvetského a augsburského vyznání, vznikla v roce 1918 Českobratrská církev evangelická. Hlavní myšlenkou evangelických sborů a sjednocovacích hnutí byla snaha o samostat-

nost, nezávislost, sjednocení a veřejné přiznání k české reformaci. Spojení české reformace s reformací kalvínskou a luterskou najdeme v symbolu Českobratrské církve evangelické. Hlavním symbolem evangelické církve je kalich, který stojí na Bibli (43).

Českobratrská církev evangelická považuje za své členy všechny ty, kteří byli u této církve pokřtěni nebo se k ní hlásí. Důraz klade na vzdělávání, které se týká sdružení mládeže, nedělní školy, biblických hodin. Na veřejnosti působí politicky i misijně. Evangelici jsou otevřeni všem, kteří se pojetím své víry nevyvyšují nad druhé (43).

Po únorovém převratu roku 1948 nastala pro křesťany nová situace. Museli se naučit obstat v ateistické zemi, jejímž nepřiznaným cílem byla likvidace církví. V samotné církvi nedocházelo k ubývání členů, ale mnozí z nich byli postaveni před rozhodnutí, vzdát se svého povolání, nebo církve. V době takzvané sovětské diktatury byly uzavírány kláštery a kněží vězněni. Někteří aktivní členové církve byli popravováni z důvodu zastrašení ostatních, ačkoliv vláda tvrdila, že nebude vystupovat proti řadovým věřícím.

Mezi popravené evangeličky patřila v této době i doktorka Milada Horáková, která byla zatčena a následně popravena po vykonstruovaném „*politickém procesu*“, který měl předem připravený scénář. Podle vynuceného scénáře se měla u soudu údajně vůdkyně hnutí, které mělo svrhnout komunistický režim, chovat. Tento vykonstruovaný proces měl zastrašit případné odpůrce režimu. Přestože se Horáková musela učit donekonečna svůj scénář k soudu, v některých momentech jednala mimo něj. Bránila své ideály i za cenu, že svůj trest nezmírní. Možnost setkat se před svým koncem s vlastní rodinou jí dala hodně síly. Nesmírnou úlevu doktorce Horákové přinesl evangelický farář, kterému bylo umožněno setkání s odsouzenou (43).

Pozdější období relativního klidu roku 1968 bylo narušeno diktaturou sovětského typu, takzvanou normalizací. Student, který se nechtěl smířit s nastoleným režimem, byl Jan Palach. Mladý student patřící k evangelické církvi položil svůj život na protest a vyburcování ostatních lidí k činu.

Hlásit se k církvi v sedmdesátých letech bylo nemoderní a zbytečné. V této době byli kazatelé zbavováni povolení vykonávat své kazatelské povolání. Důvodem byl jejich vliv na mládež i požadavek dodržování zákonem zaručené svobody vyznání. Kazatelé

však působili na menší skupiny věřících i v době, kdy každý z nich měl své civilní povolání. Náboženská literatura se v této době dovážela ze zahraničí se značným rizikem a někteří členové církvi neodmítali spolupracovat se Státní bezpečností. Kazatelé spolupracovali se Státní bezpečností z důvodu nátlaku i představě, že tím pomohou církvi (43)

Po dlouhých dvaceti letech se stalo jméno Jana Palacha symbolem boje studentů za demokracii a konce čtyřiceti let totalitního režimu. V roce 1989 se církev evangelická začala znovu obnovovat, ačkoliv se počet členů snižoval. K evangelické církvi se začalo hlásit i mnoho nových lidí, které náboženství oslovilo až v pozdějším věku.

Dostatečným důkazem, že Českobratrská církev evangelická není pouze okrajovou církvi, bylo zřízení Evangelické teologické fakulty na Karlově univerzitě (43).

1.6.2 Římskokatolická církev

Obecné katolictví je výrazem všeobecným, který je využíván i v latinských textech. Představitelé římskokatolické církve jsou přesvědčeni, že všeobecnost je uskutečňována pouze v církvi, kterou řídí papež. V České republice se jedná o nejrozšířenější organizovanou náboženskou skupinu.

Nejvyšší pravomoc má biskup, jakožto člověk pověřený k svěcení a učení svěřeného lidu. Udílí břimování, vydává pastýřské listy a světi kněze.

Římskokatolická církev má přehledné zorganizování. Každý člen církve zastává určitý úřad a je pověřen k výkonu vyšší instancí. Nejvyšší autoritou je papež, coby zástupce Ježíše Krista, nejvyššího velekněze a nástupce apoštola Petra. Papež nemůže být odvolán a je po pečlivém zvážení volen sborem kardinálů ve Vatikánu. Představuje tedy jednotu církve římskokatolické s výhradním právem činit neomylná dogmata v oblasti mravů a víry (35).

Katolické učení k lidem přichází od Boha z tradice a písma. Součástí Písma jsou knihy Starého zákona. Důraz katolíků je kladen na církevní právo, které vymezuje práva a povinnosti všech členů církve. Papež a biskup mají soudní pravomoc.

Římskokatolická církev se dělí na stav laiků a duchovních. Úkolem laika je prosazování křesťanských myšlenek ve spolcích, hnutích i stranách. Duchovní slouží lidu svátostmi, pastýřským vedením a hlásáním evangelia. Řeholnictví je naopak založeno na myšlence poslání a různého plnění úkolů pro druhé (38).

Mše je základem bohoslužby a probíhá v katolickém chrámu, který slouží jako opravdový dům Boží ke shromažďování lidu. Na bohoslužbách se podílí celé shromáždění a místo latiny se užívá národní jazyk. Kněz je postaven čelem k lidu za oltářním stolem. Přítomnost Krista je symbolizována chlebem a vínem. První část mše obsahuje čtení z Písma, kázání, přímluvy, vyznání viny a víry. Druhá část zahrnuje modlitby, Otčenáš, pozdravení pokoje a přijímání (42).

Vzácné postavení má Ježíšova matka Maria, která se přimlouvá za všechny hříšníky. Mnoho katolíků se často obrací se svými prosbami a důvěrou k Marii, spíše než k samotnému Bohu.

Katolická církev upřednostňuje proměnu světa jako takového a nesoustřeďuje se pouze na spásu lidských duší. Dříve se církev považovala za nadřazenou státu, dnes se snaží spíše o spolupráci. Prostředníkem mezi státy a církví je Vatikán. Církevní stát uzavírá s ostatními státy dohody a smlouvy, ve kterých jsou obsažena práva katolické církve.

1.6.3 Církev československá husitská

Na samém počátku vzniku Církve československé husitské stála Církev československá, která se v roce 1920 oddělila od římskokatolické. V čele radikálního hnutí Klubu reformních kněží Jednoty československého duchovenstva stál první patriarcha ThDr. Karel Farský.

V zájmu reformačního proudu nebyla úplná separace od římskokatolické církve, ale snaha o demokratizaci církve, prohloubení národních prvků i dobrovolnictví ohledně celibátu. Návrhy Jednoty československého duchovenstva o domluvu byly papežem zamítnuty. Tím vznikla nová národní katolická církev, navazující na husitské tradice a mistra Jana Husa. Církev se snažila o rozvoj české reformace - husitství, ale v rámci zachování prvků katolictví (53, 54).

Církev československá zachovávala svátosti a liturgii. Liturgií rozumíme určitý řád, pravidla a systém, kterými se řídí jednotlivé bohoslužby. Zde se věřící spojují s Kristem, který jim dává sílu. Jádrem liturgie je čtení z Bible s následným výkladem čteného textu a Večeře Páně.

Důraz klade Církev československá husitská ve svých kázáních především na lidi samotné. Zajímá se o člověka jako takového i o svět, který ho obklopuje. Naslouchá jeho

problémům i otázkám. Srozumitelně předává Ježíšovo poselství ostatním lidem. Neméně důležitým poselstvím bylo rozvíjení i uchovávání české duchovní tradice, zejména pak husitské, bratrské, svatováclavské a cyrilometodějské. Připomínají důvěru v křesťanskou víru, která by měla nést ovoce (55).

Duchovní návaznost husitství se odrazila i ve změně jména církve roku 1971. Církev přijala název Československá husitská. Do této doby nesla název Církev československá, jak již bylo zmíněno. Hlavním symbolem Československé husitské církve je kalich a kříž.

Církev Československá husitská je právoplatným členem Ekumenické a Světové rady církví, Konference evropských církví a Leuenbergského společenství (56).

Ekumenická rada sdružuje křesťanské církve, které jsou registrovány v České republice a navazují na tradici reformační a cyrilometodějskou. Církve usilují o vzájemnou úctu, toleranci mezi lidmi a chtějí být společností příkladem (57).

Světová rada církví vznikla v Amsterdamu v roce 1948 a členy jsou i čtyři církve České republiky (58, 59).

Organizační jednotkou církve je náboženská obec, za kterou odpovídá rada starších v čele s farářem či farářkou. Rada je volena na šest let. O zásadních věcech rozhoduje celé shromáždění, které se schází jedenkrát ročně.

Na řízení církve se podílí nejen duchovní, ale i laikové. Hovoříme tedy o církvi presbyterní s episkopálními prvky.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Pro diplomovou práci byl zvolen jeden cíl:

Zjistit, jaký pohled na zdraví a nemoc mají zástupci vybraných církví v ČR.

2.2 Výzkumné otázky

Pro kvalitativní výzkumné šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jak pečují zástupci vybraných církví o své zdraví?
2. Jaké lékařské či ošetrovatelské zákroky by zástupci vybraných církví rozhodně nepodstoupili?
3. Jaké lékařské či ošetrovatelské zákroky jsou zástupci vybraných církví ochotni podstoupit?
4. Jak se zástupci vybraných církví vyrovnávají s nemocí?
5. Jak vnímají zástupci vybraných církví pojem umírání a smrt?
6. Jaký pohled mají zástupci vybraných církví na poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních?
7. Co je nejdůležitější pro zástupce vybraných církví při poskytování péče nemocným?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Diplomová práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření, které probíhalo v letech 2014 - 2015. Pro sběr dat byla použita technika polostandardizovaného rozhovoru (viz. příloha 3). Otázky pro respondenty (viz. příloha 1) byly rámcově připraveny a následně flexibilně dotvářeny v průběhu hloubkového rozhovoru. Polostandardizované rozhovory byly vedeny s pěti řeholními sestrami církve římskokatolické, čtyřmi faráři a jedním nemocničním kaplanem církve Českobratrské evangelické a pěti faráři církve Československé husitské. Jednotlivé církve byly vybrány zcela záměrně, protože mají v České republice nejvyšší počet věřících. Zástupci jednotlivých církví byli vybráni dle výzkumné metody sněhové koule, která je využívána u obtížně dostupné a méně početné populace. Výzkum začínal oslovením jednotlivců, kteří splňovali daná kritéria. Při hloubkových rozhovorech byli respondenti následně požádáni o nominaci a umožnění kontaktu s dalšími osobami, splňující daná kritéria.

V diplomové práci bylo stanoveno sedm základních otázek, které se dotýkají problematiky zdraví a nemoci ve vybraných církvích v České republice. Výsledná data byla zaznamenávána pomocí audiozáznamu a následně upravena do textové podoby. Doslovným přepisem hloubkových rozhovorů, nabývá čtený text na autentičnosti (viz příloha 3).

Výsledky práce byly zpracovány do sedmi kategorií (forma vyznání, péče o vlastní zdraví, prevence onemocnění, nemoc, léčebné a diagnostické zákroky, umírání a smrt, spiritualita ve zdravotnictví). Každá kategorie byla následně rozšířena o celkem 22 podkategorií (viz tabulka 1). Citace výpovědí jednotlivých respondentů jsou zaznamenány v textu kurzívou.

Metoda kvalitativního šetření s využitím menšího souboru respondentů nemá nárok na statistickou reprezentativnost, avšak hloubkovými rozhovory lze nahlédnout do problematiky zdraví a nemoci, najít odpovědi na dané otázky a dojít k určenému cíli.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru (A, B, C)

Výzkumný soubor tvořilo celkem patnáct duchovních představitelů vybraných církví na území České republiky. Každou církev reprezentovalo pět respondentů, kteří svoji víru nejen prezentují, ale danou vírou se i řídí. Církev Římskokatolickou, Českobratrskou evangelickou a Československou husitskou. Pro lepší přehlednost byly jednotlivé církve označeny velkými tiskacími písmeny. Římskokatolická církev - A, Českobratrská církev evangelická - B, Církev československá husitská - C. Výzkumné šetření proběhlo se souhlasem všech zúčastněných respondentů. Respondenti vybraných církví byli předem osloveni a rozhovory se konaly na jimi určeném místě. Ve většině případů probíhaly rozhovory v kancelářích jednotlivých kostelů. Rozhovory s řeholními sestrami byly vedeny v návštěvní místnosti domova pro seniory.

4 Výsledky práce

Tabulka 1 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
1. Forma vyznání	A. Charakteristika církve B. Respondenti a církev C. Veřejnost a církev
2. Péče o vlastní zdraví	A. Stravování B. Relaxace C. Ochrana zdraví
3. Prevence onemocnění	A. Preventivní očkování B. Užívání léčiv C. Primární péče
4. Nemoc	A. Církev a nemoc B. Alternativní a klasická léčba C. Vliv doby na zdraví
5. Léčebné a diagnostické zákroky	A. Odmítání zákroku B. Život zachraňující zákroky
6. Umírání a smrt	A. Pojem umírání a smrti B. Tíšení bolesti C. Péče o umírající a zemřelé
7. Spiritualita ve zdravotnictví	A. Zdravotníci a spirituální péče B. Zdravotníci a duchovní C. Prostor pro modlitbu D. Zajištění intimity E. Hodnoty pacientů z pohledu duchovních

4.1 Výsledky polostandardizovaného rozhovoru souboru A

Respondentem 1 je žena, 39 let, s vysokoškolským vzděláním na 1. lékařské fakultě Karlovy univerzity, obor všeobecná sestra v programu Ošetrovatelství a absolventka bakalářského studia Teologické fakulty v Olomouci, která se zaměřuje na řeholní život. Civilním zaměstnáním je sociální pracovníce v domově seniorů. K římskokatolické církvi ji přivedli rodiče, kteří ji nechali pokřtít a byli téhož vyznání.

Respondentem 2 je žena, 90 let, se středoškolským pedagogickým, zdravotnickým i teologickým vzděláním v Olomouci. K víře ji přivedli rodiče již v útlém dětství. Cestu řeholnice si zvolila na základě „*hlasu svědomí*“ - Bůh ji volá.

Respondentem 3 je žena, 37 let, absolventka magisterského studia oboru učitelství na pedagogické fakultě, absolvovala rovněž matematicko-fyzikální fakultu a bakalářský studijní program oboru ošetrovatelství. Civilním zaměstnáním je učitelka. Řeholnicí se stala v roce 2001, kdy „*pocítila silnou touhu patřit Bohu*“.

Respondentem 4 je žena, 95 let, absolventka rodinné školy pro pěstounky v rodinách a sociálních ústavech. K víře ji přivedli rodiče. Řeholnicí je od svých devatenácti let. Na cestu řeholnice se dostala „*pro lásku Boží. Bůh nám dává tolik, že jsem mu to chtěla vrátit*“.

Respondentem 5 je žena, 41 let, s vysokoškolským vzděláním na teologické a pedagogické fakultě. Civilním zaměstnáním je učitelka. Věřící je od útlého věku, kdy ji rodiče nechali pokřtít.

1. Forma vyznání

A. Charakteristika církve

Z kvalitativního rozhovoru vyplývá, že všichni respondenti souboru A vyznávají svoji víru římskokatolické církve. Každý víru charakterizuje svým způsobem. „*Víra v Boha, víra v Trojjediného, víra v Ježíše Krista*(R1). „*Víra v Ježíše Krista, víra v odpuštění hříchu, ve věčný život*“ (R5). Jako hlavního představitele církve shodně uvedli Ježíše Krista. „*Založil ji Kristus, než vstoupil do nebe. Přál si, aby se rozšířilo vědomí Jeho lásky mezi lid a do celého světa*“ (R3).

