

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**SPIRITUALITA A POSTOJ KE SMRTI
U NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ**

**SPIRITUALITY AND DEATH ATTITUDE
OF HOSPITAL CHAPLAINS**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Mgr. Ing. Markéta Horáková

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Olomouc

2017

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Spiritualita a postoj ke smrti u nemocničních kaplanů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 27. března 2017

Podpis.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat zejména PhDr. Olze Pechové, Ph.D. za odborné vedení, náměty, rady, připomínky a vstřícný přístup při vedení této práce. Mé poděkování patří také všem respondentům za účast ve výzkumu.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Spiritualita	8
1.1 Vymezení spirituality.....	8
1.2 Vývoj spirituality v průběhu života	11
1.3 Měření spirituality.....	12
1.4 Spiritualita v české společnosti.....	13
2 Postoje ke smrti	16
2.1 Smrt.....	16
2.2 Smrt v křesťanství.....	16
2.3 Vývoj konceptu smrti.....	17
2.4 Měření postojů ke smrti	20
2.5 Vztah spirituality a postoje ke smrti	20
3 Doprovázení umírajících	22
3.1 Stadia umírání	22
3.2 Potřeby a práva umírajících	24
3.3 Paliativní péče.....	25
4 Vybrané výzkumy z oblasti doprovázení umírajících	28
5 Nemocniční kaplani.....	30
5.1 Nemocniční kaplan	30
5.2 Klinická pastorační péče	31
5.3 Koordinace klinické pastorační péče	32
5.4 Náplň služby	32
5.5 Kvalifikace nemocničního kaplana.....	35
EMPIRICKÁ ČÁST	36
6 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky	36

6.1	Výzkumný problém	36
6.2	Cíle výzkumu	36
6.3	Výzkumné otázky	36
7	Metodologický rámec výzkumu	37
7.1	Design výzkumu	37
7.2	Základní a výběrový soubor	37
7.3	Metody získání dat.....	39
7.4	Metoda zpracování a analýzy dat.....	39
7.5	Etika výzkumu	40
8	Výsledky výzkumu	41
8.1	Nemocniční kaplan	43
8.1.1	Víra	43
8.1.2	Formace	43
8.2	Pacient.....	44
8.2.1	Potřeby.....	44
8.2.2	Strach.....	44
8.3	Církev.....	45
8.3.1	Denominace	45
8.4	Doprovázení umírajících.....	45
8.4.1	Prosté bytí.....	45
8.4.2	Naslouchání	46
8.4.3	Hledání smyslu	46
8.4.4	Modlitba	46
8.5	Interakce nemocniční kaplan – pacient.....	47
8.5.1	Vzájemný vztah	47
8.5.2	Naděje.....	47
8.5.3	Čas	48

8.6	Interakce nemocniční kaplan – církev	48
8.6.1	Vztah k Bohu	48
8.6.2	Zakotvenost	49
8.6.3	Společenství.....	50
8.6.4	Vzkříšení.....	50
8.7	Interakce pacient – církev	50
8.7.1	Důstojnost člověka	50
8.8	Interakce nemocniční kaplan – doprovázení umírajících	51
8.8.1	Respekt	51
8.8.2	Empatie.....	51
8.8.3	Otevřenost.....	51
8.8.4	Zkušenost.....	52
8.9	Interakce doprovázený – doprovázení umírajících.....	53
8.9.1	Cesta	53
8.10	Interakce církev – doprovázení umírajících	53
8.10.1	Svátosti	53
9	Odpovědi na výzkumné otázky	54
10	Diskuze	56
11	Závěry.....	61
	Souhrn	62
	Seznam použitých zdrojů a literatury.....	64

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Zkratky

Příloha č. 4: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 5: Ukázka otevřeného kódování

Příloha č. 6: Ukázka seskupování kódů do subkategorií a kategorií

Úvod

Umírání a smrt jsou přirozenou součástí života. I přes tuto přirozenost je smrt často chápána jako něco zvláštního a neuchopitelného, jako něco, co by mělo být z života odsunuto. Smrt je tak jedna z mála skutečných jistot života a zároveň vyvolává touhu tuto jistotu nevnímat, odsouvat a odvracet se od ní. Díky hospicovému hnutí, řadě odborných publikací a dalším osvětovým činnostem se tématu smrti a umírání dostává v naší společnosti prostor k diskuzi a řešení bolestných otázek s tím spojených. Patří k nim také doprovázení umírajících, které je ovlivněné celou řadou skutečností.

Tato práce pojednává o působení spirituality a postoje ke smrti na proces doprovázení umírajících. K realizaci výzkumu byli vybráni a osloveni nemocniční kaplani, pro které je osobní spiritualita a zároveň určitý postoj ke smrti důležitým aspektem jejich práce. Téma práce bylo zvoleno pro hlubší zájem a určitou životní zkušenost.

Hlavním cílem práce je navrhnout model zachycující širší vztahy spirituality a postoje ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících.

V teoretické části práce je uvedena charakteristika základních pojmů spirituality, postoje ke smrti a přehled výzkumů zkoumání jejich vztahu. Dále je představen proces doprovázení umírajících a je uveden přehled vybraných výzkumů týkajících se tématu. Teoretická část je ukončena představením profese nemocničního kaplana.

V empirické části je uveden kvalitativní výzkum, který zachycuje pohledy a zkušenosti osobní spirituality a postoje ke smrti nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících. Data byla sbírána pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů a analyzována postupy metody zakotvené teorie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Spiritualita

S pojmem spiritualita se setkáváme v nejrůznějších oblastech a jeho používání nabývá v posledních desetiletích na četnosti a šíři použití. Rozmanité spektrum možných pohledů a přístupů do značné míry způsobuje obtížnou uchopitelnost tohoto pojmu. Neseťkáme se tak s jednoznačnou definicí spirituality. Tato nejednoznačnost nás bude provázet celou touto kapitolou, ve které uvedeme přístupy k vymezení pojmu spirituality, nahlédneme, jak je možné pohlížet na spiritualitu při vývoji jedince, uvedeme několik základních technik měření spirituality a popíšeme spiritualitu v českém prostředí.

1.1 Vymezení spirituality

Prospěšnost přesného vymezení určitého pojmu neboli jeho definice, je pro vědecké účely zřejmá. Nicméně této prospěšnosti se u pojmu spiritualita budeme nuceni vzdát. Široké spektrum různých pohledů a současná interdisciplinarita mají za následek množství rozdílných přístupů při definování pojmu spiritualita (Suchomelová, 2016).

Etymologický původ slova spiritualita vychází z latinského slova spirare, což znamená dýchat. Od tohoto pojmu je odvozen pojem spiritus, znamenající dech¹ nebo duch, resp. spiritualis, znamenající duchovní nebo duševní (Goffi, & Fiores, 1999). Z řečtiny se jím překládá slovo pneuma a k němu příslušné adjektivum pneumatikos, objevující se v novozákonních pavlovských listech a znamenající v překladu duch a duchovní. V tomto smyslu označujeme spiritualitu jako vnitřní, duchovní život člověka, který je iniciován Duchem svatým a prodchnutý jeho působením (Vojtíšek, Dušek, & Motl, 2012). V současnosti se spiritualitou v tomto původním významu zabývá disciplína označovaná jako *teologie duchovního života*.

Při vymezení pojmu spiritualita můžeme rozlišit několik různých přístupů. Jeden z přístupů vychází z původního významu pojmu spiritualita a vznikl jako označení pro niterně prožívanou náboženskou zkušenost (Pechová, 2011). Můžeme také mluvit o takzvaném úzkém pojetí spirituality či náboženské spiritualitě. Ve vztahu k jednotlivým náboženstvím rozlišujeme buddhistickou, islámskou, křesťanskou spiritualitu apod. Křesťanskou

¹ Dech je pokládán za projev života. V tomto smyslu by spirituální bylo vše, co dýchá, co je živé (Štampach, 2006).

spiritualitu, kterou se převážně zabýváme v této práci, můžeme dále členit podle konkrétních modelů života (laická, řeholní a kněžská spiritualita), určitých skupin osob (spiritualita různých hnutí v církvi, jednotlivých profesí apod.), jejích pramenů (biblická, novozákonní, pavlovská, liturgická apod.), časového zařazení (starověká, středověká, novověká, současná), zeměpisného měřítka (francouzská, španělská, italská apod.) či podle různých duchovních škol a směrů často spojených s konkrétními řeholními společenstvími (západní a východní mnišská, františkánská, ignaciánská, karmelitánská a řada dalších). Při tomto členění se často nejedná o jiné měřítko téhož pojmu, ale o jeho samostatnou proměnu (Goffi, & Fiore, 1999). Uvedená typologie zdaleka není konečná a v dějinách křesťanské spirituality či lépe řečeno spiritualit bychom našli další kritéria dělení.²

Další přístup můžeme označit jako širší pojetí spirituality. Můžeme nalézt řadu autorů, kteří chápou a vymezují spiritualitu v určitém „*nadnáboženském slova smyslu*“ (Suchomelová, 2006, 63). Tento přístup můžeme také označit jako univerzální, obecný či nenáboženský (Misauerová, 2011; Němečková, 2016). Říčan (2007) takto chápanou nenáboženskou spiritualitou rozumí prožitky, ke kterým dochází mimo rámec náboženských institucí a jejich nauk. Tento přístup souvisí s prosazováním psychologického pojmu spirituality během druhé poloviny minulého století, a to vlivem „*vývoje náboženského života a postojů k náboženství*“ (Říčan, 2007, 48-49). Úzký kontakt spirituality a psychologie byl ovlivněn sekularizací Západu, tj. vytvořením kultury, která je do značné míry nezávislá na tradičním náboženství (Říčan, 2007). Odmítání náboženství bylo převážně odmítání církvi, tj. institucionalizované podoby náboženství. Zároveň vzniklé vakuum bylo vyplněno hledáním různých alternativ a impulzů, převzatých převážně z východních náboženství, novopohanství, astrologie, přírodního náboženství, hnutí Nového věku, apod. (Roof, 1999). Spiritualita se začala chápat jako osobní zbožnost, která je založená na přímém náboženském zážitku, mimo instituce (Vojtíšek et al., 2012). Emmons (1999) chápe spiritualitu jako integrální stránku každodenního života, čímž ji diferencuje od ohraničeného dílčího souboru přesvědčení v osobnosti člověka. Reich (2009) spiritualitou rozumí sdílení radostí, smutku a hlubokou sounáležitost mezi lidmi, přírodou a vyšším bytím. Moore (2007) spatřuje spiritualitu v každém pokusu postihnout neviditelné faktory a v každé snaze o překročení osobních a konečných hranic v životě.

² Sheldrake (2003, 184) k typologii spirituality uvádí, že je „*tolik spiritualit, kolik je křesťanů, avšak některé z těchto cest nabývají v průběhu dějin formativního vlivu.*“

Na problémy, které přináší nadměrné rozšiřování pojetí spirituality, upozornil Belzen (2009), podle kterého příliš široké pojetí spirituality zastírá její povahu a svébytnost. Ztrácíme tak možnost dozvědět se, co je pro spiritualitu charakteristické a specifické.

V souvislosti se spiritualitou a přístupy k jejímu chápání se setkáváme s pojmem religiozita. V českém prostředí religiozitou označujeme náboženské prožívání a náboženskou aktivitu v určité církvi nebo náboženské skupině. V zahraničí je religiozita více sociologickým pojmem, který vyjadřuje míru zastoupení osob identifikující se s různými náboženstvími nebo intenzitu, v jaké své náboženství praktikují (Pechová, 2011).

Z výše uvedených pojetí ke spiritualitě je zřejmé, že existují přístupy, které dávají spiritualitu a religiozitu do úzkého vztahu nebo je naopak považují za protikladné.

Přehled různých vymezení spirituality a religiozity podali Zinnbauer a Pargament (2005) a sami navrhli dvě do určité míry protichůdné vymezení. Zinnbauer uvádí následující definici: „*spiritualita je definována jako osobní nebo skupinové hledání posvátného. Religiozita je definována jako osobní nebo skupinové hledání posvátného, které se odehrává v tradičním posvátném kontextu*“ (Zinnbauer, & Pargament, 2005, 35). Rozdílem je tudíž kontext, ve kterém je posvátno hledáno, a vzájemný vztah můžeme charakterizovat tak, že spiritualita zahrnuje religiozitu. Pargament představuje jinou definici: „*spiritualita je hledání posvátného. Religiozita se týká hledání významu způsoby související s posvátnem*“ (Zinnbauer, & Pargament, 2005, 36). Spiritualita se vztahuje k hledání cíle, který je posvátný, bez ohledu na způsoby. Religiozita je naopak určována způsoby týkající se posvátného při hledání něčeho významného. Je tak širším pojmem než spiritualita, kterou v sobě zahrnuje jako své srdce a duši (Zinnbauer, & Pargament, 2005).

Stríženec (2006) vymezuje religiozitu jako osobní a kladný vztah člověka k náboženství. Zahrnuje široký komplex jevů, zejména různé formy myšlení, prožívání a konání. Spiritualitu pak považuje za způsob existence a zkušenosti, ke kterým dochází prostřednictvím uvědomění si transcendentní dimenze osobnosti. Spiritualita je nevyhnutelným jádrem religiozity, ale značně ji přesahuje.

Vojtíšek et al. (2012) považuje religiozitu za podmnožinu spirituality, a také nejvýraznější, relativně snadno zachytitelný a obvykle zkoumaný druh spirituality³. Spiritualita zahrnuje také ty projevy vztahu k posvátnému, které výslovně nepřirazujeme k nějaké náboženské tradici. Vztah je možné krátce popsat tím, že „*religiozita je tradičně a*

³ Existují i případy, kdy religiozita není podmnožinou spirituality, ale její oblast přesahuje. Jedná se o případy, kdy se jedinec navenek hlásí k určité duchovní tradici, a přitom je zároveň vůči posvátnému v této tradici vnitřně lhostejný (Vojtíšek et al., 2012).

institučně zakotvená spiritualita“ (Vojtíšek et al., 2012, 25). Štampach (2010) religiozitu pojímá jako označení přítomnosti náboženství v populaci.