B. Respondenti a církev

Čtyři respondenty přivedli k církvi rodiče. Všichni shodně udávali, že při rozhodování o vstupu do řádu cítili touhu patřit Bohu. „*K víře mě vedla rodina už od malička. Cestu řeholnice jsem si vybrala na základě svědomí, že mě Bůh k tomu volá*“(R2). Jednoho respondenta nepřivedli k církvi rodiče, ale rozhodl se samostatně v období dospívání. „*V pubertě musel člověk najít svůj směr a svoji víru. Tenkrát jsem pocítila velice silné volání a touhu patřit Bohu. Pocítila jsem touhu – obrovskou. Láska, krása a dobro. Bylo mi 16, 17 let. Věděla jsem, že mě Bůh povede a řekne, kudy mám jít. Rodina mé rozhodnutí nesla nelibě. Mysleli, že se ženu do neštěstí a měli obavy*“(R4).

C. Veřejnost a církev

Veřejnost se o církvi dozvídá různým způsobem. „*Římskokatolická církev je z křesťanských církví celosvětově nejvíce rozšířená a ukotvená v podvědomí lidí. I když dnešní doba je trochu problematická. Bratr Jiří nedávno mjel v hábitu skupinku mladých lidí, a ti na něho pokřikovali co je zač. Mysleli, že je buddhista*“(R1). Je zřejmé, že mladí lidé se neorientují v množství církví a nedokážou zařadit vyznavače jednotlivých směrů. Respondent R1 hovoří o čtyřicetileté době totalitního režimu, kdy se komunistická strana snažila vymýt z podvědomí lidí církve jako takovou. Stále však věří tomu, že pokud vyrůstá člověk na křesťanských kořenech, víra je v něm a je automatická. „*Na ulicích lidé vidí kříže u cest, ve městech sochy, umění, literaturu, návštěvy kostela. Nemusí jít za cílem modlitby v kostele, ale na nějaký koncert a zde je může oslovit prostředí. Nebo svědectví lidí, o kterých druzí vědí, že jsou věřící*“(R1). Respondenti shodně udávají, že každý člověk věří v rozdílné věci. „*Každý člověk potřebuje v něco věřit, každý máme svého Boha, ale vidíme ho a nazýváme jinak. Jeden má Boha peníze, všechno obrací na peníze, druhý upřednostňuje zdraví a podřizuje mu všechno*“(R5).

2. Péče o vlastní zdraví

A. Stravování

Všichni respondenti římskokatolické církve uvedli, že jejich den začíná a končí modlitbou. „*Rituálem před jídlem a po něm je vždy modlitba*“(R1). Sestry se stravují zcela

běžně, pokud nemají dietní omezení. „Jídlo je dar Boží, proto se musí sníst vše, co vám připraví na talíř. Není zvykem nějaké jídlo nedojíst“(R5). „Člověk by měl být vděčný za všechno, i za jídlo“(R4). „Dodržujeme páteční a středeční půst. Smyslem není hladovění, ale zdrženlivost od věcí, které nám jsou příjemné. Při půstu se mohou požívat ryby“(R2). Největšími svátky křesťanů jsou Velikonoce, kdy byl vzkříšen Kristus. Zde se striktně dodržuje postní doba, která začíná Popeleční středou a vrcholí Svatým týdnem, kdy si křesťané připomínají ukřižování Ježíše Krista“(R3).

B. Relaxace

Denně se respondenti setkávají s utrpením. Jejich odpočinkem a relaxací je modlitba. „Nezaobírám se problémy, aby mi to nenarušovalo mysl. Když mě něco zasáhne, pomodlím se“(R5). „Všechny starosti odporučím Bohu. Předám mu je modlitbou. Potom už to není tak drastické“(R2). Ve většině odpovědí byla patrná pomoc druhým, bez ohledu na vlastní pocity. „Když někdo potřebuje pomoc, tak mu pomůžu. Nezaobírám se tím, jestli je toho na mě moc. Když ano, tak se pomodlím v kapli a je mi hned lépe“(R3). Jedním respondentem byla zmíněna i běžná relaxace. „Z obyčejných věcí bych mohla například jmenovat sledování nějakého hezkého, odpočinkového filmu“(R1).

C. Ochrana zdraví

Nikdo z respondentů nepije alkohol a nekouří. I v pokročilém věku se snaží dopravit tělu pohyb. „Cvičím. Každý den před ranní modlitbou a snídaní“(R5). „Snažím se hýbat, co to jde. Jsem očkovaná proti chřipce, takže názor na očkování mám dobrý. Mám i vlastní chrup. Je to Boží dar. Nic jiného“(R2). Sestry se snaží stravovat zdravě. „Snažím se žít zdravě. Věci, které škodí, nedělám. Využívám různé vitamínové doplňky“(R1). Jeden z respondentů si posteskl na nedostatek času, který by měl věnovat péči o tělo. „Snažím se jíst zdravě, nekouřím, nepiju alkohol. Měla bych se o tělo starat více, dopřát mu více spánku, ale někdy to nezvládám“(R4).

3. Prevence onemocnění

A. Preventivní očkování

Názory sester na preventivní očkování dětí byly kladné. „Preventivní očkování u dětí je podle mého názoru dobrá věc. Sama nemám žádná nadstandardní očkování. Sestry v domově očkované jsou, protože jsou ve vyšším věku a řadí se do rizikové skupiny“ (R1). „Očkování já osobně nepotřebuji, ale chápu potřebu očkování pro druhé“ (R4). „Jsem očkována proti chřipce, takže názor na očkování mám dobrý“ (R2). „Co se týká očkování, tak pokud jde o epidemii, je očkování v pořádku, ale očkování proti chřipce je zbytečné“ (R3). Při dotazu na preventivní očkování dospělých se objevil jeden zcela negativní názor. „Očkování dospělého člověka je zbytečné. Jsem pro základní očkování u dětí“ (R5).

B. Užívání léčiv

Respondenti římskokatolické církve upřednostňují alternativní prostředky léčby. „Upřednostňuji byliny. Než se rozhodnu jít k lékaři, využívám tuhle metodu. Lékařskou pomoc taky někdy potřebujeme, ale lepší jsou bylinky. Teplý čaj, zábal“ (R5). Objevily se názory na využití alternativní i klasické léčby současně. „Myslím si, že by domácí prostředky a léčbu měli lidi taky využívat. Domácí a klasická léčba léky by mohly chodit ruku v ruce“ (R2). Sestry striktně nezavrhují klasickou léčbu léky. „Léky užívám na cukrovku, na kterou držím i slabou dietu“ (R3).

C. Primární péče

„Na preventivní prohlídky nechodím, jenom když mi něco je. Je to pouhá úřední čina“ (R4). „Myslím si, že primární péče u nás je na dobré úrovni“ (R1). „Primární péče je pro mě nové slovo. Na preventivní prohlídky už nechodím. My, když jsme byli malí, tak jsme k doktorům nechodili“ (R2).

4. Nemoc

A. Církev a nemoc

Zástupci katolické církve vnímají nemoc jako zásah Boha. „Nemoc je navštívení Boží. Bůh to dopustil a je to v jeho plánu. Má se mnou nějaké plány. Možná chce na něco upozornit, něco tím říct“(R5). „Nesu to jako kříž, беру jako příležitost, protože spoustu věcí jsem ve svém životě zpackala a tímhle to mohu napravit a poučit se ze svých chyb“(R4). „Bůh posílá nemoc, aby člověka k sobě přivábil. Člověk si klade otázky proč jsem tady, co mám dělat a co by se stalo, kdybych tady nebyl“(R3). Respondenti shodně tvrdí, že nemoc nás zpomalí a je k dobrému užítku. „Ježíš na jednom místě říká, že nemoc není ke smrti, ale ke slávě. To znamená, že nemoc má jiný důvod. Třeba má člověka na něco připravit. Nemoc nás přiblíží Bohu. Zastavuje nás v rychlém tempu. Když mám zlomenou nohu, nemůžu běhat, ale mohu se věnovat své duši“(R1).

B. Alternativní a klasická léčba

Zástupci církve se shodli v otázce léčby. Všechny respondentky uvedly, že klasická medicína jde ruku v ruce s medicínou alternativní. „V případě nemoci využíváme klasickou medicínu, ale začínáme s alternativní. Užíváme bylinky, které pěstujeme na zahradě. Klasická a alternativní medicína jde u nás ruku v ruce“(R1). Pojem alternativní je spojen s užíváním bylin ve formě odvarů, čajů a mastí. Léčbu začínají alternativně, ale při trvání potíží a nutnosti užívání léčiv předepsaných lékařem kombinují tyto dvě možnosti léčby. „Lékařskou pomoc taky někdy potřebujeme, ale lepší jsou bylinky. Teplý čaj, zábal. Mám zkušenost necat do sebe léky, ale využít domácí prostředky“(R2).

C. Vliv doby na zdraví

Respondenti se vyjadřovali k problematice vlivu moderní doby na zdraví a nemoc. „Dnešní zrychlená doba má obrovský vliv na zdraví a nemoc. Tělo je pořád v napětí a ty nemoci jsou psychosomatické“(R3). „Uspěchaná doba má velký vliv na zdraví a nemoc. Přinejmenším člověka postihne nemoc“(R2). „Dnešní styl života mnohých lidí má obrovský vliv na zdraví a nemoc. Můžeme to vidět na civilizačních nemocech“(R1).

5. Léčebné a diagnostické zákroky

A. Odmítání zákroků

Zástupci církve rezolutně odmítají eutanázii i další zákroky. „Jednoznačně eutanázii. Život nám daroval Bůh a jedině ten nám může život vzít“ (R5). „Bůh nás povolává k životu a taky nás ze života odvolává“ (R1). Objevila se také názor kladný, pokud je na lékařské doporučení a v zájmu pacientky. „Když mi lékař řekne, že je to v mém zájmu, tak to respektuji. Nepodstoupila bych eutanázii a interrupci“ (R4). „Jsem zásadně proti eutanázii. Do toho člověka nevidíme. Musí se s určitými věcmi vypořádat, dát si věci do pořádku se svým okolím, nebo s Bohem. I když je v bezvědomí, nevíme, co se v něm odehrává. Bůh čeká na ten nejvhodnější okamžik, kdy vás nechá zemřít. Pokud vás Bůh nechá v takovém stavu i několik měsíců, tak v tom vidí smysl“ (R3). Respondenti se shodovali v názoru na užívání antikoncepčních přípravků. „Antikoncepci odmítám z principu. Člověk zasahuje do Boží vůle. Odsuzuji to jako takové. Nemám to dáno fundamentalisticky, abych to striktně odsoudila. Vím, že v určitých těžkých situacích se volí menší zlo“ (R4). „Antikoncepce škodí zdraví dítěti i mamince. Naše víra antikoncepci zakazuje. Ale oni na to lidé přijdou sami“ (R2). „Bůh dal muži a ženě možnost počít dítě, tak by to tak mělo být a nejt proti přírodě“ (R3). „V rámci mé víry je užívání antikoncepce proti přirozenému rozmnožování člověka“ (R1). „Rozhodně odsuzuji užívání antikoncepce. Naše víra to zakazuje“ (R5). Vyznavači církve měli jednotný názor i na předmanželský pohlavní život. „Co se týká předmanželského pohlavního života, víra říká ne. Až po sňatku. Je to i taková ochrana lidí a dítěte, které by se narodilo. Vždyť sexuální styk by měl být vyvrcholením lásky dvou lidí. Dobrovolný, láskyplný akt vydání se druhému. Mimo manželství to není správné. Nemělo by jít o pouhé využití druhého k vlastnímu prospěchu“ (R1). „Předmanželský pohlavní život naše víra neuznává“ (R4).

Na otázku umělého oplodnění zastávají zástupci církve jednotný názor. „Nesouhlasím s umělým oplodněním z prostého důvodu. Při takovémto počít dochází k oplodnění více vajíček a následné selekci vícečetného těhotenství. Jedná se o zničení života. Je to zabít“ (R5). „Zde zastávám názor katolické církve. Bůh dal člověku dar, že může spolupracovat na stvoření, ale pokud toho člověk zneužívá a drancuje, není to správné. Vajíčka, která nevyhovují normám, se likvidují a zabíjí se život“ (R1).

Právě v případě předmanželského pohlavního života může dojít k nechtěnému početí dítěte a následnému přemýšlení, zda si dítě ponechat nebo ne, odpovídá sestra na otázku předmanželského pohlavního života a k interrupci dodává: „*Jsem proti přerušení těhotenství i v případě znásilnění ženy. Četla jsem články o ženách, které takto dítě počaly. Jsou šťastné i přes to, že ke vzniku dítěte došlo takovou cestou*“(R1). „*Každý člověk je Bohem chtěný a žena nemá právo ničit takto vzniklý život. Kdo může rozhodovat o životě a smrti člověka? Kdo si vezme na svědomí smrt člověka, který už žije*“(R5)? Názor dalšího respondenta se dotýká interrupce nemocného nenarozeného dítěte. „*Interrupce je vražda. Nejen církve, ale i vědci říkají, že život se vytváří při početí. Těhotenství by mělo pokračovat i v případě znásilnění či nemoci nenarozeného dítěte*“(R2). „*Jsem proti interrupci i v případě znásilnění. Pokud by to mělo ohrozit život matky nebo dítěte, je zde těžké rozhodování. Jde o stupeň heroičnosti – co si myslí matka*“(R4).

B. Život zachraňující zákroky

V této otázce zazněly názory katoliček na transplantace, dárcovství orgánů. „*Pokud dárcovství a transplantace neuškodí dárci, tak to beru jako největší dar, který může někdo někomu dát*“(R4). „*Když je naděje na uzdravení a medicína je na vysoké úrovni, tak je to něco neuvěřitelného a hodně to pomáhá*“(R2). „*Když je orgán dvojitý, tak to jde. Je to správná věc, ten mrtvý člověk už to nepotřebuje a dárcovstvím pomůže druhému*“(R3).

6. Umírání a smrt

A. Pojem umírání a smrt

Katolická církev vidí v umírání a smrti pozitivní završení života. „*U umírajících se modlíme. Když oblékáme sestry do rakve, jejich výraz se úplně změní. Je majestátní, jako když přichází královna ke svému králi do nebe. Úplně září a pro mě jsou to posvátné chvíle, když se u toho člověka modlíme, než naposledy vydechne. Je to vyprovázení do lepšího života*“(R2). „*Smrt je pro nás přechod do věčného života. Určitě se někdo bojí, protože to není věc lehká. My smrt vnímáme jako, jdu do nebe. Je to krok do Boží náruče. My se nebojíme*“(R3). „*Smrt je vyvrcholením života a celý život se na to připravujeme a*

těšíme se na to. Když stojíme před branou, máme také strach, ale je to ten cíl, ke kterému směřujeme. Vzhlížíme ke smrti s touhou a snažíme se svůj život naplnit“(R4).

B. Tišení bolesti

Zástupci římskokatolické církve se snaží bolest přečkat, při nesnesitelných bolestech využívají medikamentózní léčbu. *„Ve stáří často cítíte bolest a musíte si na ni zvyknout. Bolest patří k životu. Léky jen škodí. Pomohou od bolesti, ale co vám udělají s hlavou“(R3)? „Co se týká tišení bolesti, tak v případě silných bolestí podáváme medikamenty“(R2). „Obyčejnou bolest se snažím vydržet co nejdéle. Pokud by byla nesnesitelná, nebráním se analgetikům“(R5). „V případě psychické bolesti, například při ztrátě partnera, prášek, psycholog ani psychiatr nepomohou. Jedná se obrovskou bolest a antidepressiva to nevyřeší. Bolest se jen zakuklí a necítíte ji tak silně. A v případě vysazení léků opět ta samá bolest přichází. Člověk by měl tuto bolest vydržet, přetrpět, aby přirozeně odešla“(R1).*

C. Péče o umírající a zemřelé

Římskokatolická církev klade důraz na blízkost člověka v poslední fázi života. *„Děláme jednu zásadní věc. Nenecháváme je samotné. Držíme je za ruku a modlíme se. Buď s ním, nebo samostatně nahlas“(R3). „Chceme být s ním do poslední chvíle. Každý z nás by si přál, aby ho někdo takto vyprovázel. I pro nás je to obohacení. Jsou to slavnostní okamžiky“(R5). „Při vyprovázení člověka na poslední cestu se za něho modlíme a shromáždíme se“(R2). „Nechceme, aby naši blízcí umírali v nemocnici, ale doma, abychom se u nich mohli modlit a střídat se“(R4). „Po smrti se všechny za sestru modlíme. Dává se svátost nemocných“(R2). „Mám možnost se s tím člověkem rozloučit a poděkovat za všechno, co mi dal a odprosit ho za všechno, čím jsem mu ublížila. Po smrti ho oblékneme, všechny sestry se sejdou a zazpívá se na rozloučenou společně. Pohřební mši a pohřeb vykonáváme zde v klášteře“(R4).*

7. Spiritualita ve zdravotnictví

A. Zdravotníci a spirituální péče

Zástupci římskokatolické církve nevěří na duchovní péči, kterou zajišťují zdravotníci. „Hodně záleží na sestrách, jestli jsou věřící. Intimita i spiritualita je pro věřící v nemocnicích zajišťována. Stačí si najít čas a popovídat. Nemyslím, že by někdo v nemocnici měl zájem naslouchat pacientům. Není na to čas“(R2). „Jádrem člověka je spiritualita, proto se jí přikládá takový důraz. Tělo můžeme operovat, jak chceme, ale pokud má člověk uvnitř sebe nějakou bolest, tak se to projeví i v jeho statice a je problém“(R1). „Nevím, jak by zdravotníci zajišťovali spirituální péči. Do nemocnic docházíme my, sestry a kněží“(R3). „Myslím, že nemocniční kaplan je přínosem, ale sám neobsáhne velké množství pacientů, kteří potřebují podporu“(R5).

B. Zdravotníci a duchovní

Pohled mapuje přístup zdravotníků k duchovním, kteří poskytují spirituální péči ve zdravotnickém zařízení. „Zdravotníci nás vnímají spíše jako přítěž“(R3). „Je to člověk od člověka. Někde na oddělení vás přivítají a jinde už z postoje sester poznáte, že jsme nevídaným hostem“(R5). „Těžko říct u dnešní mladé generace sester a lékařů. V Praze v Motole jsou spirituální služby na vysoké úrovni a zdravotníci jsou zvyklí. Menší nemocnice však pokulhávají. Určitě bych zlepšila spolupráci zdravotníků a představitelů církve ve smyslu zlepšení informovanosti zdravotníků ohledně poskytování spirituální péče“(R2).

C. Prostor pro modlitbu

Z rozhovoru vyplývá, že pro mši v menších zdravotnických zařízeních není prostor. „Je škoda, že v menších nemocnicích není místo pro modlitbu. Ani není místnost určena k rozhovorům o samotě“(R5). „Udělovat svátost chodí duchovní na vyžádání nemocného nebo jeho rodiny. Svátost se provádí u lůžka nemocného, protože není nikde určena místnost, kde by byl klid a soukromí“(R3). „Duchovní nebo kaplan chodí za nemocnými na zavolání a rozpráví s nemocnými, podporuje je a rozpráví. V naší nemocnici není určena místnost k takovým službám. V Motole je například kaple, kam nemocní dochází“(R2).

D. Zajištění intimity

Sestry vnímají zajištění intimity v nemocnicích jako velký problém. „Všichni víme, jak to chodí v naší nemocnici, že? Když jsem však chodila k sestřím Boromejkám na praxi, byl u každé postele závěs a intimita byla zajištěna“ (R1). „U lékaře jsem zažila dost nepříjemnou věc. Lékař mě vyšetřoval a najednou procházeli kolem nějací dělníci a nechali otevřené dveře. Byla jsem rozzlobená. Mělo by se na intimitu pacientů více dbát“ (R2). „Záleží na zařízení a jednotlivcích. Tady v klášteře je intimita zcela zajištěna. V nemocnicích moc ne“ (R4). „Intimita v nemocnici u Milosrdných bratří, kde jsem byla na operaci, byla zajištěna dobře. Tam se na to dbá. O normální nemocnici si to však nemyslím. Péče je nedostatečná. Sestřičky koukají jak rozdat léky, ale aby si všimly něčeho navíc, to ne“ (R3).

E. Hodnoty pacientů z pohledu duchovních

Zástupci církve římskokatolické hovořili o potřebách nemocných. Hodnotili potřeby svým pohledem. „Nejdůležitější je důvěra v sestru a její přístup k nemocnému“ (R4). „Sestra by měla znát určitá specifika církve, aby pacient věděl, že se orientuje. Důležitá je komunikace, přístup k nemocnému a naslouchání“ (R5). „Nemocný potřebuje, aby mu někdo naslouchal. Potřebuje důvěřovat osobě, která o něho pečuje“ (R2). „Nemocný člověk potřebuje nejen sestru, která má teoretické a praktické znalosti, ale ocení empatii, komunikaci a důvěru. Důležité je i zachování intimity nejen při rozhovorech, ale i v tělesné oblasti“ (R3). „Komunikace, naslouchání, důvěra, empatický přístup, intimita“ (R1).

4.2 Výsledky polostandardizovaného rozhovoru souboru B

Respondent 1 je muž, 41 let, má vysokoškolské vzdělání na teologické fakultě. K víře ho přivedli rodiče, širší rodina a přátelé. Čtrnáct let působí jako farář.

Respondent 2 je muž, 62 let, má vysokoškolské teologické vzdělání, je absolventem jednoletého nástavbového studia v Německu. Pracuje 23 let jako duchovní se zaměřením na pastorační činnost. Zabývá se poradenstvím v oblasti rodičovství a manželských vztahů. Vzdělával se také na vzdělávacích kurzech doktora Matějčicka, Krívohlavého a dalších lektorů.

Respondent 3 je muž, 58 let, má vysokoškolské vzdělání, byl učitelem hudby a vystudoval bakalářské studium teologické fakulty. Dvacet let působí jako farář. Než započal práci faráře, hrál mimo jiné i na kostelní varhany při bohoslužbách.

Respondent 4 je žena, 34 let, má vysokoškolské vzdělání na teologické a pedagogické fakultě. Civilním zaměstnáním je evangelická farářka a učitelka německého jazyka. Členem církve je od narození. K církvi ji přivedli rodiče a později společenství, které navštěvovala.

Respondent 5 je žena, 42 let. Má vysokoškolské vzdělání na teologické fakultě a v církvi působí profesně dvanáct let. K víře ji přivedli rodiče v útlém věku.

1. Forma vyznání

A. Charakteristika církve

Respondenti Českobratrské církve evangelické se snažili charakterizovat svoji víru. *„Svoji víru vyznávám při bohoslužbách, modlitbách, zpěvem, rozhovorem a angažovaností v občanských a dobročinných aktivitách, výchovou svých čtyř dětí a vlastně celým životem. Naše církve usiluje o vyjádření víry uprostřed složitého světa, ale nebuduje náhradní prostor mimo svět“*(R1). Víra u jednotlivých respondentů je zřejmá i osobním životě. *„Otevřenost, důraz na kázání, zpěv tradičních písní. Víru vyznávám v osobním životě, ve společenství při bohoslužbách nebo pobožnostech a v neposlední řadě i v rodině“*(R4). *„Jde o člověku blízkou církve. Církve je srozumitelná, otevřená a láskyplná“*(R5).

B. Respondenti a církve

Většinu respondentů provází víra od útlého dětství, kdy rodiče vštěpovali dětem základy evangelické církve. *„K víře mě přivedli rodiče, širší rodina a přátelé“*(R1). *„Jsem věřící již od malička a farářem jsem se stal před 1,5 rokem“*(R4). Jeden z respondentů se k církvi dostal v dospělosti, i přes nelibost rodičů. *„Rodiče byli členy komunistické strany, proto nesli velice nelibě, že se zabývám vírou a chci být farářem. Pro tuto církve jsem se rozhodl sám, na základě svého přesvědčení“*(R3).

C. Veřejnost a církve

Českobratrskou evangelickou církev vyznávají všechny věkové kategorie a o církvi se dozvídají z různých informačních zdrojů. „*Naši víru vyznávají lidé všech věkových kategorií a dozvídají se o ní od přátel, známých, rodičů. Možná i z webu nebo vývěsky*“ (R1). Jeden z respondentů (R4) uvedl, že církve navštěvují především starší lidé a mladé rodiny s dětmi. „*O církvi se dozvídají v osobním kontaktu a z médií*“ (R4).

2. Péče o vlastní zdraví

A. Stravování

„*Stravuji se zcela normálně, svépomocí. Nijak se neomezují, ale jím střídavě. Co se týká rituálů před stravováním, tak jednoznačně modlitba*“ (R1). Jeden z respondentů uvedl, že je vegetariánem. „*Jsem vegetarián, nekouřím, nepiji alkohol, neužívám žádné drogy*“ (R3). Rituály spojené se stravováním jsou pouze v modlitbě před požitím jídla. „*Rituály žádné nemáme, pouze modlení před jídlem a večer*“ (R5). „*Postíme se v období Velikonoc, jako všichni křesťané. Nehladovíme, ale jíme střídavě*“ (R4).

B. Relaxace

Způsob relaxace je pro každého z respondentů jiný. Větší část se přiklání k relaxaci ve formě aktivního sportu a pobytu v přírodě. „*Jezdím na kole, běhám, chodím do přírody, někdy si zahraju golf. V domě, který jsem vybudoval s manželkou, je klid a velkou zásluhu na tom má právě ona. Manželka mi zajišťuje dokonalé zázemí. Okolo domu jsou lesy a příroda. To je pro mě relax*“ (R3). V jednom z rozhovorů zazněl názor, že fyzická práce je také druhem relaxace. „*Pokud se chci odreagovat, nejčastěji volím poslech hudby, sleduji film, sportuji. Někdy vyhledávám i fyzickou práci, například na zahradě. Hlava se pročistí a odpočine si*“ (R5). „*Chodím do přírody a rozhlížím se po krajině, je to pro mě něco, co mi dodává pozitivní energii*“ (R2).

C. Ochrana zdraví

Vyznavači církve se vyjádřili k otázce ochrany vlastního zdraví. Z většiny odpovědí byla patrná snaha o dodržování zdravého životního stylu. „*Čistím si zuby, cvičím na bolavá záda, plavu, běhám jedenkrát v týdnu a hraji fotbal*“ (R1). „*Bohužel nespím, kolik*

bych měl. Snažím se zachovávat pitný režim. Piji čistou vodu, chodím svižným tempem, nekouřím, nepiji alkohol, otužuji se, chodím do sauny a nedokonale cvičím“ (R2). Psychická pohoda hraje v případě ochrany zdraví podstatnou roli. „Ochrana mého zdraví spočívá v psychickém uvolnění. Je dokázáno, že pokud člověk není v psychické pohodě, má sníženou imunitu a tím i oslabenou lidskou schránku. Tím vznikají různé nemoci“ (R3).

3. Prevence onemocnění

A. Preventivní očkování

Názory na preventivní očkování se ve čtyřech odpovědích shodovaly. „Akceptuji základní očkování u dětí, neakceptuji očkování proti běžným nemocem“ (R5). „Všeho s mírou. Očkování dětí na základní onemocnění ano. Očkování navíc, jako například na chřipku, jsou dle mého názoru zbytečná. Nepřikláním se k názoru rozhodně neočkovat, ale setkal jsem se i s případy, kdy po očkování u dítěte vznikla závažná reakce, která měla vážné zdravotní důsledky“ (R3). Jeden z názorů měl pozitivní ohlas na očkování. „Uznávám je jako nutnou ochranu pro celou společnost“ (R4).

B. Užívání léčiv

Respondenti nemají problém s užíváním léčiv, ale vyhýbají se nadměrnému užívání. „Nebráním se užívání léčiv, ale v rozumné míře“ (R5). „Spíše upřednostňuji alternativní medicínu“ (R2). „Když je třeba brát léky, tak nejsem proti, na druhou stranu nejsem zastáncem brát léky hned“ (R1).

C. Primární péče

„Je dostačující, někdy až zbytečná“ (R5), tvrdil jeden z dotazovaných respondentů. Tři respondenti uvedli, že primární péče v České republice je na dobré úrovni. „Myslím, že je na dobré úrovni“ (R4). Jeden zástupce Českobratrské církve evangelické uvedl, že není orientován v problematice primární péče. „Nevím, co je primární péče“ (R1). Po vysvětlení pojmu se vyjádřil k tomu, že primární péče je na dobré úrovni.

4. Nemoc

A. Církev a nemoc

Všichni oslovení respondenti se shodují v otázce nemoci a církve. Nemají vyhraněný názor, že nemoc je Božím trestem. „Rozhodně naše církev nevnímá nemoc jako Boží trest. Je to důsledek našeho jednání a konání, kterým si nemoci přivodíme“ (R3). „Nemoc je přirozená součást našeho života. Situace, v níž je třeba poskytnout nemocnému zvýšenou péči“ (R5). „Církev oficiální stanovisko k nemoci nevydala, pokud je mi známo, tak jej v dokumentech nemá“ (R1).

B. Alternativní a klasická léčba

Všichni respondenti se přiklání ke klasické léčbě. Alternativní využívají při běžných nachlazeních. „Klasické medicíny si nesmírně vážím. Víím, že má vědecký základ a pomáhá v mnohém ohledu. Přírodní produkty jako například výtažky z bylin vnímám jako bohatství, která mohou dopomoci člověku cítit se lépe. Byliny jsou jako prevence nejlepší“ (R2). „Zde záleží na druhu nemoci. Pokud jde o běžné nachlazení, tak jednoznačně teplý čaj, byliny, citron a med. Pokud jde o vážné onemocnění, klasická medicína s podpůrnými alternativními metodami jde ruku v ruce“ (R4).

C. Vliv doby na zdraví

Dotazovaní respondenti církve Českobratrské evangelické souhlasí s názorem, že dnešní moderní doba, kdy žijeme ve spěchu a stresu, má vliv na zdraví a nemoc jedince. „Hektický a uspěchaný svět má jednoznačný vliv na zdraví a nemoc člověka“ (R1). „Lidé se honí za tituly, pozici, mocí a úspěchem. Chtějí, aby měl den více hodin. Den má hodin pořád stejně, ale my plýtváme časem, svojí energií na zbytečnosti. Nakonec zjistíte, že krása života je v něčem úplně jiném. Je v přítomnosti druhého člověka a radosti z maličkostí“ (R3).

5. Léčebné a diagnostické zákroky

A. Odmítání zákroků

Respondenti nemají zásadní problém s podstoupením léčebných a diagnostických zákroků v případě nutnosti. Jeden respondent by nepodstoupil interrupci (R4) a jeden zmínil eutanázii. *„Nepodstoupil bych eutanázii. Tato problematika je velice diferencovaná. V zásadě jsou církevní stanoviska proti, a pro posílení hospicové péče. Já osobně jsem této možnosti spíše nakloněn. Jeden z důvodů je i to, že jsem působil 1,5 roku v léčebně dlouhodobě nemocných“* (R1).