Zakladatel logoterapie Frankl (2006, 38) odkrývá v člověku tzv. „*neuvědomovanou religiozitu – ve smyslu nevědomé vztáženosti k Bohu jako pro člověka zdánlivě imanentního, třebaže tak často latentního vztahu k transcendentnu.*“ Dále rozlišuje religiozitu existenciální, ke které člověk dochází svobodným rozhodnutím a bezprostředností. „*Skutečná religiozita – má-li být existenciální – musí mít čas, aby mohla spontánně vyklíčit*“ (Frankl, 2006, 45).

1.2 Vývoj spirituality v průběhu života

Vývojem spirituality v průběhu lidského života se zabývají teorie spirituálního vývoje, které jsou významně ovlivněny vývojovou psychologií, zejména teoriemi psychického vývoje (Mathewson, 2011).

Říčan (2007) považuje za dosud nejvýznamnější vývojovou teorii, související se spirituálním vývojem, Eriksonovu teorii osmi stadií, která vychází z Freudovy teorie psychosexuálního vývoje. Erikson popsal v životě člověka osm vývojových stadií, které byly později rozšířené o deváté stadium. Každé stadium charakterizoval určitým typem psychosociálního konfliktu. Vyřešení konfliktu umožňuje jedinci získat konkrétní ctnost a uschopňuje jej pro plnění dalších vývojových úkolů. Pokud se jedinci nepodaří konflikt vyřešit, vývoj stagnuje a vzniká pocit méněcennosti (Erikson, 2015). V jednotlivých stadiích obsahující potenciál růstu i prvky ohrožení, můžeme najít spirituální aspekt.

Další významnou teorii rozvoje víry vytvořil Fowler, který na základě analýzy rozhovorů se stovkami osob sestavil model rozvoje víry. Jeho model integruje kognitivní vývoj s otázkou po smyslu a řádu. Víra umožňuje jedinci nalézt smysl, řád a zároveň se proměňuje s rostoucí náročností životních úkolů. Jeho model rozlišuje počáteční a dalších šest stadií (Fowler, 2009).

Alternativní koncepci stupňů náboženského myšlení představil Oser, který se soustředil na studium změn myšlení dětí a dospívajících v průběhu života. Na základě vytvoření a následném vyhodnocení příběhů, známých jako dilemata, vytvořil koncepci tzv. náboženského úsudku, který je možný chápat jako postoj k životu jako celku. Vývoj náboženského úsudku se děje ve stadiích, která po sobě následují, ale mezi jednotlivými stupni tohoto vývoje není pozvolný přechod. Pokud náboženský úsudek či postoj k životu umožňuje jedinci vyrovnávat se s problémy, se kterými se setkává, zůstává na daném stupni.

Pokud již úsudek nedostačuje k řešení problémů, nastává krize a jedinec přechází do dalšího stadia (Oser, 1991; Krivohlavý, 2006).

Můžeme se také ptát, nakolik vnitřně vytvořená a prožívaná spiritualita jedince souvisí s jeho postoji vůči spiritualitě, religiozitě či náboženství. Wulff vytvořil model různých sociálně-kognitivních přístupů k náboženství, zobrazený v dvourozměrném prostoru, kde na jedné ose zachytil způsob interpretace náboženské víry a na druhé ose transcendentnost náboženských objektů. Jejich kombinací vznikly čtyři základní postoje k náboženství. Postoj doslovného přijetí je typický pro jedince, který se pokládá za věřícího a přijímá dogmaticky a konzervativně náboženské obsahy. Jedinec s postojem symbolického přijetí se pokládá za věřícího, ale náboženské obsahy přijímá otevřeněji, tolerantněji a předpokládá možnost jejich různých interpretací. Při postoji doslovného odmítnutí se jedinec považuje za nevěřícího a náboženské obsahy doslovně odmítá kvůli jejich nedostatečnému zdůvodnění např. absencí vědeckých důkazů. Postoj symbolického odmítnutí je charakteristický pro jedince, který se nepovažuje za věřícího, ale je méně kritický k náboženství, které pojímá jako jeden ze způsobů hledání osobního smyslu života (Dezutter et al., 2009)

V souvislosti se spirituálním vývojem se stává zajímavým fenoménem náboženská konverze. Halama (2005) definuje náboženskou konverzi jako změnu v náboženském postoji. Jedinec přijímá za vlastní určité náboženské přesvědčení, které mu bylo do té doby cizí. Při studiu náboženské konverze můžeme rozlišit dva přístupy. V klasickém přístupu je prototypem náboženské konverze považováno obrácení sv. Pavla na cestě do Damašku v novozákonních spisech. Konverze je náhlá, emocionální a pasivní. Nejprve se mění víra a poté chování. Za typické období této konverze je považováno období adolescence. Současný přístup pokládá náboženskou konverzi za postupný, racionální a aktivní proces. Změna chování předchází změně přesvědčení. Vyskytuje se v období pozdní adolescence a mladší dospělosti (Hood, Hill, & Spilka, 2009).

Kaplánek (2009) se ve svém výzkumu katolických konvertitů zabýval mimo jiné i motivací konverze v době dospívání. Impulsy související se vzbuzením zájmu o křesťanství rozdělil na impulsy vnější, vnitřní a obecně tíhnutí rodiny ke křesťanství.

1.3 Měření spirituality

Potíže s vymezením pojmu spiritualita se promítají také do jejího měření. Pokud není jasně vymezený obsah pojmu, těžko se operacionalizuje, což je předpokladem jakéhokoliv výzkumu. Spiritualita je tak dimenzí, která je obtížně uchopitelná a velmi těžko postižitelná

standardními vědeckými metodami (Hood et al., 2009). I přes potíže s její definicí a operacionalizací vzniklo značné množství metod měřících spiritualitu. V současné odborné literatuře lze nalézt více než sto dotazníků a škál určených k měření spirituality. Většina těchto škál a dotazníků vymezuje spiritualitu jako multidimenzionální konstrukt (Machů, 2016).

Problémem se stává, že většina dotazníků měřících spiritualitu byla vytvořena pro křesťanskou populaci a stávají se tak nevhodnými pro členy nekřesťanských církví či osoby bez vyznání (Pechová, 2011). Existuje proto snaha o vytváření nových škál a dotazníků, které by nebyly zaměřeny pouze na respondenty z konkrétní náboženské tradice (Machů, 2016).

Přehled různých škál a dotazníků měřících spiritualitu či religiozitu můžeme nalézt např. v kompendiu věnovaném přímo měření religiozity (Hill, & Hood, 1999) či v přehledu, který sestavil Stríženec (2006). Z obsahu jednotlivých položek škál a dotazníků je patrné pojetí a obsah spirituality jednotlivých autorů.

Většina z těchto metod je určena pro kvantitativní výzkum. Jedním z dotazníků je *Post-Critical Belief Scale*, který je operacionalizací výše uvedeného teoretického modelu Wulfa. Zaměřuje se na kognitivní aspekt religiozity a je relevantní pro země s vysokou mírou sekularizace. Dotazník umožňuje určit čtyři základní postoje k náboženství, nazvané ortodoxie, externí kritika, relativismus a reinterpretace (Hacklová, 2014).

Použití kvalitativního výzkumu přináší zachycení hlubšího vnímání fenoménu spirituality. V českém prostředí můžeme nalézt kvalitativní výzkumy spirituality konkrétní skupiny respondentů, např. psychoterapeutů (Lojíková, 2015), seniorů (Suchomelová, 2016) či osob trpících závislostí (Vejevoda, 2015).

1.4 Spiritualita v české společnosti

Výsledky sčítání lidu i mezinárodní sociologické výzkumy religiozity představují českou společnost jako jednu z nejméně religiózních na světě (Nešpor, 2010). Výsledky sčítání lidu v letech 1991, 2001 a 2011 ukazují na změnu struktury obyvatel podle náboženské víry. Vývoj ukazuje trvalý pokles podílu osob, které se označují za věřící⁴ a kolísavý vývoj osob bez vyznání⁵. Nejvíce rostl počet osob, které svůj postoj k víře

⁴ V roce 1991 se jako věřící označilo 43,9 % osob, v roce 2011 to bylo 20,8 % osob (Český statistický úřad, 2014).

⁵ V roce 1991 bylo 39,9 % osob bez vyznání, v roce 2001 to bylo 59 % a v roce 2011 bylo 34,5 % osob bez vyznání (Tamtéž).

neuvědly⁶. V souvislosti s prezentací těchto výsledků a porovnáním s ostatními evropskými státy se hovoří se o českém ateismu⁷.

Hamplová (2013) k této otázce dodává, že i když podíl českého obyvatelstva hlásícího se k náboženskému vyznání jej řadí mezi nejsekulárnější⁸ evropské země, neznamená to, že je česká společnost sekulárně ateistická a nezajímá se o spirituální otázky. Je zde nezanedbatelný počet lidí věřících v nadpřirozené síly, hvězdná znamení či horoskopy, jejich ovlivnění běhu lidského života a schopnost předvídat budoucnost. Česká společnost se navíc vymyká tím, že je v ní tato víra nejrozšířenější. Autorka tuto religiozitu označuje jako alternativní.

Podobně Vojtíšek (osobní sdělení 27. ledna 2016) prezentuje, že v české společnosti není méně spirituality než v ostatních evropských státech, ale ten hlavní rozdíl je v nechuti obyvatel přihlásit se k instituci. K historickým kořenům tzv. českého ateismu uvádí několik momentů českých dějin, jako např. české národní hnutí 19. století, husitskou tradici, římské katolictví jako součást rakouské administrativy a politiky, společenské turbulence na konci 19. století, modernismus, dobu vlády komunistické strany a porevoluční demokracii. Hlubší rozbor těchto historických kořenů přesahuje potřeby této práce. Uveďme pouze, že utváření české společnosti na základě vyjmenovaných historických událostí vedlo mimo jiné také k podezírání institucí z mocenských ambicí a jejich zaměření na majetek, k čemuž do jisté míry přispěly i církevní restituce. Z těchto skutečností Vojtíšek vyvozuje, že český ateismus je spíše antiinstitucionalismus a antiklerikalismus, než popírání transcendentních skutečností.

Václavík (2010) odmítá historická specifika českého národa jako příčinu jeho ateismu. Jediné akceptovatelné vysvětlení spatřuje v charakteru a hloubce procesu modernizace spolu s náboženskou uniformitou české společnosti v 19. století, které vedly k podkopání základů tradiční společnosti a ztrátě důvěry v tradiční náboženské instituce. Náboženská uniformita české společnosti nedokázala čelit rychlé modernizaci hledáním alternativ v jiných náboženských skupinách, ale vedla k postupnému formalizování náboženské příslušnosti až k lhostejnosti a skepsi vůči náboženství. Nedůvěra v náboženské instituce a religiozitu s nimi spojenou nevyklučuje potřebu duchovního uspokojení, která tak v české společnosti odpovídá

⁶ V roce 1991 neuvědlo své vyznání 16,2 % osob, v roce 2011 to bylo 44,7 % (Tamtéž).

⁷ Ateismus je teoretické popírání jakékoliv transcendence (Hejna, 2010).

⁸ Sekularizací je chápán celospolečenský kulturní proces charakterizovaný stále intenzivnějším pronikáním světského ducha do všech oblastí a forem společenského života a emancipace státu i jednotlivých sociálních skupin z jakékoliv závislosti na církevních institucích. Tento proces zároveň zahrnuje, že společnost přestává odvozovat své hodnoty z náboženských zásad (Hejna, 2010).

vysoce individualizované a konzumně orientované pozdně moderní společnosti, používající nejrůznější duchovní a náboženské praktiky.

Názorů na příčiny sekularizace české společnosti je vícero. Nepřísluší nám v této práci hodnotit jejich větší či menší relevantnost, ale uvedené údaje nám ukazují specifický kontext, se kterým se nemocniční kaplani pracující v českém prostředí setkávají.

2 Postoje ke smrti

Obecně je téma postojů doménou oboru sociální psychologie, ve které se stal po určité dobu téměř dominantním a ústředním pojmem. Postojem obvykle rozumíme relativně trvalý systém poznatků, pocitů a tendencí chovat se určitým způsobem ve vztahu k některému předmětu našeho sociálního světa (Řehan, 2007). Postoje ke smrti jsou komplexní a konkrétní pocity, které se váží ke smrti a liší se člověk od člověka.

2.1 Smrt

Termín smrt můžeme vymezit z hlediska medicínského, biologického, filozofického, psychologického, sociologického či teologického, přičemž každé vymezení akcentuje jiný aspekt. Klíčové je vymezení smrti z medicínského pohledu, jelikož právě lékař je kompetentní konstatovat smrt člověka. Z tohoto pohledu je smrt individua dána smrtí mozku, protože mozek reprezentuje osobnost a identitu člověka (Špatenková, 2014). Nicméně současná klinická kritéria a testy pro diagnózu mozkové smrti nemusí splňovat požadavky na nevratné zastavení všech funkcí celého mozku, včetně mozkového kmene a je proto nutné přehodnotit aktuální pojem mozkové smrti (Karakatsanis, 2008).

V minulosti lidé umírali častěji tzv. přirozenou smrtí, kterou označujeme také jako sešlost věkem. V současné době je smrt zpravidla konečným stadiem určité nemoci a bývá označována jako lékařská smrt. Podle rychlosti úmrtí rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou. Termíny náhlá a rychlá smrt se prakticky překrývají, přičemž náhlá smrt je více spojována s tragickou smrtí. Podle věku rozlišujeme smrt předčasnou nebo přiměřenou, o které můžeme mluvit také jako o požehnaném věku (Haškovcová, 2007). Posouzení předčasnosti smrti je ovšem velmi subjektivní, zahrnující nejenom věk, ale i zdravotní stav, sociální vazby a jistou připravenost člověka na smrt.

2.2 Smrt v křesťanství

Smrt a posmrtný život jsou témata teologické nauky nazývané eschatologie (učení o *posledních věcech člověka a světa*). Křesťanství vychází z židovství a navazuje na něj. Ve Starém zákoně není jasná a jednotná představa o posmrtném životě. Na některých místech se posmrtný život nepředpokládá, jinde se objevuje obraz šeolu, tzv. říše stínů. Víra v individuální vzkříšení se objevuje pouze sporadicky. Židovství a rané křesťanství se příliš nezajímalo o individuální posmrtný život, ale o perspektivu světa a dějin. Očekávalo se nové nebe a nová země. Ani Nový zákon neuvádí konkrétní představu o posmrtném životě.