Jeden respondent se k užívání antikoncepce a pohlavnímu předmanželskému životu nevyjádřil. Jeden respondent se k otázce antikoncepce nevyjádřil a zastával názor začít pohlavní život s právoplatným partnerem. *„Předmanželský život rozhodně ne. Z několika důvodů. Podle odborné veřejnosti není žena připravena na pohlavní život dříve než ve dvaceti letech. Muž začíná podstatně dříve, zhruba v patnáctém roku věku. Ti dva se nemohou zákonitě spojit, protože ta dívka je vyděšena. Ne po stránce fyzické, ale psychické“* (R3). Jeden z respondentů prohlásil, že neschvaluje hormonální antikoncepci. *„S antikoncepcí problém nemám, pouze s určitými druhy antikoncepce. Osobně neschvaluji hormonální a doporučila bych přirozené plánované rodičovství“* (R4). *„Myslím, že se nedá mladým lidem diktovat, zda spolu mají spát před svatbou nebo ne. Jde o to, vést je k zodpovědnosti. Nabídnout jim ideál, ke kterému mohou směřovat. Například pohlavní styk až po svatbě“* (R4).

Čtyři z pěti respondentů se shodují na ukončení těhotenství z několika důvodů. *„Pokud se jedná o znásilnění, ohrožení života matky, nebo postižení dítěte. Proč matky? Z náboženského hlediska má život matky větší cenu“* (R3). *„Akceptuji v případě vážného ohrožení života matky, nebo kriminálního činu (znásilnění)“* (R4). Jeden respondent se k otázce interrupce staví negativně. *„K interrupci se stavím notně konzervativně. Život jsme si nedarovali, tak nemáme právo si ho brát. K otázce postižení plodu jsem otevřený. Respektuji rodiče, kteří donosí plod i přes vyřčenou diagnózu postižení dítěte. V případě znásilnění jsem toho názoru, že nikoho nelze hnát k zodpovědnosti a je pouze na člověku, jak se rozhodne“* (R2).

B. Život zachraňující zákroky

Za život zachraňující zákroky byly považovány dárcovství a transplantace orgánů. Všech pět respondentů podporuje výše jmenované zákroky a souhlasí s nimi v případě potřeby. „*Transplantace akceptuji a dárcovství orgánů podporuji*“(R5). „*K oběma zákrokům mám kladný vztah*“(R1). „*Podstoupil bych všechno. Darování a transplantaci orgánů. Pokud by to někomu pomohlo, tak ano. S převodem krve také nemám problém*“(R1).

Zástupci církve Českobratrské evangelické se shodují na vědeckém pokroku, který umožňuje neplodným párům počít dítě. „*Jsem mimořádně vděčný za pokrok v medicíně. Vnímám i určitá rizika u oplodnění neznámým dárcem, kdy z genetického hlediska nevíme dopředu, jaký ten jedinec bude například po stránce sociální. Nehledě na to, že někteří rodiče následně nechtějí úplně převzít zodpovědnost a rodičovskou roli*“(R2). „*Pokud je dítě obou rodičů, je to pořádku. Problém nastává v případě oplodnění dárcem. Rodiče s odstupem času nevidí u dítěte své povahové a fyzické rysy. Odtahují se od dítěte proto, že jim nesplnilo jejich představu nebo požadavky*“(R3).

6. Umírání a smrt

A. Pojem umírání a smrt

Umírání a smrt vnímají zástupci Českobratrské církve evangelické jako nevyhnutelnou součást života. „*Naše církev vnímá umírání a smrt jako součást života. Není to část tragická, protože naše naděje je i navzdory smrti*“(R1). „*Náročná součást života, která vyžaduje zvláštní péči*“(R5). „*Důležitá součást života*“(R4). Respondenti zmínili problematiku eutanázie. „*Naše víra nezakazuje nic v době umírání a smrti. Eutanázii beru jako selhání při doprovázení umírajícího, nebo jako neschopnost okolí pomoci trpícímu. Nesouhlasím s ní*“(R4). „*Jednoznačný názor není, převažuje spíše opatrný až negativní postoj. Osobně principiálně neodmítám, vždy záleží na situaci*“(R5).

B. Tišení bolesti

„*Bolest tišíme svojí přítomností, čtením z Písma, písní*“(R1). Kromě předchozího uvedeného názoru čtyři respondenti uvedli, že bolest zmírňují podanými analgetiky podle

ordinace lékaře a dle potřeby. „Podle situace a potřeby“(R4). „Já osobně jako nemocniční kaplan tiším bolest svojí přítomností a sdílením bolesti s trpícím člověkem, kterému dodávám odvahu“(R2).

C. Péče o umírající a zemřelé

„O umírající pečujeme tak, že se s nimi snažíme být co nejvíce. Naše přítomnost je pro ně důležitá. Rituály u zemřelého naše církev neprovádí“(R1). „Mše, či jiné obřady ve zdravotnickém zařízení neprovádíme. Není to zvykem, myslím si ale, že na vyžádání by se to dalo zařídit“(R5). „Nemáme žádné rituály po smrti člověka. U umírajících provádíme návštěvy, rozhovory jak s nemocnými, tak s jejich příbuznými. V případě úmrtí provádíme pohřební bohoslužby, nebo rozloučení se zemřelými“(R4).

7. Spiritualita ve zdravotnictví

A. Zdravotníci a spirituální péče

Respondenti odpovídali na otázku týkající se dostatečného zajištění spirituální péče v nemocnicích zdravotníky. Shodně uvedli, že duchovním potřebám nemocných se nevěnuje dostatečná pozornost. „Nemyslím si, že je v nemocnicích věnována pozornost duchovním potřebám nemocných. Změnil bych přístup zdravotníků k nemocným, kteří vyznávají jakoukoliv víru. Zdravotníci nejsou orientováni v různých náboženstvích, církvích ani víře člověka. K tomu, aby zdravotníci změnil přístup k nemocnému, by možná stačilo jediné. Mluvit s nimi o tom, že celkově spokojený pacient, a to i po duchovní stránce, bude i pro ně samé milejší a lépe spolupracující“(R1). „V nemocnicích není dostatečně zajišťována spirituální péče. Vylepšit by se to dalo větší provázaností zdravotníků s duchovními. Duchovní péče by měla být zařazena do vzdělávacího programu ve školách zdravotnického a sociálně-zdravotnického zaměření. Dále návštěvy seminářů s odborníky z řad teologů a psychologů“(R3). Nemocniční kaplan vidí duchovní péči poskytovanou zdravotníky v lepší komunikaci, etice a empatii. „Duchovní péči rozumím zaměřením se na potřeby pacienta v nemoci. Žáci ve školách se nemusí učit rozlišovat církve nebo náboženská hnutí. Komunikace, etika, schopnost empatického vnímání. Je možno naučit se klást otázky, ale nejsem si jist naučením se empatickému vnímání pacienta“(R2).

B. Zdravotníci a duchovní

Na otázku, zda zdravotníci vnímají nemocničního kaplana či duchovní, kteří dochází k nemocnému jako pomoc nebo přítěž byli respondenti shovívaví. „Proto, aby zdravotníci a duchovní spolupracovali, je potřeba zařadit nemocničního kaplana do standardního týmu každé nemocnice. Zaměřila bych se na větší osvětu v tomto směru“(R5). „Zde by měla nastat změna prosazováním duchovních potřeb samotnou nemocnicí a jejím vedením. Měla by zde fungovat podpora z více stran“(R4). „Spíš si s kaplany a duchovními zdravotníci nevědí rady a neví, jak se k nim mají chovat“(R5). Objevil se i názor neutrální. „Asi záleží na nemocnici a jejím konkrétním prostředí a osobách, které jsou přítomny. V místě mého bydliště nemocniční kaplan nepůsobí“(R4).

C. Nemocnice a místo pro modlitbu

Zda mají nemocnice určené místnosti nebo kaple určené k rozjímání či modlitbám se respondenti vyjádřili různě. „V nemocnici, kam docházím, je kaple. Chodící nemocní tam mají možnost dojít. Je to velká nemocnice“(R5). „U nás nepůsobí ani kaplan, natož aby v nemocnici byla určena místnost pro modlitbu“(R4). „Působím jako nemocniční kaplan. Chodím navštěvovat nemocné na jejich lůžku, nebo pokoji, kde jsou i ostatní pacienti. Nedělám rozdíly, ale snažím se věnovat všem stejně. Vnímám však, že někteří pacienti by se lépe otevřeli, kdyby mohli se mnou strávit čas o samotě. Bohužel místnost k takovým rozhovorům v nemocnici není“(R2).

D. Zajištění intimity

Na otázku, zda je ve zdravotnických zařízeních dostatečně zajišťována intimita pacientů, odpověděli všichni dotazovaní respondenti záporně. „Jak ve kterých. Je těžké to shrnout do jednoho celku. Myslím si, že vesměs se na zajištění intimity u pacientů moc nedbá“(R1). „Na zachování intimity se moc nedbá“(R3). „Připadá mi, že slovo intimita se ještě nedostalo některým zdravotníkům pod kůži“(R5).

E. Hodnoty pacientů z pohledu duchovních

Respondenti církve Českobratrské evangelické uvedli, jaké hodnoty podle jejich názoru uznávají lidé v nemoci. „Důležitá je komunikace a naslouchání nejen nemocnému,

ale i zdravému člověku“(R2). „Důvěra ve zdravotnický personál, ochota pomáhat a naslouchat. Lidé potřebují komunikaci a blízkost druhého člověka“(R4). „Sestra nemusí podrobně znát různé druhy náboženství, nebo církvi. Pokud se trochu orientuje v určité oblasti náboženství, tak je to pro ni výhodou. Důležitější je pro nemocného naslouchání, důvěra, ochota pomoci a další“(R1). „Pokora, důvěra, ohleduplnost. Zajištění soukromí pro rozhovory“(R3). „Ochota pomoci, naslouchat, komunikovat a zajistit soukromí při rozhovoru. Zachovávat intimitu je pro mne samozřejmostí“(R5).

4.3 Výsledky polostandardizovaného rozhovoru souboru C

Respondent 1 je žena, 79 let, má středoškolské ošetrovatelské vzdělání, civilním zaměstnáním byla ošetrovatelkou. K církvi ji přivedli rodiče, kteří byli u stejné církve.

Respondent 2 je žena, 57 let, vystudovala teologickou fakultu. Civilním zaměstnáním je farářka. K církvi ji přivedli rodiče. Maminka byla farářka. Ona sama působí jako farářka 33 let.

Respondent 3 je žena, 61 let, vystudovala teologickou fakultu. Od roku 1979 působí jako farářka. K církvi ji přivedli spolužačky a následně farář.

Respondent 4 je muž, 47 let. Vystudoval teologickou fakultu v Olomouci. Působí jako farář dvacet let. K církvi ho přivedli rodiče, kteří byli téhož vyznání.

Respondent 5 je muž, 50 let, má vysokoškolské vzdělání. Civilním zaměstnáním je farář. K církvi ho přivedli rodiče již v dětském věku.

1. Forma vyznání

A. Charakteristika církve

Respondenti církve Československé husitské se snažili charakterizovat svoji víru. „Svoji víru vyznávám při bohoslužbách a modlitbách“(R5). „Specifikou naší církve je to, že jsme církev národní a ve světě nemáme sesterskou církev. Nejsme podřízeni papežovi, nemodlíme se ke svatým. Svoji víru vyznáváme tak, že se pravidelně účastníme ve sborových akcích svědectví života“(R3). „Lišíme se od římskokatolické církve tím, že oni uctívají samé svaté a to my vůbec ne. Přece už druhé přikázání tvrdí, že se nebudeme klaněti modlám a sochy svatých jsou pro mě modly. Já uctívám Ježíše Krista a Pána Boha a

Ducha Svatého“(R1). „*Jsme církev protestantská, reformovaná. Protestantská proto, že ti první biskupové protestovali proti katolíkům. Reformovaná proto, že jsme se reformovali na jinou církev. Katolíci na nás pohlížejí jako na nehodné a neznalé Boha*“(R2). „*Jsme církev, která světí ženy jako kněze. To je výrazná specifikace. Evangelíci například nemají svěcení jako svátost. Ti mají ordinaci kněze, neboli stanovení do funkce. My a evangelíci máme faráře muže a ženy. Oproti katolíkům přijímáme pod obojí*“(R4).

B. Respondenti a církev

Všechny zástupce Československé církve husitské přivedli k víře rodiče, kteří byli také členy církve. „*Celý život jsem byla u téhle církve, protože u ní byli i moji rodiče, kteří mě k tomu přivedli*“(R1). „*Do sboru mě přivedly spolužačky a následně farář*“(R3). „*Jsem věřící již od malička. K víře mě přivedli rodiče, kteří byli členy církve. Zalíbilo se mi to natolik, že jsem začal studovat po gymnáziu teologii*“(R4). Respondenti sdělili, jak vyznávají svoji církev. „*Víru vyznávám tím, že jsem farář. Křtíme děti, až po staré lidi*“(R2).

C. Veřejnost a církev

Církev Československou husitskou vyznávají všechny věkové kategorie. Ve větším měřítku však ročníky starší. „*Všechny věkové kategorie vyznávají naši církev, ale více starší ročníky. Stane se i to, že přijde mladý člověk a chce pokřtít u nás, protože si tuto církev vybral*“(R2). „*Největší věková kategorie je od padesáti let a výše. V předrevolučním období se lidé do církve nedoplňovali, to máme 25 let. Jsme církev starých*“(R5). O církvi se veřejnost může dozvědět z různých informačních zdrojů. „*Lidé se o nás dozvídají různými způsoby. Například na sociální síti, nebo když se konají bohoslužby v médiích. K propagaci můžeme zařadit i vývěsní skříňku*“(R3). „*Vychází celocírkevní časopis Český zápas. Venku mám vývěsku, kam dávám aktuality a lidé jsou na to naučení*“(R2). „*Lidé se o nás dozvídají z webových stránek. Některé obce vydávají svůj časopis nebo brožury*“(R5). „*Naše náboženství uctívají spíše starší generace, jako jsem já. To víte, za komunismu ta církev byla zakázaná, tak těch mladých je málo. Spíše ti starší. Lidé se dozvídají o nás například, když je Noc kostelů. Přicházejí sem a ptají se. V klášteře Vám všechno ukážou, vysvětlí, to se mi líbí. Je to jednou za rok, v květnu*“(R1).

2. Péče o vlastní zdraví

A. Stravování

„Stravuji se normálně. Žádnou dietu zatím nedržím. Pokud by bylo třeba dodržovat nějaký dietní režim, spojený s určitým onemocněním, tak bych to samozřejmě dodržel“ (R5). „Nemám žádná dietní omezení, ale stravuji se střídavě. Nepřejídám se. Jím pětkrát denně v menších dávkách. Naše církev nemá žádná dietní omezení“ (R4), odpověděli respondenti na otázku, jak se stravují. Další zástupci vybrané církve doplnili ke stravování i typický průběh jejich dne. „Ráno vstanu, nasnídám se. Poté čtu knihy, nebo pracuji na počítači. Tak jedenkrát v týdnu. Nebo jdu na faru a snídám až v kanceláři. Denně se modlím před spaním a někdy před jídlem, ale není to vidět. Jen tak v duchu. Dělá účetnictví, korespondenci, připravuji hodinovou bohoslužbu, kterou máme v neděli“ (R2). „Stravuji se v domácím prostředí a žádné rituály spojené se stravováním nemám“ (R3). „Postíme se v době Velikonoc. Nemyslím, že by se to striktně dodržovalo, ale nejíme v tomto období maso“ (R2).

B. Relaxace

Způsob relaxace je pro všechny zástupce vybrané církve podobný. „Ráno vstanu, zacvičím si, pak si uvařím oběd, pak jdu ven a potom se navečeřím. Často chodím na procházky“ (R1). „Chodím na dlouhé procházky. Někdy sama, jindy s dětmi a jednoznačně modlitba“ (R3). „Jsem vesnický člověk. Volný čas trávím na zahrádce. Koukám na sluníčko, drbu pejsky, kočičky a dva beránky. Nebo jdu na zámek, k rybníku. Miluji také papírnictví kvůli vůni i věcem, které tam mají“ (R2). Dva respondenti kromě relaxace v přírodě volí také aktivní odpočinek. „Jezdím na kole nebo chodím běhat. V zimě lyžuji.“ (R4). „Rád plavu. V létě v rybníku a v zimě navštěvuji bazén“ (R5).