Z pohledu našeho tématu zde dominují dva termíny. Prvním je zmrtvýchvstání, označující, že Ježíš sám svou mocí přemohl smrt. Druhým je vzkříšení, znamenající, že Bůh vyvedl ze smrti svého Syna, kterého lidé zabili (Halík, 2010).

V eschatologii Nového zákona převažují především apokalyptika, tj. očekávání blízkého konce světa. U prvních křesťanů převládalo radostné očekávání druhého příchodu Krista, takzvané *parusie*. Později, kdy se křesťanství v římské říši etabluje, dochází k oslabování eschatologického očekávání a do popředí se dostává individuální eschatologie, v níž jde především o to, aby se duše po smrti dostala do nebe (Halík, 2010).

Křesťanství chápe smrt jako ukončení pozemského života člověka, který je jednotou duše a těla. Přičemž duše je nesmrtelná, při smrti těla nezaniká, ale odděluje se od něj, a znovu se s ním spojí ve chvíli konečného vzkříšení. Učitelství církve také učí, že smrt je důsledkem hříchu člověka a byla přemožena Ježíšem Kristem, který svou smrtí a zmrtvýchvstáním otevřel lidem možnost ke spáse (Katechismus katolické církve, 2001). Křesťanské chápání nesmrtelnosti souvisí s faktem, že člověk je ve vztahu k Bohu stvořen a povolán k věčnému životu (Ratzinger, 2004).

Nejen v křesťanství, ale i v dalších náboženských kulturách, je překročení prahu pozemského života doprovázeno specifickými přechodovými rituály (Halík, 2010). Rituály týkající se smrti nazýváme pohřebními obřady. Jejich variabilita je dána příslušností k různým církvím. Vzhledem k tématu práce uvedeme smysl římskokatolického pohřbu. Při pohřebním obřadu je především oslavováno Kristovo velikonoční tajemství, aby ti, kteří byli přivtěleni křtem ke Kristu, s ním smrtí vešli do věčného života. Konání v rámci pohřbu tak potvrzuje a reálně formuje naději na posmrtné bytí (Nešporová, 2013).

2.3 Vývoj konceptu smrti

Koncept smrti můžeme charakterizovat jako pojetí či představu o smrti. Výzkumem konceptu smrti se zabýval Cicirelli (2001), který rozlišuje jeho objektivní a subjektivní komponentu. Objektivní komponenta konceptu smrti zahrnuje pochopení a přijetí faktu, že smrt je nevratné zastavení veškerých tělesných i duševních funkcí a je univerzální pro všechny lidi. Subjektivní komponenta vyjadřuje jedinečný význam smrti pro konkrétního jednotlivce.

Slaughterová (2005) popsala několik etap výzkumů vývoje konceptu smrti u dětí. Do první etapy zařazuje psychoanalyticky orientované výzkumy ve 30. a 40. letech 20. století orientované na emoční prožívání dítěte při setkání s tématem smrti. Ve druhé etapě, v 60. a

70. letech 20. století, se výzkumy orientovaly na kognitivní vývoj. Do této etapy zařazujeme většinu výzkumných prací. Autoři, kteří zohlednili obecné principy Piagetovy teorie, definovali několik komponent tvořící vyspělý koncept smrti. Cílem studií pak bylo ověřit, ve kterém věku děti dosahují jednotlivých komponent a kdy dokážou uchopit koncept smrti v jeho celistvosti (Loučka, 2007). Speece a Brent (1984) na základě metaanalýzy více než stovky těchto studií stanovili čtyři základní komponenty objektivního konceptu smrti. Řadí k nim universalitu, ireverzibilitu, příčinnost a nefunkčnost. Teitelbaumová k nim přidává pátou, kterou nazývá *netělesná kontinuita* vztahující se k představám o posmrtném životě (Kupka, 2014). Výsledky výzkumů tohoto období potvrzují vývoj konceptu smrti na základě kognitivního vývoje. Děti ve věku do tří let nejsou schopné uvažovat o své vlastní existenci, a tudíž ani o své neexistenci. V předoperačním období si děti představují smrt jak dočasnou a vratnou. Ve fázi konkrétních operací chápou univerzalitu a ireverzibilitu smrti, ale nechápou ji jako nedílnou a přirozenou součást životního cyklu. Ve fázi konkrétních operací děti chápou univerzalitu, ireverzibilitu i definitivnost, znamenající ukončení všech životních funkcí (Slaughter, 2005).

V další etapě výzkumů vývoje konceptu smrti se autoři snažili vyrovnat s vlivem různých sociokulturních proměnných, jako je osobní zkušenost, spiritualita rodiny nebo kulturní podmínky. Výsledky těchto studií jsou nejednotné, pravděpodobně z důvodu malého počtu studií a rozdílných výzkumných strategií. Poslední etapa, zahrnující předešlé desetiletí, charakterizuje studium smrti jako biologického konceptu. Výzkumy z tohoto období pracují s pojmem naivní biologické teorie, která charakterizuje dětské představy o biologické podmíněnosti světa a zdůrazňuje pochopení příčinnosti jevů a vzdělávání dětí. Studie prokázaly účinnost vzdělávání ohledně fungování těla a jeho orgánů na rozvinutější uvědomění smrti a jasnější uchopení komponent universality, ireverzibility a ukončení biologických funkcí (Loučka, 2007).

Významně odlišný přístup k vývoji konceptu smrti představuje existenciální analýza. Úzkost ze smrti je v ní chápána jako významný činitel stabilizace sebepojetí. Yalom (2014) ze své terapeutické zkušenosti uvádí, že úzkost z umírání v průběhu životního cyklu narůstá a zase klesá. V raném věku si děti všímají záblesků smrtelnosti, které je obklopují. Jedná se např. o uschlé listí, hmyz a domácí mazlíčky, mizející prarodiče, truchlící rodiče, hřbitovní náhrobky a další. Tyto pozorující záblesky smrtelnosti mohou v dětech vyvolat úzkost ze smrti, a pokud ji otevřeně vyjádří, tak rodiče často znejistí a zcela pochopitelně dítě utěšují. Většinou převedením do daleké budoucnosti nebo představou vzkříšení, věčného života, nebe a opětovného shledání. Podle Yaloma (2006) dítě prochází nárazovým procesem, kdy

poznává příliš mnoho příliš brzy a pak hledá cesty, jak toto poznání popřít. První formou popření je představa smrti, jako něčeho dočasného, znamenající pouhé zeslabení a pozastavení životní energie nebo jako spánku. V další fázi popření si dítě buduje dvě základní obrany. První je víra ve svou jedinečnost a druhou víra v absolutního zachránce. Tyto obrany mají původ v raném dětství z období intenzivního egocentrismu a rodičovské pozorné péče. Mezi pátým a devátým rokem dochází k popření smrti její antropomorfizací, kdy dostává tvar a vůli. Často se jedná o obraz strašáka, postavu s kosou či kostlivce, kteří jsou sice děsiví, ale na rozdíl od neuchopitelné pravdy o podstatě smrti uklidňující. Další formou popření, od devíti až deseti let, je výsměch smrti. Výzkum jazyka školních dětí ukázal používání mnoha posměšných výroků na adresu smrti a u chlapců i lehkomyšlné lumpárny (Yalom, 2006).

V období mezi devátým až dvanáctým věkem, které Freud nazývá obdobím latence, strach ze smrti ustupuje do pozadí. V průběhu adolescence pak úzkost ze smrti propuká v plné síle. Dospívající bývají smrtí velmi zaujatí, někdy se objevují myšlenky o sebevraždě. Jednou z forem reakce na tuto úzkost se mohou stát násilné počítačové hry, které přijetím imaginární moci nad životem a smrtí snižují strach ze smrti. Jinou formou může být sledování hororových filmů či podstupování rizika adrenalinovými sporty. V období mladé dospělosti se úzkost ze smrti opět odsouvá do pozadí, a to díky dvěma úlohám v této životní etapě, budování kariéry a zakládání rodiny. V období střední dospělosti, především v krizi středního věku, kdy děti opouští domov a jedinec vnímá hranice své profesní kariéry, se obavy ze smrti znovu objevují. A jak Yalom (2014) uvádí, od tohoto okamžiku se z vědomí člověka již nikdy natrvalo nevzdálí.

Specifickou teorií zabývající se lidským vědomím smrtelnosti a vlivem kultury je Terror management theory z roku 1986, jejímiž autoři jsou Greenberg, Pyszczynski a Solomon. Člověk si na rozdíl od jiných živočišných druhů uvědomuje svoji smrtelnost a toto vědomí v něm vyvolává úzkost, strach. Ke zvládnutí vědomí vlastní smrtelnosti pomáhají člověkem vytvořené kulturní konstrukty, které nabízejí smysl, řád či vysvětlení původu světa. Ztotožnění se s konkrétní kulturou naplňuje život člověka smyslem a dává mu pocit sebeúcty. Sounáležitost s kulturou nabízí člověku symbolickou nesmrtnost díky významným a přetrvávajícím kulturním hodnotám. Skutečnou nesmrtnost nabízejí různorodá náboženství v podobě představ různých forem posmrtného života (Pyszczynski, Solomon, Greenberg, Arndt, & Schimel, 2004).

2.4 Měření postojů ke smrti

Studie zabývající se postoji ke smrti se začaly objevovat v padesátých letech 20. století. Feifel (1990) vysvětluje nezáměr či potlačení tohoto tématu v dřívějších výzkumech především rozšířením průmyslové technologie s následkem uvolnění tradičních forem rodiny, deritualizací smutku a truchlení v rámci sekularizace společnosti, postupným vyloučením umírání z každodenního života a zdůrazňováním úspěchu, produktivity a budoucnosti. Změnu přinesly události druhé světové války (nárůst rasismu, holocaust), vzestup humanismu a existenciální psychologie, která považuje smrt za jedno z hlavních témat. Následovalo období zvýšeného zájmu o problematiku smrti. Byla vydána kniha *Význam smrti* (1959), jejímž editorem byl Feifel, který rovněž publikoval jedny z prvních prací o souvislostech duševní nemoci, stáří a smrti. Následovaly práce Kastenauma a Aiseberga, Elisabeth Kübler-Rossové a dalších autorů, kteří se zabývali mimo jiné strachem a úzkostí ze smrti a umírání. Vznikly odborné časopisy *OMEGA – Journal of Death and Dying* (1969), *Death Education* (1977, nyní *Death Studies*) a *Journal of Thanatology* (1973) publikující nově vznikající studie. Od sedmdesátých let byla vyvinuta řada nástrojů pro měření strachu, úzkosti a hrozby ze smrti (Feifel, 1990). Jednou z metod je Revidovaný profil postoje ke smrti (*The Death Attitude Profile-Revised*, 1994), jehož autory jsou Wong, Reker a Gesser. Tato škála měří pět dimenzí postoje ke smrti: strach ze smrti, vyhýbavý postoj ke smrti, neutrální přijetí smrti, vstřícné přijetí smrti a únikové přijetí smrti (Machů, 2016).

Pomocí dotazníků a škál byly realizovány kvantitativní výzkumy zkoumající vliv pohlaví a věku na úzkost ze smrti či souvislosti se sebeúctou, vnímáním smyslu života, náboženským přesvědčením, pocitu viny atd. Další výzkumy zkoumaly postoje ke smrti u různých skupin respondentů zejména konkrétní profese, např. zdravotních sester, sociálních pracovníků apod.

2.5 Vztah spirituality a postoje ke smrti

Smrt je jedním ze stěžejních témat světových náboženství, která nabízejí propracovaný systém či komplex odpovědí na otázky jedince po smyslu svého života, bytí po smrti apod. Nabízené odpovědi vysvětlující existenciální otázky, naplňující potřebu životního smyslu a dávající naději, mohou ovlivňovat postoj ke smrti. Na zjištění souvislostí mezi spiritualitou a postoji ke smrti bylo realizováno několik výzkumů.

Dezutter et al. (2009) vyšli z Vulffova modelu náboženského přesvědčení a zkoumali vztah mezi náboženským přesvědčením (dotazníkem *Post-Critical Belief Scale*) a postojem ke smrti (dotazníkem *The Death Attitude Profile-Revised*) u 471 holandsky mluvících dospělých osob. K analýze použili hierarchickou mnohonásobnou regresní analýzu. Bylo zjištěno, že postoj doslovného přijetí náboženského přesvědčení pozitivně koreluje se škálou strachu ze smrti, vyhýbání se smrti, vstřícný postoj ke smrti a negativně koreluje se škálou neutrálního přijetí. Postoj doslovného odmítnutí náboženského přesvědčení negativně koreluje se vstřícným postojem ke smrti. Postoj symbolického přijetí pozitivně koreluje se vstřícným postojem ke smrti a postoj symbolického odmítnutí pozitivně koreluje s neutrálním přijetím smrti.

Cicirelli (2011) zkoumal rozdíl mezi náboženskou a nenáboženskou spiritualitou a jejich vztahem k postoji ke smrti. Výsledky ukazují, že lidé s náboženskou spiritualitou pocítují větší strach ze smrti, menší vyhýbání se smrti a větší přijetí smrti než lidé s nenáboženskou spiritualitou.

Christopher zjistil, že náboženské přesvědčení pozitivně koreluje s pozitivními postoji ke smrti (např. smrt jako přirozený konec života) a negativně koreluje s negativními postoji ke smrti (např. smrt jako selhání). Tato zjištění poukazují na důležitost rozlišování mezi jednotlivými postoji ke smrti a prospěšnost zaměření se na negativní postoje ke smrti, tj. úzkostné, vyhýbavé a pozitivní postoje, tj. neutrální a přátelské přijetí (Dezutter et al., 2009).

Beranová (2013) potvrdila, že věřící lidé zastávají ve srovnání s lidmi bez vyznání vstřícnější postoj ke smrti. Předpoklad o negativním vztahu mezi religiozitou jako aktivním praktikováním víry a strachem ze smrti nepotvrdila. Machů (2012) potvrdila, že náboženské přesvědčení pozitivně ovlivňuje postoje ke smrti. Respondenti, kteří se hlásili k některému z náboženství, zastávali pozitivnější postoje ke smrti než respondenti bez vyznání.

3 Doprovázení umírajících

Tuto kapitolu jsme nazvali doprovázení umírajících s vědomím toho, že se tento termín v poslední době používá jako terminus technicus. Výraz doprovázení je, i přes jeho daleko širší význam, používán a spojován většinou s doprovázením umírajících. Doprovázející se v této souvislosti dostává do role symbolického převozníka, který má důstojným způsobem doprovodit člověka na hranici oddělující jeho tělesné bytí a ne-bytí (Vávrová, 2012). Svatošová (2008, 17) vysvětluje, že „*skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně*“.

V této práci budeme pod pojmem doprovázení umírajících zahrnovat potřebnou podporu a péči o umírajícího člověka i jeho rodinu. Nejprve rozlišíme stadia umírání, které mají vliv na potřebnou péči. Následně se zaměříme na potřeby, práva umírajících a uvedeme stručnou charakteristiku paliativní péče, která má aktivní úlohu při doprovázení umírajících.

3.1 Stadia umírání

Umírání je proces různě dlouhého časového období, které končí terminálním stavem, znamenajícím, že dochází k progredujícím a nevratným poruchám důležitých životních funkcí (Kupka, 2014). Proces umírání rozdělujeme na tři časově i kvalitativně odlišná období: pre finem, in finem a post finem.

Období před umíráním (pre finem) začíná okamžikem sdělení diagnózy vážné nemoci, která s velkou pravděpodobností skončí smrtí. Tento stav může trvat dny, měsíce, ale i roky (Kupka, 2014). V tomto období nemocný prochází několika etapami definovanými Elizabeth Kübler-Rossovou na základě několika stovek rozhovorů s terminálně nemocnými. První pacientovou reakcí na zprávu o terminální povaze jeho onemocnění může být dočasný šok, z něhož se postupně zotavuje. Po počátečním šoku nastává stadium popírání a izolace. Pacient začne sdělenou informaci popírat, přesvědčovat sebe sama, že došlo k omylu, hledat jiné lékaře apod. Jedná se o obranný mechanismus, jehož délka závisí na způsobu sdělení diagnózy, případné délce zbývajících života a také na dosavadním způsobu žití a připravenosti čelit obtížným situacím. Když už je prvotní popírání déle neudržitelné, nastupuje druhá etapa, a to stadium zlosti. Jsou pro něj charakteristické pocity zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti, často vůči ostatním, zdravým lidem. Pokud i přes obtížnost této fáze, pacienta respektujeme, věnujeme mu pozornost a svůj čas, tak pacient snadněji poznává, že je cennou a ceněnou lidskou bytostí, která není ostatním lhostejná a výbuchy zlosti, hněvu se postupně zmírňují (Kübler-Rossová, 2015). Dalším obdobím je stadium smlouvání. Pacient se snaží o oddálení příchodu smrti. Na racionální úrovni smlouvá o čas dožit se

promoce, svatby dětí, vnoučat a dalších. Na iracionální úrovni vyjednává nápravou života, zdravým stravováním, odčiněním vin a dalších. V tomto stadiu pacient často vyhledává alternativní léčbu či může konvertovat k víře (Kupka, 2014). Čtvrté období, stadium deprese, nastává, když už nemocný nemůže svou nemoc dále popírat, podstupuje další operace a hospitalizace, přibývá příznaků nemoci a ubývá sil. Prožívá pocity ztráty a smutku. Kübler-Rossová (2015) rozlišuje dvě deprese. Reaktivní deprese je reakcí na konkrétní ztrátu. Pokud pacientovi pomůžeme s konkrétní ztrátou, pocitem viny či studem, jeho deprese pomíjí. K druhému typu deprese nedochází následkem minulé, již utrpěné ztráty, ale naopak v důsledku ztráty hrozící. Jedná se o jakýsi přípravný zármutek, kterým si nemocný člověk musí projít, aby se připravil na své definitivní rozloučení s tímto světem. Deprese je tak nástrojem, jehož prostřednictvím se nemocný připravuje na blížící se ztrátu všech blízkých a umožňuje mu dosáhnout stavu akceptace, tj. pátého stadia. V pátém stadiu, nemocný přijímá fakt konečnosti a nevyhnutelnosti smrti. Smiřuje se s nemocí i smrtí. Tento stav je nutné odlišovat od stavu rezignace. Nemocní, kteří jsou se svou nemocí smíření, mají ve tvářích velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. Ti, kteří rezignovali, tento výraz postrádají a naopak v jejich tvářích můžeme vidět pocity marnosti, zbytečného usilování a chybějícího míru (Kübler-Rossová, 1993). Průběh těchto stadií je velmi individuální. Jednotlivá stadia nemusí probíhat v pevném časovém sledu, mohou se prolínat, opakovat, některá mohou být stěží postihnutelná. Stejná stadia s podobnými projevy můžeme pozorovat u blízkých umírajícího (Kupka, 2014).

Období vlastního umírání (*in finem*) je umíráním v užším smyslu slova. Haškovcová (2002) ztotožňuje vlastní umírání s lékařským pojetím terminálního stavu, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých životních funkcí tkání a orgánů s následkem smrti jedince. Vlastní umírání je poměrně složitý proces, který je doprovázen na tělesné úrovni např. odmítáním potravy a projevy neklidu. Několik dní před smrtí může dojít k předsmrtné euforii, která je charakterizovaná pocitem dobrého stavu, pohody, spokojenosti, dobré nálady a je vnímána jako poslední rozkvet sil. Euforii střídá smrtelné kóma, hluboké bezvědomí s vymizením jakékoliv volní činnosti, mění se puls, klesá krevní tlak a tělesná teplota, dochází ke zrychlování či naopak zpomalování dechu. Před okamžikem vlastní smrti lze někdy pozorovat náhlé zklidnění tváře a mír v očích umírajícího (Haškovcová, 2007).

Období po smrti (*post finem*) začíná smrtí dotyčného člověka a zahrnuje péči o jeho mrtvé tělo a psychické strádání pozůstalých. Psychické strádání zahrnuje celou řadu negativních emocí jako je smutek, zármutek, žal, hoře, truchlení. Někteří autoři je používají

jako synonyma, jiní odmítají jejich ekvivalenci a poukazují na jejich nuance. V současné době se používá termín truchlení pro přirozený proces vyrovnávání se se smrtí blízkého člověka. Proces truchlení může začít mnohem dříve, než dojde k očekávanému úmrtí. Reakce v rámci tohoto procesu mohou být nejrůznějšího druhu a různé intenzity. Jedním z cílů truchlení je, že si pozůstalí po ztrátě blízké osoby musí znovu uspořádat svůj svět a vnitřní hodnoty (Špatenková, 2014). U zhruba devíti až dvaceti procent pozůstalých se rozvine dlouhodobý a komplikovaný proces truchlení, který vede k narušení fungování a významnému stresu v prožívání. Komplikované truchlení je spojeno s negativními psychickými a somatickými důsledky, dochází k rozvoji deprese, úzkostných poruch, závislosti na alkoholu se suicidálním rizikem (Praško, Kamarádová, Sandoval, Havlíková, & Sigmundová, 2012). Někdy mohou být reakce na ztrátu blízkého jakoby odloženy. Následně při další ztrátě či obtížném životním období může odložená reakce úplně zastavit či znemožnit další život pozůstalého a je nutné vyhledat odbornou pomoc (Kupka, 2014).

Podle Kastové (2015) je smrt blízkého člověka extrémním zážitkem, který si radikálně žádá truchlení a zároveň je i velkou výzvou k seberealizaci tváří v tvář změně.

V České republice od roku 2012 nabízí pozůstalým odbornou pomoc nová profesní kvalifikace Poradce pro pozůstalé. Poradci pomáhají pozůstalým v akceptaci jejich ztráty, identifikovat a vyjádřit své pocity, poskytují prostor a čas pro truchlení, podporují je v emocionálním odpoutávání od zemřelého a doporučují další adekvátní pomoc (Špatenková, 2013).

3.2 Potřeby a práva umírajících

Při doprovázení umírajících jde bezesporu o maximálně možné naplnění všech jejich potřeb. Při stručném výčtu potřeb umírajících vyjdeme z hierarchie lidských potřeb zformulované Maslowem ve 40. letech 20. století.

Mezi biologické a fyziologické potřeby umírajících řadíme vše, co potřebuje nemocný člověk na tělesné úrovni. Patří sem přijímání potravy, někdy specificky upravené, tekutin, vyměšování, zajištění osobní hygieny, dostatek kyslíku, tišení bolesti a další. Důležitou úlohu zde hraje medikace a různé kompenzační zdravotní pomůcky.

Další potřeby v Maslowově hierarchii přiřazujeme k psychosociálním potřebám. Patří sem potřeba jistoty a bezpečí, v našem případě, především jistoty péče a důvěry v pečující. Z potřeby přátelských vztahů, lidské sounáležitosti a lásky zdůrazněme časté přání umírajících setrvat až do konce v kruhu svých blízkých. Významnou součástí je komunikace,

verbální a neverbální, která v konečném stadiu onemocnění u nemocného převažuje. Nemocný se zabývá odpuštěním a tato otázka se pro něho může stát prioritou.

Potřeba úcty a respektu koresponduje s lidskou důstojností, která náleží k základním hodnotám lidské existence a v paliativní péči patří její garance k základním úkolům. Lidskou důstojnost nejenom chráníme, ale také rozvíjíme. Proces cílevědomého chránění, obnovování a posilování lidské důstojnosti v rámci zdravotních a sociálních služeb, tj. i v rámci paliativní péče, označujeme jako dignitogeneze (Kalvach, 2010). Potřeba seberealizace, tj. potřeba realizovat svůj produktivní, tvůrčí potenciál a splnit svůj životní úkol, vystupuje do popředí při rekapitulaci svého života a hodnocení smyslu svého života.

Hodnocení končícího života, jeho smysl a otázka odpuštění se často přiřazuje k spirituálním potřebám a jejich saturace patří k úkolům klinické pastorační péče. Svatošová (2012) nazývá tyto potřeby duchovními a přidává k nim potřebu lásky, jako univerzální hodnoty, potřebu zbavit se hrůzy ze smrti, přijmout svůj život včetně nezměnitelných daností a omezení, vlastních chyb a nedokonalostí. Nenaplnění těchto potřeb může být zdrojem spirituální bolesti, kterou signalizuje např. přehnaná potřeba pozornosti, respektu a lásky, nebo zmínky o nespravedlnosti, opuštěnosti, vlastním selhání a neschopnosti či celkovou rezignací.

Základní práva odvozená z lidských potřeb a důstojnosti nevyčísitelně nemocných a umírajících osob deklarovala Rada Evropy v *Chartě práv umírajících*, kterou v roce 1999 přijal parlament ČR (Rada Evropy, 1999).

3.3 Paliativní péče

Definice paliativní péče se v průběhu let vyvíjela současně s vývojem tohoto oboru v jednotlivých zemích. Z celé řady definic paliativní péče uvedme definici WHO a definici EAPC.

WHO definuje paliativní péči jako „*přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojených s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení, léčby bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží*“ (Radbruch, & Payne, 2010, 14).

EAPC představuje paliativní péči jako „*aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité při péči je mírnění bolesti a*

dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů“ (Radbruch, & Payne, 2010, 14).

Používaný termín hospicové péče vyjadřuje zájem o člověka v jeho celistvosti s cílem naplnit všechny jeho fyzické, emocionální, sociální a duchovní potřeby. Existují různé způsoby, jak je hospicová péče chápána a využívána, které pravděpodobně souvisí s různými pojetí této péče v Evropě. V některých zemích existuje jasné rozlišení mezi hospicovou a paliativní péčí, zatímco v jiných zemích se tyto pojmy používají jako synonymum (Radbruch, & Payne, 2010).⁹

Dalším používaným termínem je symptomatická a podpůrná léčba s cílem zmírnit symptomy jak nemoci, tak vedlejších účinků terapie převážně v onkologické léčbě. Symptomatická a podpůrná léčba je nezávislá na stadiu onemocnění a většinou i na kurativním a paliativním záměru (Opatrná, & Opatrný, 2010).

Cílovou skupinou paliativní péče jsou pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob. V zásadě jde o tři okruhy pacientů. Prvním okruhem jsou lidé s onkologickým onemocněním, které je nejtypičtější paliativní problematikou. Druhým okruhem jsou lidé v konečných fázích nenádorových onemocnění, především s orgánovým selháním. Třetím okruhem jsou lidé v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepšitelném stavu, který se zhoršuje, ale jehož časová prognóza je nejistá. Jedná se o pokročilá stadia syndromu demence, neurodegenerativních onemocnění, myopatií, AIDS a dalších (Kalvach, 2010).

K hlavním cílům paliativní péče patří zmírňování tělesných a duševních potíží, především bolesti, zachování lidské důstojnosti nemocného a poskytnutí podpory jeho blízkým. Jednotlivé cíle paliativní péče se liší v závislosti na stadiu onemocnění. První fáze kompenzovaného onemocnění se zaměřuje na co nejdelší udržení stavu kompenzace a funkční zdatnosti. Cíl další fáze nevratně progredujícího onemocnění se posouvá směrem k udržení co nejvyšší kvality života, přičemž maximální prodloužení života přestává být primárním úkolem. U pacientů v terminální fázi je cílem paliativní péče důstojné umírání, zahrnující minimalizaci dyskomfortu, neprodłużování procesu umírání a maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života (Skála, Sláma, Vorlíček, & Kabelka, 2011).

V paliativní péči rozlišujeme dva přístupy, obecný a specializovaný. Obecný paliativní přístup, nazývaný také všeobecný, je používán v prostředí a zařízeních, kde se pacientům

⁹ Rozlišení těchto termínů může souviset s institucionálním rámcem dané země, který popisuje jednotku paliativní péče jako oddělení v rámci nemocnice, zatímco hospic je představován jako samostatné zdravotnické zařízení (Radbruch, & Payne, 2010).

poskytuje paliativní péče jen příležitostně¹⁰. Specializovaný paliativní přístup je využíván v zařízeních specializované paliativní péče¹¹, která je jejich hlavní činností (Radbruch, & Payne, 2010).