C. Ochrana zdraví

Vyznavači církve vysvětlili, jak sami ochraňují vlastní zdraví. „O své zdraví pečuji tak, že každé ráno cvičím a nejím vysloveně nezdravé věci. Svě zdraví si chráním preventivně“ (R3). „Nekouřím, nepiji alkohol a chodím na preventivní prohlídky k lékaři“ (R5). Jeden z respondentů uvedl, že k lékaři nechodí. „Nechodím k lékaři“ (R2). „Sama si své

zdraví chráním například tím, že v období chřipek nechodím tolik mezi velké shromáždění lidí“(R1). „Snažím se jíst zdravě, sportovat a být v psychické pohodě“(R4).

3. Prevence onemocnění

A. Preventivní očkování

Názory na preventivní očkování se odlišovaly. „Preventivní očkování sebe samé považuji za zbytečné. Například očkování proti chřipce. U dětí jsem naopak zásadně pro očkování základních vakcín. O preventivní očkování například na klíšťata si rodiče mohou rozhodovat sami“(R3). „Jsem pro preventivní očkování hlavně u dětí. Nechápu dnešní matky, že nechtějí očkovat děti na černý kašel a obrnu. Nemyslím očkování na chřipku, to je zbytečné“(R2). „Preventivní očkování nemám žádné, protože se mi to zdá zbytečnost“(R1). Dva z respondentů hodnotí kladně preventivní očkování dětí i dospělých. „Jsem očkovaný proti chřipce a klíšťatům. Jsou to nadstandardní očkování a myslím, že pokud se člověk pohybuje například v rizikové oblasti nadměrného výskytu klíšťat, měl by být očkovan. Preventivní očkování dětí je samozřejmost“(R4). „Souhlasím s preventivním očkováním dětí. Očkování dospělému člověku nemůžete přikázat. Rozhodnutí je na každém jedinci. V dnešní době však očkování takzvaně navíc není rozhodně od věci“(R5).

B. Užívání léčiv

Respondenti církve československé husitské se nestaví odmítavě k užívání léčiv. „Léčiva užívám dle potřeby. Když je to nutné a doporučené lékařem, tak je užívám. Já osobně mám léky na cholesterol“(R3). „Léčiva užívám na doporučení lékaře. Pravdou je, že než vezmu tabletky, snažím se vyléčit sám. Například tím, že si dám horký čaj s citronem a medem“(R5). „Léčiva ano, ale v rozumné míře. Leckterá léčiva se dají nahradit bylinami“(R4). „Upřednostňuji spíše přírodní léčebné metody. Kozlíkem lékařským jsem nahradila antidepresiva, která jsem začala užívat, když mi zemřela maminka“(R2).

C. Primární péče

Zástupci církve hodnotili primární péči v České republice. Čtyři respondenti uvedli, že primární péče v České republice je na vysoké úrovni. „Jsem rád za primární péči u

nás. Myslím, že je na vysoké úrovni“(R4). „Pravidelně chodím na koloskopii každé čtyři roky, ale na vyšetření prsu jsem nebyla asi deset let“(R1). „Chodím na pravidelné preventivní prohlídky a primární péči vnímám jako velkého pomocníka a díky Bohu za ni“(R3). „Primární péče u nás je na velmi dobré úrovni. Preventivní vyšetření dětí i dospělých je velkým plusem při předcházení závažným onemocněním“(R5). Jeden respondent uvedl, že lékaře nevyhledává, avšak na preventivní vyšetření se dostavil. „Nedávno jsem se s praktickým lékařem pohádala ohledně mamografického vyšetření. Nakonec jsem na vyšetření jela, abych měla klid.“(R2).

4. Nemoc

A. Církev a nemoc

Československá církev husitská a její zástupci nevnímají nemoc jako trest Boží. „Nevnímám nemoc jako trest. Člověk to musí brát tak, jak to přijde. Neberu to jako Boží trest“(R1). „Naše církev se nedívá na nemoc jako na trest Boží. Jsme organismus, který je poruchový a může se porouchat. Samozřejmě, když k nemoci budu přispívat kouřením a pitím alkoholu, tak se nemůžu divit. Musím počítat s tím, že umřu dřív. Nejvíce mi ale u těchto lidí vadí, že potom přijdou k lékaři, nastaví ruku a řeknou – tak a tady jsem a teď mi dej to zdraví“(R2). „Nejsme názoru, že nemoc je takzvaně něco za něco. Nemoc patří k životu“(R4). „Čas zastavení se a přemýšlení. Nemoc je jakási brzda, abychom zpomalili své tempo“(R3).

B. Alternativní a klasická léčba

Tři respondenti tvrdí, že alternativní medicína by měla být ve vzájemném propojení s medicínou klasickou. Metodou první volby je však alternativní medicína v podobě bylin. „Léky používám zřídka, jen když je nejhůř. Spíše začínám takzvanými babskými radami. Čaj s medem a citronem, šalvěj a další. Trpím na vysoké horečky a pak ten čaj popijím třeba bylinkový. S antibiotiky čekám.“(R1). „Nemám ráda termín alternativní medicína. Bylinky tady byly vždycky, báby kořenářky taky. Nevím tedy, proč by se měl teprve teď objevit pojem alternativní. Samozřejmě neriskuji to, abych při vážném onemocnění užívala pouze byliny, zde je tedy na místě léčba farmakologická“(R2). „Dle

mého názoru by se mělo začít postupně. Neužívat hned například antibiotika, ale zkusit nějaké bylinky ve formě čaje nebo masti. Když to nezabere, tak navštívit lékaře, který nějaké léky předepíše“(R5). „Pokud člověk žije zdravým způsobem života, léčba banálních onemocnění se vyřeší nejednou alternativně. V případě těžších onemocnění, lze kombinovat klasickou medicínu s alternativní podporou“(R4). Jeden respondent upřednostňuje klasickou léčbu. „V době nemoci respektuji požadavky a rady lékařů. Upřednostňuji klasickou medicínu. Alternativní neuznávám“(R3).

C. Vliv doby na zdraví

Všichni dotazovaní respondenti Československé církve husitské jsou jednotní v názoru na vliv moderní doby na zdraví a nemoc člověka. „Dnešní doba má jednoznačný vliv na zdraví lidí. Na lidi jsou kladené obrovské požadavky a oni chtějí dokázat nemožné, ale to nejde. Proto se s odstupem času začínou objevovat různé nemoci, například v podobě psychických poruch nebo žaludečních obtíží a jiných chorob“(R5). „Dnes se lidé hodně věnují své práci a nestíhají reálný život kolem sebe, rodinu a partnera. Nemají čas na své záliby. Lidé jsou tlačeni k vyšším výkonům, a to se odráží na jejich zdraví“(R4). „Lidé nedokážou zastavit. Rozhlédnout se kolem sebe. Pořád spěchají, ale život není o spěchu, práci a honbou za kariérou. Důležitější pro člověka jsou dobré vztahy s jinými lidmi. Lásky k bližnímu“(R3).

5. Léčebné a diagnostické zákroky

A. Odmítání zákroků

Dotazovaní respondenti neodmítají lékařem nabízené běžné zákroky. Zmiňují však problematiku eutanázie. „Podstoupila bych všechny doporučené lékařské i ošetrovatelské zákroky. Co se týká například převodu krve, tak preferuji krev vlastní“(R3). „Podstoupila bych všechny zákroky v nemocnici, které by mi nabídl lékař a mělo by to pozitivní vliv na moji osobu. Nepodstoupila bych eutanázii. Kdyby to záleželo na člověku, který trpí, tak se jeho pocity dají pochopit. Člověk v tomto případě má zastřené vědomí bolesti, proto žádá milosrdnou smrt. Na druhou stranu jsme si život nedali, tak si ho nemáme právo brát“(R1). „Co se týká běžných zákroků, například chirurgických, tak bych podstoupil

všechny. Nepodstoupil bych eutanázii, ale to neberu jako léčebný zákrok“ (R5). „Nebráním se žádným zákrokům, které mi doporučí lékař. Problematika eutanázie je strašně široká. Kdybych byla já v situaci, která by pro mě byla psychicky i fyzicky neúnosná, tak bych eutanázii chtěla. Nikdy jsem v této situaci nebyla, tak to nemohu říci stoprocentně. Byla bych strašně naštvaná, že mi to nikdo neumožní. V tu chvíli bych svoji víru vůbec nevnímala. Kdyby někdo za mnou přišel, že je starý člověk několik měsíců v komatu na přístrojích, tak bych ho odpojila. Tenkrát i moje maminka, když umírala na resuscitačním oddělení, napojená na přístroje, bývala bych jí ty hadičky vytáhla. Já ty přístroje nějak nemusím. Jestli má člověk zemřít, tak zemře“ (R2). „Žádné zákroky provedené v nemocnici neodmítám, ale pečlivě si je promyslím. Musím dostat podrobné informace o pozitivních i negativních následcích na organismus“ (R4).

Názor čtyř respondentů na antikoncepci byl shodný. „Nejsem zastáncem užívání antikoncepce, ale nemám vyhraněný názor na předmanželský pohlavní život“ (R5). „Užíváním antikoncepce si dnešní mladá děvčata mohou způsobit spoustu zdravotních problémů, včetně nemožnosti po letech užívání pilulek otěhotnět. Existují i jiné metody ochrany před početím“ (R4). „Osobně zastávám názor, že by se antikoncepce neměla užívat. Co se týká předmanželského pohlavního života, tak samozřejmě dnešní moderní doba nijak mládež neomezuje. Člověk by měl být zodpovědný jak sám za sebe, tak následně být připraven nést důsledky svého jednání“ (R3). „Já jsem nikdy nic neužívala. Když jsem porodila tři děti, tak jsem se nechala podvázat a bylo to. Antikoncepci ano, ale v rozumné míře. Předmanželský pohlavní život nemůžeme ovlivňovat. Člověk má nějaké rozmnožovací pudy a neubráníte se tomu. Spíš bych ale tlačila zodpovědnost na muže a užívání prezervativu“ (R2). Jeden respondent souhlasil s užíváním antikoncepce. „Myslím si, že než zbytečně otěhotnět, je lepší mít antikoncepci. Beru to jako normální“ (R1).

Souhlasné názory na podstoupení interrupce ze závažných důvodů se objevily u všech vyznavačů dané církve. „Když je žena přesvědčena, že s dotyčným nebude. Když dítě v žádném případě nechce, nebo když nemá k výchově dítěte podmínky. Dále jsem pro interrupci v případě ohrožení matky. Pokud ale za mnou přijde pro radu někdo jako za farářkou, neřeknu ani nechod', ani jdi na interrupci. Vyslechnu, ale neradím, co by měl udělat“ (R2). „Jsem zastáncem názoru, že by se měla provádět pouze v krajním případě.

To znamená, když je ohrožen plod, nebo matčino zdraví. Přikláním se též k názoru udržet těhotenství za každou cenu“(R3). „Zastávám názor podstoupení interrupce ze závažných zdravotních důvodů. Mám na mysli zdraví matky nebo nenarozeného dítěte. Ponechat si nebo neponechat dítě v případě znásilnění bych nechal rozhodnout matku dítěte“(R4). „Problematika interrupce je zajímavá, ale můj osobní názor je takový, že se přikláním k podstoupení zákroku v případě závažného zdravotního ohrožení matky“(R5).

B. Život zachraňující zákroky

Za život zachraňující zákroky byly považovány dárčovství a transplantace orgánů. Všichni respondenti Československé církve husitské souhlasí se zákroky a podporují jejich provádění na specializovaných pracovištích. „Dárčovství orgánů. Když to někomu pomůže, tak je to pořádku. Nejsem proti dárčovství“(R2). „Nevidím jediný problém v dárčovství orgánů nebo transplantacích. Lidem to pomáhá, tak proč ne“(R4)? „Transplantace i dárčovství orgánů mají moji podporu. Je to pořádku“(R5). „K dárčovství a transplantacím se stavím pozitivně. Myslím, že to druhým pomůže“(R1). „Věda jde hodně dopředu a medicína zvláště. Transplantace i dárčovství orgánů zachrání život mnoha lidem. Vnímám to pozitivně“(R3).

Všichni oslovení respondenti vybrané církve se shodovali v názoru asistované reprodukce. „Jedná se o obrovský vědecký pokrok. Pokud rodina nemůže počít vlastní dítě, je tento postup jediným řešením“(R4). „Souhlasím s touto metodou, ačkoliv se nejedná o přirozený postup. Za několik desítek let to může být jediná možnost početí“(R5). „Nemám v zásadě nic proti asistované reprodukci“(R2). „Souhlasím. Těm, kteří nemají vlastní děti, to může pomoci“(R1). „Vnímám tuto metodu, jako velice pokrokovou a nejsem proti ní zaujata“(R3).

6. Umírání a smrt

A. Pojem umírání a smrt

Umírání a smrt vnímá církev Československá husitská jako konečnou životní etapu. „Umírání a smrt patří k životu člověka. Člověk by smrt měl přijmout. Naše církev pečuje o nemocné tak, že se uděluje svátost nemocných, následně pak rozloučení“(R3).

„Jsem přesvědčena, že existuje život po životě. Když mi před čtyřmi lety umírala maminka na rakovinu, chtěla, aby jí lékaři všechno řekli narovinu a dopodrobna. Věděla, že může nastat situace, že zemře, ale chtěla být na to připravená. To je přístup faráře. Bohužel to dopadlo tak, že po operaci byla na intenzivní péči. Její stav se zhoršoval, ale bylo nám řečeno, že je vše v pořádku. Zdravotníci věděli, že nechceme, aby zemřela v nemocnici a pokud ano, aby se stihla připravit na smrt. Nic jiného jsme nepožadovali. Z intenzivní péče byla následně přeložena na resuscitační oddělení, kde ji uvedli do umělého spánku. Po několika dnech zemřela. Nejvíce mě na tom všem dostal ten systém. To, že měla zemřít, ano. Chtěla to vědět, aby se mohla rozloučit se životem, s námi a i my s ní. Neměla jedinou šanci. Nikdo ze zdravotníků jí to neumožnil, a to je na tom všem nejhorší. Tenhle přístup celý mě nakonec zdrchal, protože jsme nikdo a ani ona neměli šanci se na smrt připravit“(R2). „Umírání a smrt patří k životu. Je to samozřejmě těžké a mnozí z nás si to nechtějí připustit, ale je to tak. Proto by člověk měl žít tak, aby na svém konci byl spokojený s tím, jak žil a jak svůj život naplnil“(R5). „Smrt a umírání je součást životní cesty. Musíme se smířit s tím, že nejsme nesmrtelní. Nebojíme se smrti, ale umírání“(R4). „Lidé věřící jsou smíření, že jejich cesta jednou skončí, ale ateista se smrti brání a bojí se toho přechodu“(R1).

B. Tišení bolesti

Respondenti shodně uvedli, že k tišení bolesti využívají dostupná analgetika a v případech umírání člověka podávají opiáty podle ordinací a doporučení lékaře. „Nemáme jako církev zvláštnosti ohledně tišení bolesti. Jsme jako ostatní lidé, takže využíváme běžná analgetika na tišení bolesti“(R5). „Bolest u nemocného a jeho blízkých tišíme svojí přítomností a sdílením bolesti. Podávají se analgetika, popřípadě silnější opiáty ke zvládnutí nesnesitelné bolesti“(R4). „Běžnou bolest se snažíme zvládnout a něco vydržet. Pokud jsou bolesti silné, podávají se běžně dostupné léky proti bolesti“(R3). „Pokud umírá člověk a zavolají mě k němu, tiším jeho bolest svojí přítomností a modlitbou“(R2). „Bolest se snažíme zvládnout a vydržet. Když je bolest velká, užíváme léky předepsané lékařem“(R1).