Za jednu z hlavních charakteristik paliativní péče se považuje nutnost interdisciplinárního rámce. Přestože obecný paliativní přístup může poskytovat i jediná osoba zastupující určitou profesi, komplexní specializovanou paliativní péči je možné realizovat pouze na základě neustálé komunikace a spolupráce různých profesí s cílem zajistit fyzickou, psychickou, sociální a duchovní podporu. Multidisciplinární tým je složen ze zástupců různých zdravotních (lékaři různých specializací, zdravotní sestry, fyzioterapeut, klinický psycholog, nutriční terapeut) i nezdravotních (sociální pracovníci, duchovní) oborů, kteří společně pracují na poskytování a zlepšování péče o pacienty.

Na závěr nutno podotknout, že péče o umírající je po fyzické i psychické stránce velmi náročná. Profesionální pečující, tj. lékaři, zdravotní sestry a další členové multidisciplinárního týmu jsou pod tlakem svého odborného zaměření, jelikož je nezbytné jejich další vzdělávání ve stále se rozvíjejících jednotlivých lékařských oborech s přesahem do dalších oblastí. Významná je také emoční zátěž, a to především z pohledu zdravotníků, kteří primárně léčí a uzdravují. Přičemž při paliativní péči tuto kurativní léčbu opouštějí. K náročným situacím patří komunikace s nemocným a jeho rodinou, a to sdělení diagnózy, přechod na paliativní péči, naléhavost vyřčení prognózy ze strany nemocného či rodiny. Všechny tyto faktory mohou vést k dlouhotrvajícímu stresu, který nakonec může vyústit v syndrom vyhoření, neboli burn-out syndrom¹². Syndrom vyhoření je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, emocionálního a duševního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v emocionálně mimořádně náročných situacích (Křivohlavý, 2012). Syndromem vyhoření jsou ohroženi také blízcí pečující, jejichž role je v péči odlišná od role profesionálního pečujícího. Zátěžové situace v péči se dotýkají jejich soukromých, blízkých vztahů se všemi možnými důsledky od fyzické únavy, psychické odolnosti zvládnání např. negativismu, agresivity nemocných až po řešení finančního zajištění péče. V současné době existují různé druhy zdravotních a sociálních služeb, které nabízejí pečujícím potřebnou pomoc a podporu, včetně materiálního zajištění.

¹⁰ Regionální pečovatelské služby, praktičtí lékaři, zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče, standardní nemocniční oddělení (Radbruch, & Payne, 2010).

¹¹ Ústavní jednotky paliativní péče, lůžkové hospice, nemocniční podpůrné týmy paliativní péče, týmy domácí paliativní péče, komunitní hospicové týmy, denní hospice, ambulantní kliniky (Tamtéž).

¹² Burn-out syndrom byl poprvé popsán v roce 1975 Hendrichem Freudenbergerem v časopise *Journal of Social Issues* (Freudenberger, 1975). Tento jev byl již před tímto datem dobře znám, ovšem Freudenberger jej pojmenoval a řada dalších odborníků jej pak začala studovat.

4 Vybrané výzkumy z oblasti doprovázení umírajících

Nolan (2011) realizoval kvalitativní výzkum zaměřený na doprovázení umírajících nemocničními kaplany. Jeho cílem bylo pochopit, jak nemocniční kaplani pracují s pacienty v okamžiku, kdy je rozhodnuto o ukončení kurativní léčby, a pacienti ztrácejí naději. Data sbíral polostrukturovanými rozhovory a analyzoval pomocí metody zakotvené teorie. Výsledky ukazují na čtyři vývojové momenty přítomnosti nemocničního kaplana u pacienta. Prvním momentem je samotná evokující přítomnost kaplana, která může vzbuzovat pozitivní nebo negativní odezvu u pacienta. Druhým momentem je doprovázející přítomnost, kdy kaplanovu přítomnost pacient přijímá. Rozhodující vliv na tento model má pocit bezpečí, který pacient pociťuje. Třetím momentem je utěšující přítomnost. Kaplan vytváří důvěrné prostředí a umožňuje pacientovi klást si a odpovídat na existenciální otázky. Čtvrtým momentem je odpoutání od pocitů zoufalství a hledání naděje.

Puchalski a O'Donnell (2005) zkoumali analýzou textů, jak pomáhají jednotlivé náboženské přesvědčení při doprovázení umírajících. V závěrech uvádějí, že náboženství pomáhají umírajícím lidem chápat svět kolem sebe, překonávat utrpení, hledat smysl v nepředvídatelné lidské existenci a prohlubovat jejich vztah k lidem a Bohu. Za podstatné považují, že v péči o umírající nestačí pouhá tělesná péče.

Reed (1987) ve smíšeném výzkumu zjišťovala význam spirituality u nevléčitelně nemocných. Závěry ukazují zvýšené spirituální potřeby u nevléčitelně nemocných, ale podobně zvýšené spirituální potřeby se ukázaly i u lidí procházející krizovými momenty.

Murray, Kendall, Boyd, Worth, & Benton (2004) v kvalitativním výzkumu zkoumali významnost duchovních potřeb onkologických pacientů. Výsledky poukazují na zvýšený zájem o duchovní potřeby umírajících pacientů.

Na základě rešerší literatury o spiritualitě, religiozitě a zkušeností se spirituální péčí v nemocničním prostředí použitím hraní rolí, diskuzí a případových studií byl sestavený model spirituálních potřeb. Model zahrnuje potřebu životní rovnováhy, spojení s vlastním existenciálním základem a vnímáním krásy, respektování hodnot, udržení si kontroly při procesu rozhodování a zachování si identity (Monod, Rochat, Büla, & Spencer, 2010).

Nixon a Narayanasamy (2010) zrealizovali kvalitativní výzkum na téma duchovní potřeby z pohledu pacientů s diagnostikovaným mozgovým nádorem. K duchovním potřebám, které pacienti uváděli, patřila podpora rodiny, emocionální opora, kontakty, náboženské potřeby, popovídání si, plány do budoucna, úvahy o smyslu života, životní rozhodnutí. Z výsledků těchto studií je zřejmé chápání duchovních potřeb z širokého pojetí.

V českém prostředí zkoumali kvantitativní metodologií důležitost spirituálních potřeb pacientů v paliativní péči Hajnová a Bužgová (2013). Z jejich výzkumu vyplývá, že pacienti považují v závěru života za důležité nalézt smysl života, naplněnost klidem a získat pozitivní náhled na život.

Machová (2012) zaměřila svůj výzkum na uspokojování potřeb umírajících v nemocnici a hospici. Výsledky kvalitativní metodologie ukázaly důležitost hospicové péče při naplňování spirituálních potřeb umírajících.

Výše uvedený přehled vybraných výzkumů ukazuje na některé důležité aspekty při doprovázení umírajících.

5 Nemocniční kaplani

Poslední kapitolu teoretické části věnujeme samotným aktérům našeho výzkumného záměru. Budeme specifikovat osobu nemocničního kaplana, tak jak ji stanovují platné dokumenty, a to Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC (dále jen Dohoda) a Evropské standardy Evropské sítě kaplanství ve zdravotní péči. Nemocničním kaplanem podle těchto dokumentů je muž či žena poskytující duchovní službu ve zdravotnických, příp. sociálních službách a hospicích. Službu, kterou v těchto zařízeních vykonávají, označujeme názvem klinická pastorační péče. Dále popíšeme náplň služby nemocničního kaplana a představíme hlavní nabídku toho, co nabízí pacientům či personálu. Kapitolu uzavřeme uvedením požadavků na kvalifikaci této nedávno vzniklé profese.

5.1 Nemocniční kaplan

Službu nemocničního kaplana poskytují duchovní jednotlivých církví i pověření laičtí pracovníci. Na ekumenické úrovni došlo v roce 2006 k uzavření Dohody. Dohoda deklaruje vzájemnou spolupráci, definuje pojmy nemocniční kaplan a dobrovolník v pastorační péči a vymezuje způsob jejich vysílání. Významné jsou její přílohy, které specifikují kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana, dobrovolníka a obsahují etický kodex jejich služby (ČBK, 2006).

Dohoda charakterizuje povolání nemocničního kaplana: „*nemocničním kaplanem se v této dohodě rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči pacientům, personálu a návštěvníkům, řídí práci dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví podle přání pacienta*“ (ČBK, 2006, 1).

Z této charakteristiky jednoznačně vyplývá fakt, že nemocničním kaplanem může být muž i žena, pro kterou se ujal termín kaplanka. Podmínkou není svěcení, tzn., že nemocničním kaplanem se může stát, jak duchovní určité církve, tak pověřený laik¹³. Podle Dohody je podmínkou výkonu této služby vyslání kaplana¹⁴ svou církví a uzavření dohody mezi zástupcem ČBK (v případě Římskokatolické církve) či ERC (ostatní církve) a konkrétním zařízením, do kterého je kaplan vyslán. Způsob vyslání, dobu jeho platnosti a odvolání upravují jednotlivé církve podle svých řádů.

¹³ Kanonické právo rozlišuje věřící lid na svěcené osoby, nazývané také kleriky či duchovní a laiky. Laik je tak vnímán jako osoba nesevěčená bez negativní konotace ve smyslu neodbornosti, kterou v současnosti tento pojem zahrnuje.

¹⁴ Podotkněme zde, že tento dokument stanovuje vysílání kaplanů a dobrovolníků. Dobrovolníkem je míněna osoba, která se ve svém volném čase podílí na spirituální péči o nemocné.

Na mezinárodní úrovni stanovují povolání nemocničního kaplana *Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě* Evropské sítě kaplanství ve zdravotní péči. Nemocniční kaplan je tak mezinárodní označení osoby, která podle těchto standardů poskytuje pastorační službu v různých zdravotnických zařízeních nemocným lidem a také těm, jenž o nemocné pečují. Poskytují pomoc v oblasti existenciálních, spirituálních a náboženských potřeb a čerpají při tom z osobních, náboženských, kulturních a společenských zdrojů (ENHCC, 2002).

Standardy uvádějí, že osoba, která práci nemocničního kaplana vykonává, může být označována i jinými výrazy. V češtině je používáno označení pastorační asistent nebo pastorační pracovník. Z důvodů kvality těchto služeb, mezinárodní spolupráce i vztahu ke zdravotnickým zařízením a politickým subjektům došlo v posledních letech ke sjednocení označení a používá se již téměř výhradně titul nemocniční kaplan (Opatrná, 2007).

5.2 Klinická pastorační péče

V katolické církvi se tématem pastorační péče o nemocné zabývá dokument Papežské rady pro pastorační zdravotníků *Charta pracovníků ve zdravotnictví*, který charakterizuje pastorační péči o nemocné jako duchovní a náboženskou pomoc, která je podstatným úkolem pastoračního pracovníka ve zdravotnictví (Papežská rada pro pastorační mezi zdravotníky, 1996).

Ze strany nemocnic je zájem o zajištění pastorační péče podložen mezinárodními akreditačními standardy. Podle těchto standardů mají mít nemocnice zavedeny postupy pro identifikaci spirituálních potřeb pacientů a zajištěny duchovní služby pro své pacienty (Spojená akreditační komise, 2014).

Pastorační činnost ve zdravotnictví byla doposud nejednotně označována různými termíny. Často se objevuje výraz spirituální péče, který je však značně široký a zahrnuje v sobě velkou škálu různých spirituálních přístupů. V převážně evangelickém prostředí se používá termín duchovní služba. V českém prostředí se tento termín používá při smluvním zajištění. Jeho obdobou je výraz duchovní péče, který byl užit v dohodě mezi ČBK a ERC, kterou v textu zmiňujeme. Na mezinárodní úrovni je v oblasti nemocničního kaplanství nejvíce rozšířen výraz *clinical pastoral care*, jemuž v češtině odpovídá termín klinická pastorační péče, který nejvíce vystihuje začlenění pastorační péče do klinické zdravotní služby (Němec, 2015).

5.3 Koordinace klinické pastorační péče

Z potřeby předávání znalostí, spolupráce a koordinace byla od roku 1990 pořádána evropská setkání zástupců nemocničních kaplanů. Na základě těchto setkání vznikla v roce 2000 křesťanská ekumenická organizace Evropská síť kaplanství ve zdravotní péči (ENHCC) tvořená zástupci církví, náboženských organizací, národních asociací kaplanů a dalších subjektů (European Network of Health Care Chaplaincy, 2013).

Vykonává konzultační a odbornou činnost s cílem rozvoje odborných podkladů a směrnic potřebných pro kvalitní rozvoj péče, sdílení zkušeností a podpory vysoké kvality standardizované péče o duchovní potřeby nemocných, jejich blízkých a personálu zdravotních a sociálních zařízení (European Network of Health Care Chaplaincy, 2014).

V České republice došlo na platformě ERC v roce 2011 ke zřízení Asociace nemocničních kaplanů s právní formou občanského sdružení. V roce 2012 vznikla Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice nejprve jako odborná součást ČBK a posléze s formou účelového zařízení registrované církve.

Co se týče smluvního zajištění poskytování klinické pastorační péče ve zdravotnictví, není na rozdíl od vojenství a vězeňství uzavřena dohoda na vnitrostátní úrovni¹⁵ (Tretera, 2002). Důvodem je především velká různost a podstatně větší autonomie zřizovatelů zdravotnických zařízení. Orgány státní správy tak mají omezené možnosti zasahování (Němec, 2015).

V roce 2009 vznikla Česká společnost pro klinickou pastorační péči při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, která si kladla za cíl „vytvořit či zlepšit spolupráci s lékaři, dalších zdravotnických pracovníků a nemocničních kaplanů v rámci multidisciplinárních týmů, a tak dosáhnout zkvalitnění celkové péče o pacienty a jejich blízké“ (Česká společnost pro klinickou pastorační péči, nedat.).

5.4 Náplň služby

Při popisu náplně služby nemocničního kaplana a jeho přístupu vyjdeme z Etického kodexu, který je přílohou Dohody.

Spirituální péči v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřících křesťanů, věnujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, doprovázíme ho v jeho

¹⁵ Např. ve vězeňství, kde se používá pro činnost duchovních registrovaných církví také označení kaplan, existuje *Dohoda o duchovní službě*, uzavřená v roce 2008 mezi vězeňskou službou České republiky na jedné straně a ČBK a ERC v České republice na straně druhé (Vězeňská služba České republiky, 2010).

obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje (ČBK, 2006, 4).

Nemocniční kaplan přistupuje k pacientům, klientům, pracovníkům a příbuzným z pozice věřícího křesťana¹⁶. Předpokládá se tak jeho duchovní ukotvení se zázemím a oporou ve své církvi.

S ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby pacientů a dalších, ke kterým nemocniční kaplan přistupuje, se snaží zprostředkovat zdroje víry, kulturní hodnoty i podporu společenství. Při tom proklamuje, respektuje a chrání důstojnost každé osoby (ČBK, 2006). Lidská důstojnost se tak stává vysokou hodnotou, doprovázející tuto službu. Vychází z neopakovatelné a nezničitelné jedinečnosti každého člověka, kterému přísluší nezczizitelná a nemanipulovatelná důstojnost (Kompendium sociální nauky církve, 2007).

Nemocniční kaplan navštěvuje nemocné při pravidelném obcházení jednotlivých oddělení nemocničního zařízení nebo přichází na žádost nemocného, jeho rodiny či personálu. Poskytuje jim podpůrnou spirituální péči, a to zejména empatickým nasloucháním. S porozuměním vnímá stavy úzkosti, obav a znejistění a poskytuje jim tak potřebnou podporu. Působí také jako zprostředkující nebo smířčí osoba v případných konfliktních situacích (ČBK, 2006). Jeho doprovázení je založené na nabídce rozhovorů o otázkách životního smyslu, smíření, odpuštění, naděje, smutku, utrpení, bolesti a dalších. Může také zahrnovat četbu Bible, duchovní textů, modlitbu a přinášení svátostí. Nebo může jít o tichou přítomnost u nemocného. Z dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici Olomouc, vyplynulo, že pacienti očekávají od nemocničního kaplana především psychickou podporu a pomoc v osamělosti, strachu a smutku (Matějková, & Krumpholcová, 2012). Potřebnou pomoc a podporu nabízí také sociálnímu okolí nemocného, tj. jeho rodině a dalším o něj pečujícím osobám. Většinou se jedná o doprovázení formou vyslechnutí, povzbudivým slovem, radou a modlitbou. Specifickým doprovázením je poradenství pro pozůstalé, při kterém je průvodcem pozůstalých v jejich procesu truchlení a vytváří jim bezpečný prostor pro vyjadřování svých emocí (Špatenková, 2013).

Nemocniční kaplan dbá na to, „*aby spirituálním potřebám lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení pacienta i pracovníka*“ (ČBK, 2006, 4). Respekt k osobnímu přesvědčení je zde prioritou a nemocniční

¹⁶ Vzhledem ke křesťanským kořenům duchovní péče o nemocné jsou nemocničními kaplany téměř výhradně křesťané. V minulém století se k nim připojili i židovští kaplani a ke konci století se o tuto službu začali zajímat muslimové žijící v Evropě (Opatrná, 2007).

kaplan je povinen chránit pacienty před nevhodnou vtíravostí a proselytismem, tj. cílenému získávání nových věřících pro svou náboženskou společnost změnou jejich původního náboženského přesvědčení. V případě potřeby zprostředkovává kontakt s duchovními vlastní či jiné církve.

K dalším činnostem patří zprostředkování či poskytování bohoslužeb, obřadů a svátostí podle potřeb pacientů a svých vlastních možností, které jsou dané řády vlastní církve. V jeho kompetenci je také řízení a koordinace dobrovolníků v oblasti duchovní péče, kteří se podílejí na klinické pastorační péči ve svém volném čase (ČBK, 2006).

Nemocniční kaplan rozvíjí a udržuje potřebné znalosti, dovednosti a kompetence v oblasti své práce. Samozřejmou povinností je zachovávání mlčenlivosti o svěřených důvěrných informacích (ČBK, 2006).

V této souvislosti podotkneme, že dle soudu církevního právníka Němce (osobní sdělení 30. září 2014) je v návaznosti na příslušná ustanovení zákona o církvích a náboženských společnostech a trestního zákona odpovídajícím způsobem garantována ochrana pastoračního tajemství při výkonu služby nemocničních kaplanů. Ochrana zpovědního a pastoračního tajemství je zakotvena v trestním zákoníku i trestním řádu. Podle §368 odst. 1 zák. č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku nemá oznamovací povinnost duchovní registrované církve a náboženské společnosti s oprávněním k výkonu zvláštních práv¹⁷, dozví-li se o spáchání trestného činu v souvislosti s výkonem zpovědního tajemství nebo v souvislosti s výkonem práva obdobného zpovědnímu tajemství, např. pastorační tajemství. Ochrana zpovědního a obdobného tajemství se přiznává v souvislosti s jeho výkonem pouze duchovním. České konfesní právo osobu duchovního nespécifikuje a nechává to pouze na vnitřních předpisech církve s tím, že vymezení duchovních musí být uvedené v základním dokumentu církve. V jednotlivých církvích je vymezení duchovního věcně dosti odlišné, a to od velmi úzce specifikovaného až po velmi široké vymezení. V Základním dokumentu Církve římskokatolické se za duchovní považují biskupové a arcibiskupové, představení, kněží, jáhni, ostatní osoby vykonávající duchovenské služby, a vyžaduje-li to potřeba církve, mohou být další k tomu vhodné osoby, po náležité přípravě, pověřeny diecézním biskupem k výkonu další vymezené duchovenské služby v církvi (ČBK, 2012). K těmto osobám patří nemocniční kaplani. Tento, pro potřeby této práce, poněkud obširnější výklad zde uvádíme

¹⁷ Zvláštní práva registrovaných církví a náboženských společností jsou uvedena v § 7 zákona č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech. V odst. 1 písm. e) je uvedené právo „zachovávat povinnost mlčenlivosti duchovními v souvislosti s výkonem zpovědního tajemství nebo s výkonem práva obdobného zpovědnímu tajemství, je-li tato povinnost tradiční součástí učení církve a náboženské společnosti nejméně 50 let; tím není dotčena povinnost překazít trestný čin uložená zvláštním zákonem.“

především jako paralelu k výkonu psychologů a psychoterapeutů, kteří nemají garantovanou žádnou ochranu tajemství při výkonu služby a plně tak podléhají oznamovací povinnosti.

Pracovní náplň nemocničního kaplana je přibližně koncipována tak, že polovina pracovního času je věnována přímému kontaktu s nemocnými, příbuznými, pracovníky a další polovina je rozdělena na duchovní přípravu a jiné organizační aktivity spojené s klinickou pastorační péčí (Maňáková, 2013).

5.5 Kvalifikace nemocničního kaplana

Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana jsou vymezeny v již zmíněné Dohodě. Jde o velmi obsáhlé požadavky. Vyžadují dokončené obecně uznávané teologické vzdělání na magisterském stupni. Absolvování kurzu pastorační péče, krizové intervence a komunikace. Požadují se znalosti speciální religionistiky, duchovní péče v jednotlivých církvích v České republice, zásady spirituální péče, organizace zdravotnictví a nemocnic, právního minima v oblastech sociální péče a zdravotnictví, základní orientace ve zdravotnických oborech, lékařské a zdravotnické etiky. Je požadována předchozí praxe. Nezbytností je již zmiňované pověření vlastní církví (ČBK, 2006). Praxe však ukázala, že naplnění těchto kvalifikačních předpokladů je velmi obtížné a je nezbytné tyto požadavky revidovat snížením jejich náročnosti. V Dodatku č. 1 k Dohodě jsou kvalifikační předpoklady revidovány na čtyři základní body, a to pověření vlastní církví, ukončené magisterské vzdělání v oblasti teologie, minimálně tři roky působení v obecné pastorační péči a specializovaný kurz nemocničního kaplanství nebo odpovídající vzdělání.

Nemocniční kaplan musí být dobře duchovně ukotven ve své církvi, mít vlastní duchovní zázemí a oporu. Musí být schopen ekumenické spolupráce a poskytování klinické pastorační péče o pacienty všech denominací i o pacienty, kteří se nehlásí k žádné církvi.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky

6.1 Výzkumný problém

Na téma spiritualita a postoje ke smrti již bylo realizováno několik výzkumů, které opakovaně ukázaly jejich úzkou souvislost. Design většiny těchto výzkumů byl za účelem zjištění vzájemného vlivu a souvislostí převážně kvantitativní za použití dotazníků či škál měření spirituality a postojů ke smrti. Machů (2016) ve svém výzkumu prokázala, že spiritualita je faktor, který nejvíce ovlivňuje postoje ke smrti a ukazuje tak na důležitost duchovní péče např. při doprovázení těžce nemocných a umírajících pacientů.

Osobní spiritualita a zároveň určitý postoj ke smrti je důležitým aspektem u specifické profese nemocničního kaplana. Nemocniční kaplan, jakožto příslušník konkrétní církve, již navenek určitým způsobem deklaruje svou spiritualitu a zároveň je ve své profesi nezřídka konfrontován s umíráním a smrtí. Rozhodli jsme se proto ke zjištění různých pohledů a interpretací spirituality a postojů ke smrti oslovit nemocniční kaplany, s důrazem na jednu část jejich práce, a to doprovázení umírajících.

6.2 Cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu byl stanoven takto:

Navrhnout model zachycující širší vztahy spirituality a postoje ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících.

V souladu s hlavním cílem byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Popsat a analyzovat osobní spiritualitu respondentů.

Popsat a analyzovat postoj ke smrti respondentů.

Popsat, jak se osobní spiritualita respondentů promítá do postoje ke smrti.

6.3 Výzkumné otázky

V souladu s hlavním cílem výzkumu byla stanovena tato hlavní výzkumná otázka:

Jak se projevuje spiritualita a postoj ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících?

V souladu s hlavní výzkumnou otázkou byly stanoveny tyto dílčí výzkumné cíle:

Co pro respondenty znamená jejich spiritualita?

Jaký mají respondenti postoj ke smrti?

Jakým způsobem spiritualita respondentů souvisí s jejich postojem ke smrti?

7 Metodologický rámec výzkumu

7.1 Design výzkumu

Pro výzkum spirituality a postoje ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících jsme zvolili kvalitativní přístup, který umožňuje postihnout hlubší významové roviny spirituality a postojů ke smrti, podrobnější pochopení souvislostí a provedení detailní analýzy získaných dat.

Ke sběru dat jsme zvolili formu polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Tato forma spojuje výhody stejného seznamu otázek pro každého respondenta a možnost přizpůsobit rozhovor podle okolností či dosud získaných poznatků, případně přidat doplňující a upřesňující otázky.

Pro zpracování dat jsme využili postupy zakotvené teorie s cílem pojmenovat daný jev a lépe mu porozumět v různých souvislostech.

Vzhledem k nízkému počtu účastníků v kvalitativní výzkumu, není možné výběrový vzorek považovat za reprezentativní a výsledky generalizovat.

7.2 Základní a výběrový soubor

Základní vzorek populace tvoří více než stovka nemocničních kaplanů působících v ČR ve zdravotnických a sociálních zařízeních pověřených konkrétní církví.

Z *Katolické asociace nemocničních kaplanů* jsme získali přesný počet 78 osob, které sdružuje a vysílá do zdravotnických a sociálních zařízení. Dalších několik desítek nemocničních kaplanů z ostatních církví jsou sdruženy *Asociací nemocničních kaplanů*.

Pro stanovení výběrového souboru jsme použili techniku záměrného výběru, konkrétně účelový výběr. Tento výběr není reprezentativní a je veden výhradně záměrem výzkumníka.

Stanovili jsme několik předem určených kritérií k výběru respondentů:

- nemocniční kaplan pověřený vlastní církví
- převážná část respondentů je v *Katolické asociaci nemocničních kaplanů* (důvodem bylo předchozí navázání osobních kontaktů a tím větší důvěry)
- alespoň jeden respondent je z jiné než *Římskokatolické církve*
- respondenti jsou alespoň ze dvou různých nemocnic, z nichž jedna je *Fakultní nemocnice Olomouc*, která má s nemocničním kaplanstvím již několikaletou zkušenost a tato služba je v ní dobře zakotvena
- alespoň jeden respondent je z lůžkového hospice
- alespoň jeden respondent je ze sociálního zařízení
- adekvátní rozložení respondentů podle pohlaví.

Na základě těchto kritérií bylo osloveno osm respondentů. Získání kontaktních údajů a navázání spolupráce probíhalo osobním kontaktem při účasti na několika vzdělávacích aktivitách pro nemocniční kaplany.

Všech osm oslovených respondentů souhlasilo s účastí ve výzkumu. Výběrový soubor tvoří celkem osm respondentů, z toho pět žen a tři muži.

Sedm respondentů je z *Římskokatolické církve*, jeden respondent z *Církve československé husitské*. Jeden respondent je knězem, jeden respondent je trvalým jáhnem, jeden respondent žije v řeholním společenství. Pět respondentů žije v manželství.

Nejmladšímu respondentovi je 36 let, nejstaršímu 58 let, průměrný věk je 45,9 let. Průměrná délka praxe ve službě nemocničního kaplana je 2,9 let.

Všichni respondenti mají vysokoškolské vzdělání v oboru teologie, dva respondenti mají absolvovaný doktorský studijní program v oboru teologie.

Přehled zdravotnických a sociálních zařízení, kde respondenti vykonávají službu nemocničního kaplana, je uveden v tabulce 1. Délka praxe ve službě nemocničního kaplana u respondentů je uvedena v tabulce 2.

Tab. 1: Přehled zdravotnických a sociálních zařízení

Přehled zdravotnických a sociálních zařízení
Fakultní nemocnice Olomouc
Nemocnice Šumperk
Hospic na Svatém Kopečku
Psychiatrická léčebna Šternberk
Domov pro seniory Šumperk

Tab. 2: Délka praxe

Délka praxe
1 rok
1 rok
1 rok
1 rok
2 roky
4 roky
6 let
7 let

7.3 Metody získání dat

Data byla sbírána prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s cílem zjistit, co si respondenti o tématu spirituality a postojů ke smrti při doprovázení umírajících skutečně myslí a proč (otázky rozhovoru jsou uvedeny v Příloze č. 4).