C. Péče o umírající a zemřelé

Respondenti vybrané církve nemají žádné rituály při péči o mrtvé tělo. Faráři u zemřelých neprovádí mši ani obřad. Pokud jsou duchovní v přítomnosti zemřelého, tak se modlí za jeho duši. *„Pokud nás rodina zavolá k umírajícímu člověku, tak se modlíme u jeho lůžka. Tento člověk potřebuje především přítomnost druhého člověka. Většinou chce být mezi svými. To znamená s příbuznými. Není dobré, když je člověk sám“* (R2).

7. Spiritualita ve zdravotnictví

A. Zdravotníci a spirituální péče

Na otázku, zda zdravotníci dostatečně zajišťují nemocným duchovní péči, tři respondenti vybrané církve projevili nesouhlas. *„Spiritualitu rozhodně potřebují zdravotníci dostat pod kůži. Nekompromisně. Podstatou spirituální péče je umění komunikovat a naslouchání. Každý den a natvrdo. Kdo si mě vyžádá z pacientů, tak za ním jdu, ale personál to nepozná, pokud mu to někdo nesdělí. Chodím v civilu. Mimo to tam chodí jeden člověk za druhým a nikdo se ho neptá, za kým jde a proč“* (R2). *„Myslím, že spirituální péče není v nemocnici zajišťována vůbec. Když jsem tam ležela, nikdo mi ji nenabídl“* (R1). *„V nemocnicích to jde spíš jako na páse, nemají čas s lidmi ani promluvit, natož aby se starali o duchovní potřeby“* (R4). Jeden respondent projevili neutrální postoj. *„To záleží na nemocnici a daném člověku. Snad také na vedoucím pracovníkovi, jak ten se staví k duchovním potřebám nemocných. Nemohu to posoudit obecně. Záleží na lidech“* (R5). Jeden respondent projevili kladný názor na spiritualitu poskytovanou v nemocnicích. *„V současné době je podle mého názoru spirituální péče zajišťována dostatečně. Tedy pokud má někdo z pacientů zájem“* (R3).

B. Zdravotníci a duchovní

Zástupci vybrané církve hodnotili přístup zdravotníků k duchovním. *„Spíše si myslím, že jsme pro zdravotníky přítěží a zdržujeme zdravotníky od práce“* (R2). *„Přístup se liší, člověk od člověka. Nedá se to přesně definovat. Pokud je zdravotník ateista, tak ho návštěva kaplana nebo duchovního může obtěžovat. Pokud je věřící, tak jeho pomoc přivítá“* (R1). *„Mám osobní zkušenost, že se na nás zdravotníci spíše koukají skrz*

prsty“(R4). „Nevím, zda jednoznačně tvrdit, zda nás zdravotníci berou jako přínos. Někomu způsobujeme problém. To je otázka vlastní víry nebo nevíry. Spíš si myslím, že jsme přítěží“(R3). „Myslím, že zdravotníci nevědí, co si mají představit pod pojmem nemocniční kaplan nebo duchovní péče. Proto se k nám mnohdy staví odmítavě“(R5).

C. Prostor pro modlitbu

Všichni zástupci vybraných církví se shodují na tom, že menší zdravotnická zařízení nemají místnosti určené k rozhovorům a modlitbám nemocných. „Je nutné zřídit kaple nebo místnosti na rozmluvu. Beru ohled na pacienty, které naše rozmluva nemusí zajímat, může je rušit, nebo se jedná o věci zcela soukromé, které slyšet nikdo jiný nemusí. Když jsou moji svěřenci chodící, tak sedíme ve spojovací chodbě, abychom měli trochu soukromí. Tenhle způsob je naprosto šílený. Proto bych se přimlouvala alespoň za nějaké intimní místo nebo prostředí vhodné k rozjímání. Nemusí to být kaple, ale příjemný koutek se stolem a židlí“(R2).

D. Zajištění intimity

Jeden z respondentů vidí dostatečně zajištěnou intimitu pacientů v nemocnicích. „Intimita je lépe zajišťována dnes, než v dřívějším období. Spíše bych řekla, že ano“(R3). Čtyři respondenti mají zápornou zkušenost se zabezpečením intimity u pacientů. „V nemocnicích není zajišťována intimita pacientů“(R2). „V nemocnici jsem se setkal bohužel s tím, že intimita nebyla zajišťována vůbec. Ne proto, že jsem farář a tuto problematiku vnímám poněkud citlivěji než ostatní. Na intimitu a její zajištění se v nemocnicích neklade důraz. Bohužel“(R5). „Uvedu jeden příklad. Seděl jsem v čekárně ještě se spoustou dalších lidí čekajících na ošetření na chirurgické ambulanci. Po ambulantním výkonu odváželi pacienta na pokoj. Sestra, která přebírala pacienta na chodbě plné lidí, odkryla překrývku na odhaleném pacientovi a křičela na další sestru, kolik má pacient drénů. Bylo mi trapně, a to jsem tam seděl jako nezávislý pozorovatel. Takže jsem názoru, že intimita není zdravotníky zajišťována“(R4). „V nemocnici rozhodně není zajišťována intimita pacienta. Tady na jednom oddělení ležel můj soused a celou dobu, co jsem byla ve vedlejších pokojích na návštěvě, byl nahý. Takže intimita dodržována není ani v nejmenším. Je to nepochopitelné, že v nemocnici tohle nedokážou ohlídat a zajistit“(R1).

E. Hodnoty pacientů z pohledu duchovních

„Pro nemocné je nejdůležitější blízkost druhého člověka. Sdílení starostí a obav o svoji osobu. Velice ocení ochotu pomoci, empatii a komunikaci“ (R3). „Jednoznačně komunikace, důvěra a lidský přístup“ (R2). „Nemocný potřebuje vnímat, že není na svoji nemoc sám. Chce mít vedle sebe člověka, kterému důvěřuje a sestra může tím člověkem být. Komunikace a lidskost je prvním krokem úspěchu v péči o nemocného“ (R5). „Sestry by se měly vzdělávat v různorodosti náboženství, ale psychologický a empatický přístup je pro pacienta hodnotnější. Lidskost, důvěra v sestru a umění komunikovat jsou velice důležité“ (R4). „Empatii se zdravotník nenaučí, to musí mít v sobě samém. Může se naučit ovládat komunikační techniky“ (R1).

5 Diskuze

Ošetrovatelství má nezastupitelné místo v péči o zdraví člověka. Základní filozofií oboru je holistický přístup k člověku. Důraz se klade nejen na stránku biologickou, ale snaží se vnímat jedince také v dimenzi psychické, sociální a spirituální. Spiritualita a duchovní péče poskytovaná ve zdravotnictví je mnohdy nesprávně chápána. Zdravotníci, širší veřejnost a v neposlední řadě i pacienti pohlíží na duchovní péči se smíšenými pocity. V diplomové práci na téma Pohled na zdraví a nemoc ve vybraných církvích v ČR můžeme lépe pochopit názory zástupců církví na danou problematiku i na poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních.

Nejrozšířenějším náboženstvím v České republice je křesťanství. Zástupci církve římskokatolické, Českobratrské církve evangelické a Československé husitské byli zcela záměrně vybráni do výzkumného souboru z důvodu nejvyššího počtu věřících (52).

Přestože Česká republika bývá označována za nejvíce sekularizovanou společnost ve světě, křesťanství má na tomto území dominantní postavení. Církve římskokatolická, Českobratrská evangelická i Československá husitská sdružují všechny věkové kategorie. Z rozhovorů vyplývá, že k církvi mladé lidi ve většině případů přivedli rodiče, kteří znávají tutéž víru.

Respondenti v úvodu rozhovoru vyjádřili vlastní postoj vnímání víry a její specifika. Poukázali na možnosti prezentace dané církve. Shodně uvedli, že víra a láska, kterou rozdávají, je v člověku samém. Modlitba je jednou ze základních forem vyznání, avšak její četnost se u různých církví výrazně liší. Zástupci římskokatolické církve se modlí nejen před každým jídlem, ale i v průběhu dne, na rozdíl od respondentů církve Československé husitské a Českobratrské evangelické. Zajímavostí je výrazná prezentace křesťanství římskokatolickou církví. Duchovní římskokatolické církve chodí oblečení v typickém černém hábitu. Lidé tak mohou být osloveni nejen oděvem církevních představitelů, ale například uměním a literaturou. Markantní rozdíl u vybraných církví je i ve vybavení interiérů kostelů. Kostel evangelický a husitský je zařízen velmi skromně, interiér římskokatolického kostela je zdoben honosně.

První výzkumná otázka se dotýká péče o vlastní zdraví. Zástupci jednotlivých církví se shodují v oblasti stravování. Upřednostňují zdravý životní styl. Nepijí alkohol, nekouří

a jejich jídelníček obsahuje ovoce a zeleninu. Vybraní respondenti považují jídlo za boží dar, za který projevují vděčnost. Tvrdí, že tímto darem není vhodné plýtvat. Stravují se proto střídavě, v menších denních dávkách. Ačkoliv literatura uvádí (59), že jídlo zaujímá významnou roli v kulturních a náboženských souvislostech, zjistila jsem, že u věřících křesťanského vyznání to pravidlem není. Kodet (60) zdůrazňuje, že postní období se od starokřesťanských dob pozměnilo. Tvrdí, že církev křesťanům doporučuje půst, ale závazný je pouze dva dny v kalendářním roce. Třemi základními prvky postní doby jsou modlitba, půst a almužna. Účelem postu křesťanů není pouze zřeknutí se zábavy a jídla, ale soustředění se na duchovní růst. Přestože se všichni duchovní shodli v otázce dodržování čtyřicetidenního půstu v době nejvýznamnějšího křesťanského svátku Velikonoc, není to u běžné populace věřících samozřejmostí. Čtyřicetidenní půst, dle mého názoru, dodržují pouze ortodoxní věřící. Řeholní sestry se postí také každý pátek v měsíci, ale u duchovních představitelů církve Českobratrské evangelické a Československé husitské se s pravidelným pátečním půstem setkáme zřídka.

Vhodným odpočinkem je pro zástupce všech církví jednoznačně pobyt v přírodě, kde čerpají energii. Z výzkumu vyplývá, že modlitba je výrazným druhem relaxace. Důraz na modlitbu jako relaxaci kladou především věřící církve římskokatolické. V modlitbě najdou uspokojení i odpovědi na své otázky. Důkaz, že modlitba je silným prvkem ve zdraví i nemoci, nám dokládá Dossey (61) a Nedley (62). Pobyt v přírodě i práce na zahradě je součástí řeholního života. Jedna z řeholních sester uvedla, že ráda shlédne pěkný odpočinkový film. Vybraní zástupci církve evangelické a husitské rádi sportují, věnují se rodině nebo již zmíněnému pobytu v přírodě. Dotazovaní římskokatolické církve se snaží pečovat o své zdraví především zodpovědným přístupem k životu a zdravým životním stylem. Snaží se mít dostatečné množství pohybu a cvičí. Je s podivem, že dvě řeholní sestry nechodí na pravidelné preventivní prohlídky, protože se jim zdají zbytečné. S tímto názorem však nemohu souhlasit. Zdravotním potížením je lepší předcházet, než je následně řešit. Vlastní zkušeností tedy mohu potvrdit, že preventivní prohlídky jsou přínosem pro všechny věkové kategorie. Zástupci všech církví jsou zastánci preventivního očkování

děti, avšak názory na očkování dospělých se kupodivu rozcházejí. Většina respondentů odmítá nadstandardní očkování v dospělosti, z důvodu zbytečného zasahování do organismu.

Zástupci Církve československé evangelické upřednostňují zdravý životní styl, pohyb a sdílení zážitků s rodinou. Nejsou proti základnímu očkování u dětí, ale čtyři z respondentů také nesouhlasí s očkováním dospělé populace. Rujsová (63) ve své práci zdůrazňuje, jak argumentovat na náboženské námitky k očkování. Důležité je poskytnout o očkování dostatečné množství informací. Následuje vzájemná diskuze, popřípadě autoritářský postoj a zdůraznění nutnosti očkování. Nezastávám názor autoritářského postoje vůči pacientům, ale souhlasím s vyjádřením Rujsové (63) o nutnosti podat dostatečné množství informací. Pokud má pacient dostatek informací, lépe se v problematice orientuje a svůj záporný náhled na očkování může následně přehodnotit.

Při užívání léčiv se všichni z oslovených respondentů snaží propojit léčbu alternativní s léčbou klasickou. V prevenci onemocnění a v období již vzniklé nemoci je metodou první volby léčba alternativní. Všichni respondenti vybraných církví užívají léčiva na bylinné bázi ve formě čajů, obkladů a mastí. O'Connorová se Sanchiovou (29) tvrdí, že alternativní a přírodní terapie rozvíjí tradiční ošetrovatelské techniky, které jsou mnohdy opomíjeny. Alternativní terapie využívá například masáže, aromaterapii, vonné látky, terapeutické doteky a ve své podstatě zaujímá významné místo v péči o člověka. O'Connorová a Sanchiová (29) uvádějí, že akupunktura výrazně zvyšuje práh bolestivosti a snižuje potřebu opioidů. V rámci holistické péče lze využívat i arteterapii. Hudba a meditace přispívají ke zmírnění úzkosti a deprese (29).

V případě zhoršujících se obtíží či vážnějšího onemocnění, nikdo z oslovených respondentů však neodmítá klasickou léčbu. Přírodní produkty kombinují s léčivými doporučenými lékařem. Ztotožňují se s názorem věřících i s literaturou, že kombinací léčby alternativní a klasické lze docílit optimálního psychického i fyzického zdraví. Zástupci vybraných církví se též vyjádřili k otázce primární péče. Primární péči vnímají rozdílně. Pouze jedna respondentka římskokatolické církve ohodnotila primární péči kladně. Dvě respondentky neví, co se skrývá pod tímto pojmem. Další dvě respondentky lékaře nevyhledávají. U zástupců církve Československé evangelické se většina dotazovaných přikláněla

k pozitivnímu náhledu na primární péči stejně jako dotazování církve Československé husitské. Respondenti obou církví chodí na preventivní prohlídky a zastávají kladný názor na primární péči.

Druhá výzkumná otázka se dotýká problematiky ošetrovatelských a lékařských zákroků, které by zástupci jednotlivých církví nepodstoupili. Římskokatolická církev jednoznačně odsuzuje užívání antikoncepčních přípravků, asistovanou reprodukci, interrupci a eutanázii. V souvislosti s křesťanskou vírou je užívání antikoncepce v rozporu s přirozeným rozmnožováním. Souhlasím s názorem řeholních sester a duchovních Československé církve husitské, že antikoncepční prostředky mají na organismus matky a dítěte nežádoucí vliv.

O negativním náhledu katolické církve na interrupce a eutanázii hovoří Mauková se Schmidtovou (64). Problém vidí řeholní sestry i v otázce asistované reprodukce, kdy dochází k vícečetnému těhotenství a následné selekci oplodněných vajíček a zničení života. Sestry se shodovaly v názoru na udržení těhotenství i v případě postižení plodu nenarozeného dítěte. Nemyslím, že je postižený plod nutné udržovat v každé situaci. Zastávám názor, že existuje jen hrstka rodičů, kteří jsou schopni se celoživotně starat o své znevýhodněné dítě, které pak mnohdy končí v ústavu.

Církev i vědci podle řeholních sester tvrdí, že život se vytváří při početí. Žena tudíž nemá, podle katolické církve, právo ukončit těhotenství. Každý člověk je Bohem chtěný a umělé přerušení těhotenství by bylo vraždou žijícího člověka.

Zástupci církve Českobratrské evangelické se vyjádřili ke stejným otázkám. Z rozhovorů vyplývá, že upřednostňují pohlavní zdrženlivost až do svatby a výběru právoplatného partnera. Jednomu z respondentů vadí užívání hormonální antikoncepce a je zastáncem přirozeného plánování rodičovství. Ostatní se přiklání k názoru pohlavní zdrženlivosti, z důvodu fyzické i psychické nezralosti. Důraz kladou na rodičovském vedení k zodpovědnosti. V otázce asistované reprodukce se respondenti shodli v názoru, že lékařská věda je na velmi vysoké úrovni a umožní neplodným párům počít dítě. Jeden z názorů nastínil problematiku početí dítěte dárců, kdy může dojít k postupnému odcizení rodičů od dítěte, které nenaplnilo jejich představy či požadavky. Zástupci církve Českob-

ratrské evangelické a Československé husitské se shodli v otázce umělého přerušení těhotenství. Uvedli, že nejsou proti přerušení těhotenství v případě ohrožení zdraví matky a postižení plodu. Při výzkumu mě překvapilo, že dotazovaní upřednostňují záchranu života matky, před zachováním života dítěte. Dle vyjádření věřících je život matky cennější. Jeden z respondentů církve Českobratrské evangelické byl k otázce interrupce otevřený. Zastával názor neukončovat těhotenství ani v případě postižení plodu.

K otázce eutanázie byli dotazovaní všech vybraných církví striktně proti. Zastávají názor, že se v tomto případě jedná o zabití. Plevová (26) zmiňuje právo umírajícího na smrt. Umírající má právo místo a způsob svého skonu. Nemá právo rozhodovat o čase. Právem na smrt je míněna smrt přirozená. Katolická církev odůvodňuje svůj postoj k eutanázii tak, že Bůh daruje život, a jako jediný ho také může vzít. Zazněl také názor, že člověk se před smrtí musí vyrovnat se svým okolím i Bohem, protože Bůh čeká na nejpříhodnější okamžik smrti.

Jeden z respondentů církve Českobratrské evangelické se vyjádřil, že problematika je velice diferencovaná a církevní stanoviska zaujímají odlišné postoje k hospicové péči. Sám dotazovaný se přiklání k posílení hospicové péče z důvodu několikaleté pracovní zkušenosti v léčebně dlouhodobě nemocných. Můj osobní názor se naprosto ztotožňuje s odpovědí respondenta Českobratrské církve evangelické. Je nutné posílit hospicovou péči pro pacienty v terminálním stádiu, kdy se cítí potřeby lidské bytosti a respektuje se její autonomie. Kelnarová (49) se vyjadřuje o hospicové péči nejen jako o odborné pomoci, ale i o láskyplné péči, klidu, pokoji, bezpečí, uznání a naději. Tvrdí, že hospicová péče pomáhá střídavě v několika formách. Jako domácí péče, denní stacionář i lůžková hospicová péče. Hospicová péče je velice diskutovaným tématem a natolik mě oslovila, že bych se ráda této problematice věnovala i v budoucnu.

Zástupci církve Československé husitské jsou výhradně proti eutanázii, ačkoliv chápou člověka, který o eutanázii v těžké životní situaci žádá. Virt (50) varuje před zneužitím eutanázie a odkazuje na historii fašistického Německa. Ačkoliv zaujímá křesťanský postoj k dané problematice, chápe i argumenty ukončení terapie, která přináší nemocnému více útrap a bolesti než prospěchu. Farářka církve Československé husitské zmínila vlastní postoj k eutanázii. Pokud by byla v situaci, která by pro ni byla fyzicky i psychicky

neúnosná, sama by eutanázii požadovala. V tu chvíli by svoji víru nevnímala. Tento názor by mě nepřekvapil u běžné populace, ale u farářky husitské církve jsem byla mírně zaskočena.

Jaké lékařské či ošetrovatelské zákroky jsou ochotni podstoupit zástupci vybraných církví?

Zástupci římskokatolické církve kladně přistupují k dárcovství orgánů i transplantacím. Tyto zákroky považují za medicínský pokrok a dar, který může člověk člověku dát. Ačkoliv se řádové sestry zmiňují o přínosu transplantací, Mauková se Schmidtovou (64) oponují. Tvrdí, že pokud se jedná o ortodoxní křesťanské rodiny, nelze vyloučit jejich negativní postoj k dárcovství orgánů zemřelého. Řeholnice pak v případě nutnosti jsou ochotny podstoupit jakýkoliv chirurgický zákrok. Dotazovaní církve Českobratrské evangelické nemají odmítavý postoj k dárcovství ani transplantaci orgánů. Všichni dotazovaní by podstoupili veškeré zákroky nabízené lékařem, které povedou k uzdravení.

K překvapivě rozdílným odpovědím jsem dospěla při zadání otázky, jak se zástupci vybraných církví vyrovnávají s nemocí?

Zástupci římskokatolické církve mají jiný pohled na vznik nemoci než zástupci církví Českobratrské evangelické a Československé husitské. Římskokatolická církev vnímá nemoc jako zásah boží, který nás chce zastavit v rychlém tempu a něco nám sdělit. Řeholní sestra jako příklad uvedla úraz nohy, kdy člověk nemůže chodit, ale může se věnovat své duši. Křivohlavý (65) zdůrazňuje tři zásadní poznání v křesťanském chápání nemoci. Zastavení na cestě života a zamyšlení se nad tím, kam spěcháme je prvním bodem. Lidé v nemoci a utrpení mají příležitost najít smysl života. Vidí život v jiném, božím světle. Nemoc je příležitostí k soustředění, zamyšlení a zorientování se v dosavadním životě. Třetí bod klade důraz na příležitost poznání, že člověk není v těžkých chvílích sám.

Opačný názor mají respondenti církve evangelické a husitské, kteří vidí v přítomnosti nemoci dosavadní životní styl člověka. Nevidí nemoc jako boží trest, ale jako důsledek jednání a konání člověka, kterým si nemoc přivodí. Jeden z respondentů církve Českobratrské evangelické uvedl, že církev žádné oficiální stanovisko k nemoci nevydala a v dokumentech nemá.

Všichni dotazovaní preferují jako prevenci onemocnění již výše zmíněnou alternativní medicínu ve formě léčivých rostlin. V případě nutnosti navštívit lékaře se nebrání a podstupují klasickou léčbu. Společně se shodují i v názoru vlivu moderní doby na zdraví člověka. Shodně uvádí, že lidé plýtvají svou energií a čas na malichernosti běžného života. Neuvědomují si, že úspěch, moc a pozice nikdy nenahradí blízkost druhého člověka.

Jak vnímají zástupci vybraných hnutí pojem umírání a smrt?

Zástupci církve římskokatolické vidí v umírání a smrti pozitivní zakončení života. *„Smrt je vyvrcholením života a celý život se na to připravujeme a těšíme se na to. Když stojíme před branou, máme také strach, ale je to ten cíl, ke kterému směřujeme. Vzhlížíme ke smrti s touhou a snažíme se svůj život naplnit“* (R4). Při tíšení nesnesitelných bolestí využívají analgetika, ale svoji bolest se snaží překonat a vydržet co nejdéle, protože bolest patří k jejich životu. Církev klade důraz na přítomnost druhého člověka v poslední fázi života. Sestry se v těchto chvílích shromažďují u lůžka nemocného, hromadně se modlí spolu s ním nebo samostatně nahlas. Pro všechny přítomné to jsou slavnostní okamžiky. *„U umírajících se modlíme. Když oblékáme sestry do rakve, jejich výraz se úplně změní. Je majestátní, jako když přichází královna ke svému králi do nebe. Úplně září a pro mě jsou to posvátné chvíle, když se u toho člověka modlíme, než naposledy vydechne. Je to vyprovázení do lepšího života“* (R2).

Zástupci církve Českobratrské evangelické nemají specifika v péči o umírajícího a zemřelého člověka. Péče spočívá v modlitbě a přítomnosti blízkého člověka, který naslouchá a sdílí náročnou situaci s umírajícím. Z rozhovorů jsem se dozvěděla, že člověk v poslední fázi života nechce být sám, avšak umírání a smrt jsou odsunuty do nemocnic. Důvodem dle Kelharové (49) je překvapení a zaskočení moderního člověka smrtí. Lidé nemají osobní zkušenosti s péčí o umírajícího člena rodiny jako v minulosti. Tehdy se předávala zkušenost generačně a výjimkou nebyly ani děti, které se učily akceptovat smrt.

Církev vnímá umírání a smrt jako součást života, která není tragická, protože naděje je i navzdory smrti. Bolest tiší svojí přítomností, čtením z Písma a písní. Po smrti člověka provádí bohoslužby nebo rozloučení se zemřelým. Zástupci církve Československé husitské vnímají umírání a smrt jako konečnou životní etapu. Církev pečuje o nemocné tak, že uděluje svátost nemocných a následně probíhá rozloučení. Objevil se názor, že věřící

potřebují být na smrt připraveni, aby se mohli rozloučit se životem a svými blízkými. V případě tíšení bolesti se věřící církve Československé husitské přiklání k podávání běžně dostupných analgetik a následně opiátů, které naordinuje lékař. V případě péče o mrtvé tělo se neprovádí mše nebo obřady. Pokud jsou faráři u zemřelého, modlí se za jeho duši.

Jaký pohled mají zástupci vybraných církví na poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních?

Zástupci všech vybraných církví nemají pozitivní náhled na poskytování spirituální péče v běžných zdravotnických zařízeních. Tvrdí, že jádrem člověka je spiritualita a proto jí přikládají takový důraz, neboť bolest, kterou člověk uchovává ve svém nitru, se odráží ve stránce fyzické i psychické. Duchovní zastávají názor, že spirituální péče je kvalitně zajišťována pouze v nemocnicích pro věřící, tudíž záleží také na zdravotnících, zda jsou věřící či nikoliv. Někteří duchovní jsou přesvědčeni, že nevěřící všeobecná sestra nemůže dokázat uspokojit spirituální potřeby nemocného. S tímto názorem se neztotožňují. Mnohé všeobecné sestry mohou uspokojit duchovní stránku člověka. Nemocní upřednostňují přítomnost druhé osoby, komunikaci a naslouchání. Tyto potřeby nemusí kvalitně poskytovat pouze farář, ale i běžný zdravotnický pracovník. Taylorová (66) zdůrazňuje, že pouze někteří jedinci jsou ochotni hovořit o spirituálních potřebách. Úkolem sester je v těchto případech vhodně interpretovat pojem spirituální péče. Všeobecně byl vyjádřen názor, že je potřeba najít si chvíli na rozpravu s nemocným. Bohužel časová tíseň nedovoluje zdravotníkům věnovat dostatečnou pozornost duchovní stránce člověka. Respondenti se přimlouvají za větší provázanost zdravotníků s duchovními. Zastávají názor kvalitní komunikace všech zúčastněných. Objevily se názory, že zdravotníci nemají dostatečné množství času na komunikaci s pacienty a neumí naslouchat. Proto je nutné neustále zdravotníky vzdělávat v komunikačních dovednostech.

Návštěvy duchovních a nemocničního kaplana u nemocných jsou přijímány zdravotníky různě. Záleží na povaze i věku zdravotníka, vedoucím pracovníkovi, jak nahlíží na duchovní potřeby nemocných. Zástupci vybraných církví mají osobní zkušenost s odmítavým postojem zdravotníků k duchovní péči i osobám, které poskytují tuto péči. Respondenti vybraných církví se přiklání k větší spolupráci se zdravotnickými pracovníky, větší

osvětě a informovanosti související s problematikou poskytování spirituální péče ve zdravotnictví. Smutnou skutečností je i to, že v menších zdravotnických zařízeních není prostor pro modlitbu. Duchovní nezmiňují přímo kapli, ale klidnou místnost, která by sloužila k rozhovorům či rozjímání nejen s duchovními, ale i blízkými lidmi nemocného člověka.

Co je nejdůležitější při poskytování péče nemocnému z pohledu duchovních?

Zástupci vybraných církví se shodují v názoru, že nejdůležitější při poskytování péče je komunikace a naslouchání nemocnému. Komunikací ve zdravotnictví se zabývá mnoho autorů. O'Connorová a Sanchiová (29) poukazují na mnohé výzkumy, ze kterých vyplývá, že zdravotničtí pracovníci se chovají způsobem, který blokuje komunikaci. Nedostatek komunikačních dovedností zdravotníků nebo strach odpovědět na danou otázku, může mít na nemocného negativní vliv. Jsem přesvědčena, že empatický přístup musí být základní charakteristikou všeobecných sester při péči o nemocného člověka. Dalším důležitým aspektem v péči o člověka je ochota pomáhat a důvěra v sestru.

Jeden z respondentů se vyjádřil k otázce, zda by se sestry měly orientovat v různorodosti náboženství a církví. Sestry nemusí být orientovány v různorodosti náboženství, ale pokud mají alespoň základní vědomosti o dané církvi, je to pro ně samé výhodou. Důležitější je však umění komunikovat, naslouchat a vcítit se do druhého člověka. V komunikaci je důležité umět klást otázky a procvičováním se zdokonalit. Bohužel empatie, pochopení druhého a citlivý přístup k nemocnému se naučit nedá. Respondenti se vyjádřili k otázce zachování intimity ve zdravotnickém zařízení. Jeden z respondentů je přesvědčen, že zachování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních je na lepší úrovni, než dříve. Čtrnáct respondentů tento názor nesdílí. Myslí si, že otázka zajišťování intimity není doposud u některých poskytovatelů zdravotní péče prioritou.

6 Závěr

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku zdraví a nemoci v křesťanství.

Po počátečních obtížích, s uskutečněním výzkumné části, jsem se dopracovala k požadovaným výsledkům. Prvotní nadšení respondentů ochotných přispět svým názorem do výzkumné části se střídalo s odmítavým postojem a odkazem na jiného duchovního představitele. Důvodem byl zřejmě rozpor vlastního názoru s křesťanskou vírou. Jednalo se především o zástupce Českobratrské církve evangelické a Československé církve husitské, kteří mají svobodomyšlnější přístup k víře. K mému překvapení byly velice vstřícné řádové sestry církve římskokatolické. Byla jsem naprosto ohromena jejich vzdělaností, životním postojem, disciplínou a vřelým přijetím. Nenásilnou formou řeholní sestry hovořily o své víře, péči o bližního i pokoře k životu a smrti. Během celodenního pobytu v klášteře jsem i já našla odpovědi na své otázky. Tento moment byl pro mě signálem uvědomění si duchovních potřeb nejen pro věřící, ale i pro všechny z nás. Pro lidi zdravé i nemocné, věřící i bez víry, pro pacienty i zdravotnické pracovníky. Vždyť přítomnost druhého člověka, naslouchání, komunikace a sdílení je to nejcennější co můžeme darovat i přijímat.

Bohužel z výzkumu vyplývá, že zdravotníci často opomíjejí tyto základní lidské potřeby, kdy důvodem je mnohdy nedostatek času pro komunikaci. Duchovní se také často setkávají s názorem, že zdravotničtí pracovníci nechtějí odpovídat na otázky kladené nemocným, zvláště pak pacientům s nejasnou prognózou. Proto je velice důležité, naučit zdravotníky efektivní komunikaci s cílem vhodně pokládat otázky a volit správné odpovědi.

K tomu, abychom dospěli k určenému cíli, nám pomohlo sedm předem stanovených výzkumných otázek.

Na základě výsledků, které byly zjištěny, jsme zodpověděli všechny výzkumné otázky. Přestože byly vybrány různé církve, navzájem jsou propojeny jednotným náboženstvím. Křesťanství je základní myšlenkou všech zúčastněných respondentů. Mnohý nezavěšený člověk se může domnívat, že křesťanství a jeho jednotlivé církve se v názorech neliší. Opak je však pravdou. Hlubkové rozhovory poukázaly na shodu zástupců vybraných církví v oblasti péče o zdraví, avšak názorové rozdíly se objevily již v otázkách

nemoci. Rozdíly můžeme pozorovat i v pohledu na lékařské zákroky, které by zástupci vybraných církví rozhodně nepodstoupili. Drobné názorové nuance mezi církvemi můžeme vyzorovat v otázkách umírání a smrti. Klíčovým tématem hloubkových rozhovorů byla péče o nemocného v době hospitalizace. Duchovní se snažili vyjádřit nejčastější a nejzákladnější potřeby nemocného člověka v době nemoci. Bohužel jsem dospěla k názoru, že tyto lidské potřeby nejsou zdaleka naplňovány.