Sběr dat probíhal od srpna do září roku 2016. Výzkum probíhal v pracovním prostředí respondentů. Rozhovory trvaly přibližně hodinu, byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány do textové podoby.

Použili jsme datovou triangulaci metod. Jev jsme zkoumali v různých časových momentech, na různých místech a u různých osob (Hendl, 2005).

7.4 Metoda zpracování a analýzy dat

V první fázi analýzy, kterou Miovský (2006) nazývá otevřené kódování a Řiháček, Čermák a Hytych (2013) tvorbou konceptů, jsme nejprve identifikovali a pojmenovali významové jednotky neboli kódy. Tyto kódy jsme dále vzájemně porovnávali, třídili a na základě podobnosti je seskupili do subkategorií. Seskupování kódů do subkategorií neboli kategorizace slouží ke konceptualizaci a redukci jednotlivých pojmů do obecnějších kategorií. V našem textu jsme stanovili subkategorie „osobní víra“, „naděje“, „svátosti“, „čas“ a další. Celkem jsme vytvořili 23 subkategorií.

V další fázi, označované jako axiální kódování, jsme mezi subkategoriemi hledali vzájemné vztahy. O vytvořených subkategoriích jsme uvažovali jako o jevu a blíže jsme jej určovali pomocí příčinných podmínek, které jev zapříčiňují, kontextu, ve kterém je jev zasazen, strategií jednání a interakcí, pomocí kterých je jev zvládán, vykonáván a pomocí následků. Stanovili jsme centrální kategorii „*doprovázení umírajících*“. Vztahováním a seskupováním kategorií k centrální kategorii jsme vytvořili kategorie „*nemocniční kaplan*“, „*pacient*“, „*církev*“.

Ve třetí fázi zakotvené teorie, nazývané selektivní kódování, jsme kategorie uváděli do vztahu k centrální kategorii. Některé subkategorie byly doplněné či upřesněné. Ukázka otevřeného kódování části jednoho rozhovoru je uvedena v příloze č. 5. Ukázka seskupování kódů do subkategorií a následně kategorií je uvedena v příloze č. 6. Vzhledem k citlivosti uvedených dat a zveřejnění přehledu zdravotnických a sociálních zařízení, ve kterých výzkum probíhal, uvádíme pouze část jednoho rozhovoru.

Námi výše uvedený metodologický postup vychází z Miovského (2006). Inspirovali jsme se také Hendlem (2005) a Řiháčkem et al., (2013).

7.5 Etika výzkumu

Respondenti byli seznámeni s tématem výzkumu a jeho účelem. Byli dále poučeni o zachování anonymity, způsobu nakládání dat, jejich zpracování a analýze. Na základě podaných informací vyjádřili souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon.

Jména respondentů byla pro zachování anonymity nahrazena pseudonymy. Byly uvedeny základní charakteristiky respondentů: pohlaví, věk, délka praxe, vzdělání a případné kněžské, jáhenské či řeholní povolání. Uvedené charakteristiky nejsou k respondentům přiřazeny a nejsou propojené mezi sebou. Pro jasnější přehled byl uveden seznam zdravotnických a sociálních zařízení, kde výzkum probíhal. Respondenti byli s tímto uvedením seznámeni a souhlasili s ním.

Vzhledem k citlivosti některých otázek (prožívání osobní spirituality, vývoj spirituality, zkušenosti se smrtí blízkých osob) byli respondenti předem na povahu otázek upozorněni a byla jim dána možnost neodpovídat na, pro ně, citlivé otázky. Ke konci rozhovoru byli respondenti upozorněni na možnost odejít z výzkumu či nechat vymazat jakoukoliv část rozhovoru. Tato možnost nebyla žádným respondentem využita. Všechna výzkumná data byla použita pouze pro účely výzkumu.

8 Výsledky výzkumu

Vytvořili jsme základní model, který zachycuje širší vztahy mezi spiritualitou a postoji ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících v souvislosti s tím, že doprovázeným je nemocniční kaplan, vysílaný svou církví a doprovázený je umírající pacient (viz Schéma 1).

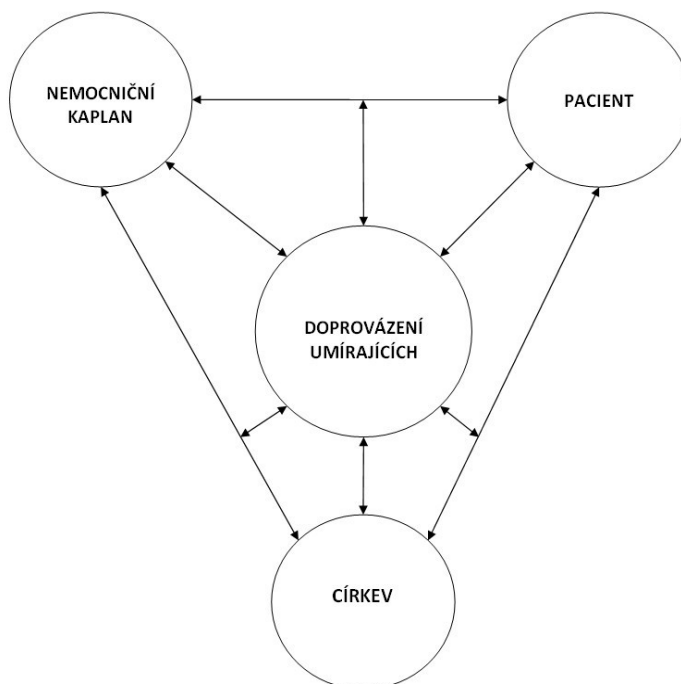


Schéma č. 1: Základní model procesu doprovázení umírajících nemocničním kaplanem

Centrální kategorii jsme nazvali „*doprovázení umírajících*“. Toto označení dobře vystihuje proces, který probíhá mezi nemocničním kaplanem a umírajícím pacientem. Stal se také již obecně přijímaným označením v odborné literatuře i v praxi, kde probíhá. Ve vztahu k centrální kategorii jsme při analýze textu zaznamenali působení tří kategorií „*nemocniční kaplan*“, „*pacient*“ a „*církev*“. Kategorie označují aktéry, které při doprovázení umírajících, v našem uvažovaném kontextu, působí. „*Nemocniční kaplan*“ má v procesu doprovázení umírajících svůj postoj, hodnoty, určité dovednosti, zkušenosti. „*Pacient*“ má své potřeby, přání, očekávání. „*Církev*“ vstupuje do procesu svou nabídkou pomoci a hodnotovým rámcem. Při procesu doprovázení umírajících vznikají mezi kategoriemi interakce, které proces ovlivňují. U jednotlivých kategorií a jejich vzájemných interakcí jsou uvedené jednotlivé subkategorie (viz Schéma č. 2).

Níže uvedené kapitoly jsou tvořeny kategoriemi, centrální kategorií a jejich vzájemnými interakcemi. Podkapitoly jsou tvořeny jednotlivými subkategoriemi kódů. Uvedené subkategorie vznikaly a byly tvořeny na základě analýzy textu rozhovorů. Není možné je považovat za konečné a plně vystihující subkategorie v procesu doprovázení umírajících, ale za subkategorie vzniklé v rámci našeho výzkumu. Navržený model tak není vyčerpávající a nezahrnuje všechny působící aspekty na daný proces.

Ve výsledkové části citujeme výpovědi respondentů, které jsou označeny pseudonymem (Eva, Anna, Dana, Hana, Iva, Pavel, Petr, Tomáš) a číslem řádku přepsaného konkrétního rozhovoru.

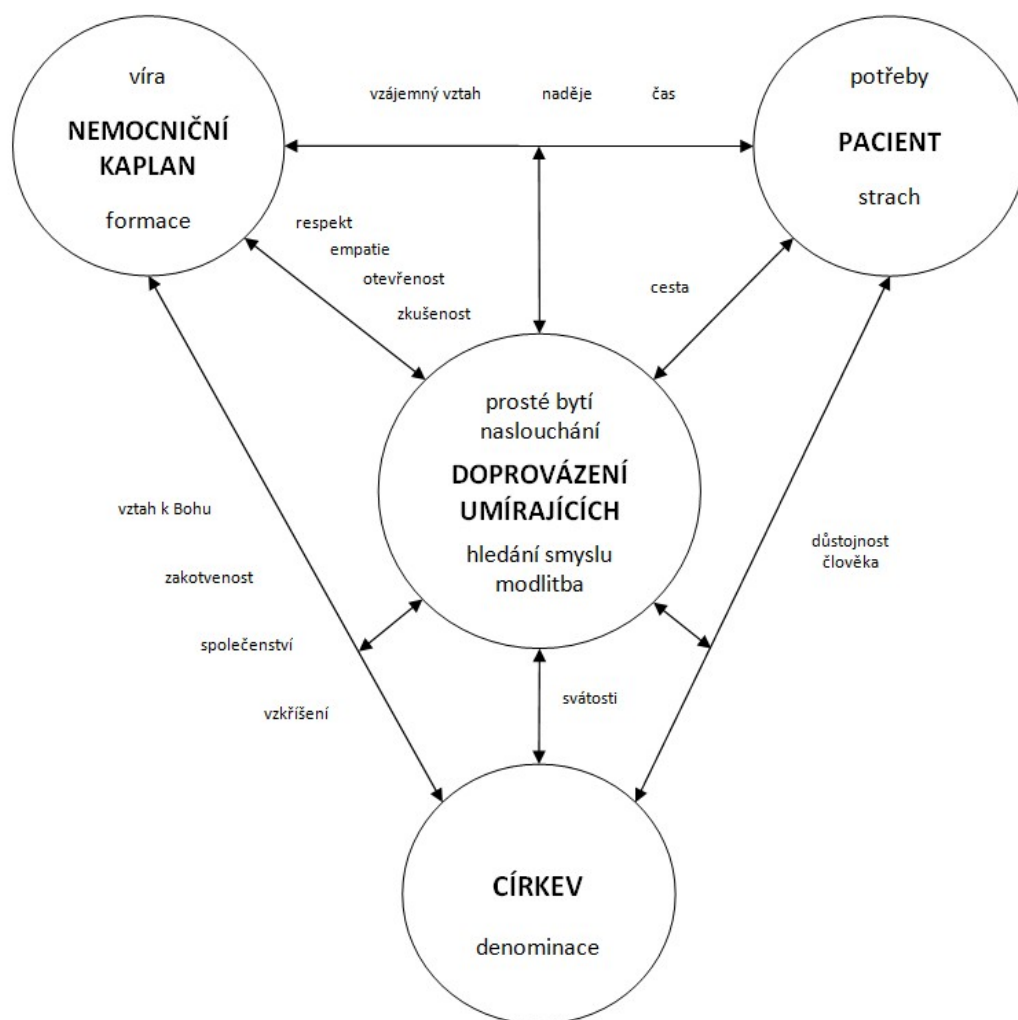


Schéma č. 2: Model procesu doprovázení umírajících nemocničním kaplanem s vyznačenými subkategoriemi

8.1 Nemocniční kaplan

8.1.1 Víra

Víra je pro nemocniční kaplany nejen velkou oporou v jejich práci, ale přímo součástí jich samých. Víru v Boha, v Ježíše, vnímají jako podstatu své spirituality a zároveň jako nezbytnou součást svého života. *„Véra je spojená s životem a život je spojený vírou, nemohou, jedno bez druhého, nemůže fungovat“* a víra má být *„zakotvená v realitě života“* (Dana 199-200, 243). Většina respondentů uvádí, že pochází z věřících rodin. Jejich víra ale procházela určitou osobní konverzí během života.

Dana zároveň podotýká, že víra oslabuje strach ze smrti, zvláště *„víra v existenci posmrtného života“* (Dana 490) a *„víra ve vzkříšení“* (Petr 93). Víra tak souvisí s jejím postojem ke smrti.

8.1.2 Formace

Od kaplanů výrazně zaznívalo, že pro jejich spiritualitu je vedle osobního postoje ke Kristu důležitá jejich formace, která není jen o předávání teoretických znalostí či praktických dovedností, ale i o sdílení zkušeností. *„Můžu říct, že právě z toho žiju, z toho úzkého kontaktu s Kristem a z denní modlitby a ze vzájemné podpory i těch kaplanů, právě proto mně, co se týká spirituality, velice pomáhají velehradská setkání, kde máme nejen duchovní formaci ... a kde právě se v tomhle prohlubujeme“* (Eva 14-20).

V rozhovorech můžeme rozeznat dvě různé formace. Formaci osobní, která prostupuje celým jejich životem a formaci pracovní, tj. formaci nemocničních kaplanů. Té se účastní na odborných akcích pro nemocniční kaplany, např. na velehradských setkáních nemocničních kaplanů. Obě formace obsahují vzájemné sdílení, hledání, učení a ovlivňují jejich kaplanské působení: *„celá formace, celá, pro mě jako celý způsob toho života a toho jak to tady vedu i ten svůj život, podle čeho ho utvářím“* (Eva 79-81).

Vedle nezbytnosti formace jsou si vědomi toho, že vzdělávání a formace kaplanů se vzhledem k relativně krátké době kaplanství u nás, stále do jisté míry hledá a stabilizuje: *„i ti kaplani byli připraveni, že ta služba se jako teprve etabluje tady v té společnosti“* (Iva 365).

8.2 Pacient

8.2.1 Potřeby

Potřeby a očekávání pacientů a zvláště umírajících pacientů vstupují do procesu doprovázení umírajících s vysokou intenzitou, neboť ovlivňují samotný proces.

Kaplaní jsou si vědomi toho, že doprovázený nemusí být schopen a někdy ani ochoten své potřeby a očekávání vyjadřovat. S odkazem na svou spiritualitu Iva uvádí, že také v tomto případě ji pomáhá víra. *„Když naplním vztah k Bohu, tak Bůh mně otočí ten můj pohled na člověka, na jeho potřeby ... když jsem otevřena té Boží lásce, tak je to zase ta sama Boží láska, která mi odkrývá ty cesty k těm nemocným a ukazuje mně vlastně, jakým způsobem mám naplnit, ty jejich potřeby, co oni vlastně potřebují“* (Iva 223-224, 686-688).