Z výzkumu vyplývá, že sestry nemusí mít teologické vzdělání, avšak základní informovanost a orientace v různorodosti náboženství je na místě. Duchovní péči v mnohých zdravotnických zařízeních zajišťuje nemocniční kaplan či duchovní, kteří k nemocnému dochází. Spolu s dotazovanými respondenty jsem toho názoru, že by duchovní péči mohli poskytovat i zdravotničtí pracovníci. Základním předpokladem pro poskytování duchovní péče je umění naslouchat a komunikovat.

Na základě výsledků výzkumu byl vypracován návrh na komunikační seminář pro zdravotníky se zaměřením na spirituální péči (viz příloha 2). Osobně považuji připravený seminář přínosný nejen pro nelékařské zdravotnické pracovníky, ale také pro pacienty, jako příjemce poskytované péče. Dále byl vypracován manuál pro ošetřování nemocných křesťanského vyznání s přihlédnutím k holistické péči (viz příloha 4). Manuál poslouží všeobecným sestram rychle se zorientovat v potřebách, které upřednostňují lidé křesťanského vyznání.

Diplomová práce zaznamenává pouze část velmi rozsáhlého tématu zdraví a nemoci v náboženství. Názory zástupců vybraných církví mohou posloužit nejen jako návod ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, ale i jako podklad pro odborné semináře či další výzkumné metody dotýkající se zdraví a nemoci v souvislosti s náboženstvím.

7 Seznam použitých zdrojů

1. DUKA, Dominik. *Zápas o člověka: nástin biblické antropologie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-7195-148-3.
2. GUARDINI, Romano. *Svět a osoba*. Svitavy: Trinitas, 2005. ISBN 80-86885-02-X.
3. DOSKOČIL, Ondřej a Markéta UXOVÁ. Spirituální služba v domovech pro seniory. *Kontakt*. 2008, č. 1, s. 41-44. ISSN 1212-4117.
4. DOSKOČIL, Ondřej. Biblická antropologie jako pramen holistického přístupu ke člověku. *Kontakt*. 2005, č. 3-4, s. 314-317. ISSN 1212-4117.
5. BIBLE. Český ekumenický překlad a Bible kralická. Česká synoptická Bible v rozsahu celého vydání Bible kralické z roku 1613. Praha: ČBS, 2008. ISBN 978-80-85810-85-1.
6. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
7. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 8024604280.
8. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2007. ISBN 978-80-701-3457-3.
9. ADAMEC, Josef. *Holismus. Příspěvek ke kritice buržoazní filosofie*. Praha: Academia, 1966. Neuvedeno.
10. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1918-4.
11. ŠVEJDOVÁ, Kateřina. Filozofie v ošetrovatelství. *Sestra*. 2010, č. 9, s. 22, ISSN 12-10-0404.
12. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely v ošetrovatelství v kostce*, Praha: Grada, 2006. ISBN 802471211.
13. MAJERNÍKOVÁ, Ludmila a Anna JAKOBOVIČOVÁ. Saturácia spirituálnych potrieb u onkologického pacienta. *Onkologická péče*. 2008, roč.12, č.4, s. 22-24. ISSN 1212-4184.

14. STREJČKOVÁ, Alice. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent*. Fortuna, 2007. ISBN 8071689432.
15. TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ a G. MASTILIÁKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 8070135530.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní/transkulturní komunikace. *Interní medicína pro praxi*. 2006, č.2, s. 96-98. ISSN 1212-7299.
17. ŠPIRUDOVÁ, L., D. TOMANOVÁ, P. KUDLOVÁ a R. HALMO. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
18. ANDREWS, M. Margaret a Joyceen S. BOYLE. *Transkultural Concept in Nursing Care*. 5th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams - Wilkins, 2007. ISBN 13: 978-0-7817-9037-6.
19. TÓTHOVÁ, Valérie et al. K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. 2009, roč. 6, č. 2, s. 282-291. ISSN 1212-4117.
20. IVANOVÁ, K., L ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
21. MAIER – LORENTZ, M. M. Transcultural nursing: It is importance in nursing practise. *Journal of Cultural diversity*. 2008, 15 (1), 37-43, ISSN 1071- 5568.
22. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a Jana KUTNOHORSKÁ. Multikulturní ošetrovatelská péče. In: *Od Florence Nightingelové k současnosti aneb ošetrovatelství s novou tváří: sborník přednášek z konference I. Mostecké dny sester*. Most: Tiskárna K-B, 2006. ISBN 80-239-6603-0.
23. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
24. ROLANTOVÁ, Lucie. *Respektování zvyklostí a rituálů při ošetrování minorit*. České Budějovice, 2012. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí disertační práce Valérie Tóthová.

25. URIČKOVÁ, A Josepha Camphina-Bacote: model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s.18-19. ISSN 1210-0404.
26. SCHÖN, *Občanský a společenskovědní základ – Náboženství*. Praha: Computer Media, 2012. ISBN 978-80-740-2120-6.
27. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.
28. SHELDRAKE, Philip. *Spiritualita a historie*. Brno: CDK, 2003. ISBN 80-7325-017-9.
29. O'CONNOR, Margaret a Aranda SANCHIA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
30. ŠTAUD, Václav. Duchovní péče k léčbě patří. *Katolický týdeník*. 2006, č. 18, s. 40. ISSN 0862- 5557.
31. *Duchovní péči potřebuje každý*. [online] [cit. 2015-04-11]. Dostupné z www: <http://ww.pecujdoma.cz/publicistika/nazory/duchovni-peci-potrebuje-kazdy.html>.
32. NĚMCOVÁ, Jitka. Saturace spirituálních potřeb pacientů. *Diagnosa v ošetřovatelství*. 2010, roč. 6, č. 1, s. 27. ISSN 1801- 1349.
33. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000, ISBN 80-85866-55-2.
34. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3224-4.
35. FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetřovatelství- teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
36. WINTER, David. *ABC křesťanství*. Česká biblická společnost, 2010. ISBN 978-80-87287-05-7.
37. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1024-2.
38. ŠTAMPACH, Ivan O. *Přehled religionistiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-384-0.

39. KEENE, Michael. *Světová náboženství*. 2.vyd., Knižní klub, 2008. ISBN 978-80-242-2137-3.
40. RATZINGER, Josef. *Úvod do křesťanství*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. ISBN Q 101123.
41. *Katolické svátosti*. [online] [cit. 2015-04-11] Dostupné z <http://www.http://www.farnost-mnichovice.cz/clanky/vira-a-zivot/katolicke-svatosti/>.
42. PECHOVÁ, Olga. *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2927-4.
43. GRUBER, Jiří. *Základy křesťanské víry. Evangelický katechismus pro mládež i dospělé, skupiny i jednotlivce*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, ISBN 80-7017-961.
44. SKOBLÍK, Jiří. *Přehled křesťanské etiky*. Druhý dotisk 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005, 316 s. ISBN 80-7184-357-1.
45. SVATOŠOVÁ, Marie. 2. aktualizované a doplněné vyd. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
46. ROTTER, Hans. *Osoba a etika*. 1.vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie, 1997, 136 s. ISBN 80-85959-18-6.
47. FRANKL, E. Viktor. *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.
48. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
49. KELNAROVÁ, Jarmila. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007, ISBN 978-80-85763-36-2.
50. VIRT, Günter. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanázie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
51. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

52. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Podrobné údaje - náboženská víra podle krajů. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011* [on line]. [cit. 2015-4-11]. Dostupné z <http://www.scitanilidu.cz>.
53. PRAVOSLAVNÁ CÍRKEVNÍ OBEC V OLOMOUCI. Historické předpoklady pro obnovu pravoslaví v Čechách. [on line]. [cit. 2015-4-11]. Dostupné z <http://www.pravoslavnaolomouc.com/cirkev-ceskoslovenska-jeji-vznik-a-směrovani/>
54. KUKUCZKA, Ervín. *Blahoslav 2014: Kalendář Církve československé husitské*. Praha: Církev československá husitská, 2013. ISBN 978-80-7000-094-6.
55. ZÁKLADY VÍRY CÍRKVE ČESKOSLOVENSKÉ HUSITSKÉ. Praha: Ústřední rada církve československé husitské, 1975. ISBN 9842-75.
56. CÍRKEV ČESKOSLOVENSKÁ HUSITSKÁ. Brněnská diecéze. *O naší církvi* [on line]. [cit. 2015-4-11]. Dostupné z [www: http://www.cshbrno.cz/index.php/o-nai-cirkvi](http://www.cshbrno.cz/index.php/o-nai-cirkvi).
57. EVANGNET. *Leuenberská konkordie*. [on line]. [cit. 2015-4-11]. Dostupné z [www: http://www.evangelnet.cz/texty:leuenberska_konkordie](http://www.evangelnet.cz/texty:leuenberska_konkordie)).
58. EKUMENICKÁ RADA CÍRKVI V ČESKÉ REPUBLICE. [on line]. [cit. 2015-4-11]. Dostupné z [www: \(http://www.ekumenickarada.cz/\)](http://www.ekumenickarada.cz/).
59. BUBÍK, Tomáš a Michal FÁREK. *Náboženství a jídlo*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2005. ISBN 80-7194-800-4.
60. PASTORACE. CZ. *Podklady pro pastorační a duchovní život*. [on line]. [cit. 2015-4-11]. Dostupné z <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Pravidla-pro-postni-dobu.htm>.
61. KODET, Vojtěch. Půst jako přežitý požadavek. *Katolický týdeník*. 2007, č. 8, s. 35. ISSN 0862- 5557.
62. DOSSEY, Larry. *Léčení modlitbou: Modlitba jako lék*. Eko-konzult, 2004. ISBN 978- 80- 8079- 211-4.
63. NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. Praha: Advent-Orion, 2011. ISBN 978-80-7172-023-2.

64. RUIJS, Wilhelmina et al. How healthcare professionals respond to parents with religious objections to vaccination: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2012, 12:231. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/231>.
65. MAUK, L. Kristen and Nola K., SCHMIDT. *Spiritual Care in Nursing Practise*. Lippincot Williams and Wilkins, 2004. ISBN 0-7817-4096-7.
66. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent-Orion, 1991. ISBN neuvedeno.
67. TAYLOR J., Elizabeth. *Spiritual care: nursing theory, research, and practise*. New Jersey: Prentice Hall, 2002. ISBN 0-13-028164-6.

8 Přílohy

Příloha 1 Otázky k polostandardizovanému rozhovoru

Příloha 2 Pozvánka na komunikační seminář se zaměřením na spirituální péči

Příloha 3 Rozhovory s respondenty (příloha na kompaktním disku – CD)

Příloha 4 Mapa péče – manuál pro ošetřování nemocných křesťanského vyznání se zaměřením na holistickou péči

Příloha 1 Otázky k polostandardizovanému rozhovoru

1) IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

- a) Věk
- b) Pohlaví
- c) Vzdělání
- d) Náboženské vyznání
- e) Civilní zaměstnání
- f) Doba působení v církvi

2) FORMA VYZNÁNÍ

- a) Jak dlouho jste členem církve?
- b) Kdo, nebo co Vás přivedlo k Vaší víře?
- c) Jaká jsou specifika Vaší církve?
- d) Jakým způsobem vyznáváte Vaši víru?
- e) Jaké věkové kategorie vyznávají Vaši církev?
- f) Jakým způsobem se lidé dozvídají o Vaší církvi?

3) PÉČE O VLASTNÍ ZDRAVÍ

- a) Jak vypadá Váš typický den?
- b) Jak se stravujete?
- c) Máte nějaká specifika či rituály spojené se stravováním?
- d) Denně se setkáváte s nemocí a starostmi druhých, jaký druh odpočinku či relaxace volíte?
- e) Jak pečujete o své zdraví?
- f) Jak chráníte své zdraví?

4) PREVENCE ONEMOCNĚNÍ

- a) Jaký názor máte na preventivní očkování?
- b) Jaký názor máte na užívání léčiv?
- c) Užíváte pravidelně nějaká léčiva?
- d) Chodíte na preventivní prohlídky?
- e) Jaký názor máte na primární péči ve zdravotnictví?

5) NEMOC

- a) Jak vnímá Vaše církev nemoc?
- b) Jak pečujete o sebe v době nemoci?
- c) Upřednostňujete alternativní nebo klasickou medicínu?
- d) Přikláníte se k léčení v domácím či nemocničním prostředí?
- e) Jak se vyrovnáváte s nemocí?
- f) Myslíte si, že dnešní uspěchaná doba a životní styl mnohých z nás má vliv na zdraví a nemoc?

6) LÉČEBNÉ A OŠETŘOVATELSKÉ ZÁKROKY

- a) Jsou nějaké zdravotnické zákroky, které byste v důsledku Vašeho vyznání rozhodně nepodstoupili?
- b) Jaký názor máte na transplantace?
- c) Jaký názor máte na dárcovství orgánů?
- d) Jaký názor máte na operační zákroky a převod krevní transfúze?

7) UMÍRÁNÍ A SMRT

- a) Jak vnímá vaše církev pojetí umírání a smrti?
- b) Jak pečujete o umírající a zemřelé?
- c) Jakým způsobem většinou tišíte bolest?
- d) Co zakazuje Vaše víra v době umírání a smrti?
- e) Má Vaše církev nějaké specifické rituály související s péčí o mrtvé tělo?
- f) Provádíte mše či obřad u zemřelého v nemocničním zařízení?

8) SPIRITUALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ

- a) Je dle Vašeho názoru v nemocnicích dostatečně zajišťována spirituální péče?
- b) Berou podle Vás zdravotničtí pracovníci jako přínos nebo naopak jako přítěž?
- c) Je dle Vašeho názoru v nemocničních zařízeních dostatečně zajišťována intimita pacienta?
- d) Je v nemocnici kam docházíte určena místnost pro mši a modlitbu?
- e) Máte určené dny, kdy navštěvuje nemocnici, nebo přijdete na požádání nemocného?
- f) Změnil byste něco na spolupráci zdravotnických pracovníků a duchovních?
- g) Zařadil byste spirituální péči do učiva zdravotnických škol?
- h) Změnil byste osobně přístup zdravotnických pracovníků k nemocným, kteří jsou nábožensky založení?
- i) Myslíte si, že jsou zdravotničtí pracovníci orientováni v různorodosti a specifikách různých církví?
- j) Jak byste ovlivnil zdravotnické pracovníky k tomu, aby věnovali větší pozornost duchovním potřebám nemocných?
- k) Co je pro hospitalizované pacienty nejdůležitější při ošetrovatelské péči? Z Vašeho pohledu duchovního.

Příloha 2 Pozvánka na komunikační seminář se zaměřením na spirituální péči

**Seminář komunikace
se zaměřením na spirituální péči**



Účastníci: Řeholní sestra
 Nemocniční kaplan
 Psycholog
 Farář
 Všeobecná registrovaná sestra

Program:

I. ČÁST (10 = 15 minutové bloky)

- Dostupné možnosti nabízené spirituální péče.
- Verbální a nonverbální komunikace s pacientem.
- Komunikace s pacientem s přihlédnutím ke spirituální péči.
- Spolupráce zdravotníků, nemocničního kaplana a duchovních.
- Přístup zdravotníků k potřebám a požadavkům pacienta.
- Zajištění intimity ve zdravotnickém zařízení.
- Empatický přístup zdravotníků k pacientovi po sdělení nepříznivé diagnózy.

Přestávka 30 minut

II. ČÁST (30 = 45 minutové bloky)

Praktický seminář

- Prožitkový
- Komunikace s pacientem po sdělení nepříznivé diagnózy
- Předcházení syndromu vyhoření u zdravotníků
- Relaxační techniky

Příloha 4 Mapa péče