Eva zdůrazňuje důležitost vnímavosti a otevřenosti při doprovázení: *„schopnost vnímat ty potřeby těch lidí, abych nekonala své potřeby ...to si myslím potřebuje hodně kaplan“* (Eva 448-449).

8.2.2 Strach

Při doprovázení umírajících se kaplaní potkávají se strachem, obavami či úzkostí u pacientů. *„Pacienti mluví někdy o strachu ze smrti“* (Petr 90). Zároveň je to emoce, kterou s pacienty sdílejí: *„mám ze smrti strach, protože je to krok do něčeho, co neznáme... takže tím, že si uvědomuji svoji konečnost, tak je to pocit, který je alespoň částečně sdílený“* (Petr 68, 90-91). Nemocničním kaplanům se strach ze smrti nevyhýbá. V pocitech strachu se odlišují, u některých je výraznější a někteří uvádějí, že strach téměř nemají. Rozlišují také strach ze smrti a strach z umírání.

Jeden z úkolů, které si při doprovázení nemocniční kaplaní dávají, je snižování či zmírňování tohoto strachu, obav. *„Aby člověk, který odchází, aby neprožíval strach a bolest, protože to není něco, co je nutné“* (Tomáš 304-305).

Při zmírňování strachu se zamýšlejí nad jeho podstatou a příčinami. Tomáš trefně podotýká, že *„strach pramení z toho, že přece jenom víra není jistota, to si musíme přiznat“* (Tomáš 186-187).

U pacientů vnímají, že strach a velké obavy mohou také pramenit z toho, že umírající není připravený, nemá některé věci dořešené, dokončené: *„někdy ten strach ze smrti pramení z toho, že zastihne člověka nepřipraveného, že ještě nestihl všechno udělat“* (Tomáš 195-196). Stává se tak dalším z úkolů kaplana pomoci umírajícímu dořešit a dokončit některé věci v jeho životě. Často se týkají vztahů v jeho rodině, takže bývají do doprovázení pozvaní

další členové rodiny, pro které je rozloučení rovněž významné. „*Nedostatečné rozloučení se zemřelým, kde zůstávají určité bolesti, tak jsou potom zraňující dál*“ (Pavel 389-390).

Samotná přítomnost kaplana u umírajícího může strach ze smrti zmírňovat. Někdy tato přítomnost je tím nejdůležitějším při doprovázení. Tomáš k tomu dodává, že kaplan, kromě této přítomnosti, nabízí „*určitou nadstavbu*“ (Tomáš 116), protože svou spiritualitou dává nabídku, možnost, že člověk „*neodchází do prázdna do nicoty, a že se navrácí ... ke svému stvořiteli*“ (Tomáš 118-120).

8.3 Církev

8.3.1 Denominace

Církev zasahuje do nemocničního kaplanství přímo, a to tím, že ona je tou institucí, která kaplany jmenuje a vysílá do konkrétního zařízení. Kaplani patří do společenství konkrétní církve a vnímají se tak „*jsem součástí církve*“ (Dana 206) „*vlastně přísluším k té konkrétní denominaci církve*“ (Tomáš 19-20).

Přesto chápou, že pro doprovázeného může být církev jako instituce problémem pramenící i ze špatné zkušenosti, zklamání apod. „*Z církvi jako z institucí ... někdy jsme zklamaní ... tak bych stavěla skutečně jako na Bohu*“ (Dana 53-55).

Ekumenismus a vzájemná spolupráce jsou důležité nejen pro samotné kaplany, protože se v zdravotních a sociálních zařízeních vzájemně potkávají z různých denominací, ale také pro doprovázené, kteří mohou pocházet z nejrůznějších církví, náboženských hnutí či být vůči těmto institucím nepřátelsky naladěni. Při samotném doprovázení může a někdy musí konkrétní příslušnost k církvi jít zcela stranou „*kdo chce sloužit tady lidem, tak musí odložit ... z které církve jsou a z které nejsou, to musí jít úplně stranou*“ (Hana 344-345).

8.4 Doprovázení umírajících

K centrální kategorii jsme přiřadili několik subkategorií, které při rozhovorech přímo souvisely s procesem doprovázení umírajících.

8.4.1 Prosté bytí

Doprovázení je založené na samotném bytí doprovázeného s doprovázeným, tj. přítomnosti nemocničního kaplana u pacienta: „*být s tím umírajícím na kolik on to potřebuje, nakolik o to stojí ... natolik, nakolik je to pro něho smysluplné a užitečné*“ (Anna 170-173), „*důležité to sdílení a spolunesení třeba i těch bolestí, strachu z toho konce života ... člověk nechce být sám*“ (Tomáš 114-115).

8.4.2 Naslouchání

Naslouchání chápou nemocniční kaplani jako základní činnost při doprovázení umírajících. Jde o naslouchání pacientovi bez vnucování svých vlastních názorů a postojů: „*ta práce spočívá především v naslouchání lidem, takže nemá význam ta spiritualita, že bych někomu jako vnucoval svůj pohled, nebo že bych se snažil interpretovat jeho situaci svým pohledem ... pomáhá pozorně naslouchat*“ (Petr 54-56), „*naslouchání, nesouzení, nedávání rad ... přijetí bezvýhradněm toho pacienta*“ (Tomáš 100-101).

Často se jedná o vyposlechnutí celého životního příběhu: „*a jsem tam, poslouchám ... si potřebuje ty věci skládat, vypráví příběh, tak je to naslouchání*“ (Eva 171-174).

8.4.3 Hledání smyslu

Kaplani při popisu komunikace s pacienty uváděli časté téma hledání smyslu života, životní smysluplnosti. Respondenti téma smyslu zdůvodňují snahou umírajících pacientů poznat smysl své nemoci potažmo smysl celého svého života na jeho konci. „*Otázky po smyslu ... proč jsme, k čemu jsme, jestli to má nějaký smysl*“ (Anna 44-45), „*tak proč vlastně tady vlastně jsou ... jaký to má smysl*“ (Tomáš 205). Nemocniční kaplani se stávají těmi, kteří pomáhají pacientům životní smysl hledat, poznat a uvědomovat si jej.

Hledání životního smyslu může být obtížné. Nemocniční kaplani vysvětlují, že pomáhá pozorné a trpělivé naslouchání, trpělivost a vybízení k vyprávění životního příběhu: „*hledání toho smyslu, tak v podstatě hledáme právě skrz tu historii jeho*“ (Eva 175).

8.4.4 Modlitba

Modlitba je činnost, o které se nemocniční kaplani často zmiňovali v odpovědích na doprovázení pacientů. V jejich službě má významné místo: „*tak v podstatě ta osobní modlitba jako si to bez ní neumím představit*“ (Eva 124-125).

Modlitbu chápou také jako svůj úkol či poslání: „*je posláním nemocničního kaplana modlit se nejenom, nejenom za ty nemocné*“ (Iva 747), „*modlitba je úkol na celý život*“ (Pavel 91).

Modlí se přímo za konkrétního pacienta a někdy je modlitba jedinou činností při doprovázení: „*a když už jsou to takové těžké stavy, jak někde na tom áru ... když jsme teda žádání, tak tam přijdu na chvíli se pomodlit*“ (Dana 241-243).

Někdy je to modlitba za zemřelého: „*do pietní místnosti ... tak se s ním rozloučím a modlím se za něho*“ (Hana 274-275).

Na souvislost modlitby a vlastního postoje ke smrti upozorňuje Tomáš: „*i v té modlitbě jsem připravován na svoji vlastní smrt*“ (Tomáš 286).

8.5 Interakce nemocniční kaplan – pacient

8.5.1 Vzájemný vztah

Nemocniční kaplan přichází za doprovázeným většinou na jeho přání a dozvídá se o něm od zdravotnického personálu. Mezi nemocničním kaplanem a doprovázeným postupně vzniká vzájemný vztah. Nemocniční kaplani přicházejí za pacienty „*nabídnout ten svůj vztah*“ (Tomáš 338-339).

Vytvoření vztahu není automatické, někdy to není možné z důvodu nedostatku času, někdy naopak při dlouhodobém doprovázení vzniká pevný vztah a ukončení tohoto vztahu smrtí pacienta může být pro kaplana emočně náročné: „*umřela jedna pacientka, se kterou jsem opravdu měla vztah a dlouhodobě jsem jí provázela, že skutečně v tom srdci jako cítím prázdnotu*“ (Eva 263-264).

Anna k ukončení vztahu s pacientem, který zemřel, vyjadřuje „*určitou naději, že třeba tento konkrétní vztah může nebo spíš změní ... svou podobu ... smrt je něco, co přináší, přináší bolest ... a taky ... přehodnocení vztahů*“ (Anna 94-97).

Nemocniční kaplani ve vztazích k pacientům čerpají ze vztahu k Bohu. Získávají a čerpají z prožitků, které můžeme nazvat spirituální, religiózní, a následně „*předáváme ten svůj vztah s Bohem*“ (Dana 253-254).

Stejně jako vztah k Bohu prochází určitou proměnou, prochází jí i vztah s pacientem. Stává se hlubším, otevřenějším, přímočařejším. Nemocniční kaplani dávají tyto dva vztahy do souvislosti: „*když naplním vztah k Bohu, tak Bůh mě otočí ten můj pohled na člověka, na jeho potřeby*“ (Iva 223-224).

8.5.2 Naděje

Podle Tomáše je naděje tím základním, s čím jako nemocniční kaplan za pacientem přichází. Je to zároveň naděje, která vychází z jím prožívané spirituality: „*přicházím s tím, dávat tomu člověku naději, která není z tohoto světa. Je to naděje, kterou sám kaplan sdílí, prožívá, a je to naděje evangelia*“ (Tomáš 95-97).

Sami nemocniční kaplani z naděje čerpají a naděje souvisí s jejich spiritualitou a postojem ke smrti a umírání: „*naděje na věčný život je pro moji spiritualitu katolickou velice důležitá*“ (Hana 255).

Dodávání či předávání naděje pacientovi má své meze, kterých si je Tomáš vědom: „*aby to nebyla za prvé nějaká falešná naděje, neopodstatněná falešná naděje, že všechno nakonec bude dobrý anebo zase, aby to nebylo sklouzávání k nihilismu*“ (Tomáš 126-128).

8.5.3 Čas

V rozhovorech jsme často nalézali důležitost dostatku času, který nemocniční kaplani pacientům věnují. Nemocniční kaplani vnímali, že pacienti si jich váží často právě kvůli tomu, že mají na ně čas. „*V mnohých případech jsou prostě rádi skutečně, že někdo si tam udělá na ně čas*“ (Eva 164-165).

Čas hraje velkou roli při výše zmiňovaném vztahu mezi nemocničním kaplanem a pacientem. V čase, který nemocniční kaplan vyčleňuje pro konkrétního pacienta, se rodí vztah. Anna považuje právě vyčlenění času, a s tím také související plánování, za nejnáročnější při doprovázení umírajících: „*aby ho člověk měl prostě dostatek, aby, aby prostě nemusel koukat na hodinky, že už má být někde jinde ... je takové ... náročné*“ (Anna 194-195, 198).

Můžeme zde vidět paralelu k ostatnímu personálu nemocnice, který nemusí a často ani nemá dostatek času na komunikaci s pacienty, sdílení jejich obav apod. Nemocniční kaplani v rozhovorech uváděli, že zdravotní sestry jsou často rády za jejich přítomnost, právě kvůli možnosti si s pacienty povídat.

Subjektivní vnímání času může být při umírání výraznější. Dana k tomu podotýká, že u mladších lidí konfrontovaných s nepříznivou diagnózou nastává určitá akcelerace zrání, pod vlivem uvědomění si, že již nemají tolik času, a snaží se „*rychleji dospět třeba i ve třiceti k věcem, ke kterým dospívá člověk až v osmdesáti*“ (Dana 225-226).

8.6 Interakce nemocniční kaplan – církev

8.6.1 Vztah k Bohu

V rozhovorech se několikrát opakovalo, že kaplani vnímají obecně spiritualitu v širších souvislostech. Ale při konkrétním mapování a vyjasňování si, co podle nich patří do spirituality, se opakovaně ukazovalo, že svoji spiritualitu opírají o osobní vztah k Bohu a zakotvení v církvi. Nemocniční kaplani chápou svou spiritualitu především jako vztah ke Kristu a vedení Kristem. „*Naše spiritualita je skutečně založena na vztahu ke Kristu*“ (Eva 14), „*jako prožívaná spiritualita, prožívaný vztah k Bohu*“ (Tomáš 107), „*asi mi jde o ten*

niterný vztah s Bohem“ (Dana 18), „*na prvním místě to je určitě osobní vztah k Bohu*“ (Iva 211).

Jedná se o úzký niterný vztah, který v osobním i pracovním životě považují za „*skutečně zásadní ... určující*“ (Dana 86-87).

Ze vztahu k Bohu čerpají povzbuzení a podporu. Znamená pro ně pevný bod, o který se opírají i v kaplanské službě. Nicméně v průběhu osobního i pracovního života dochází k proměně vztahu, která často reflektuje změny v běžném životě i růst ve vlastní spiritualitě. Iva v této souvislosti mluví o přijetí, následování, naplnění a proměně směrem od já: „*ten vztah já, a ta proměna v to tvá, jo a pak od toho tvá k tomu ty*“ (Iva 219-220).

Zajímavým postřehem je tzv. zjemňování člověka v rámci tohoto vztahu, které následně může kaplan uplatňovat ve vztazích k pacientům: „*člověka to zjemňuje a má pořád někoho ... a může se o někoho opřít*“ (Hana 85).

8.6.2 Zakotvenost

Kategorii jsme nazvali zakotveností. Při analýze textu jsme nacházeli další kódy, které jsme této kategorii následně přiřadili. Jedná se o odevzdanost, autenticitu, pokoru, které nemocniční kaplani vnímají v závislosti s prožíváním své spirituality.

Svou zakotvenost přinášejí do setkávání s pacienty a dávají ji do souvislosti s autenticitou: „*že taková ta osobní zakotvenost v Bohu ... tak to je bezesporu to největší plus ... to je taková jistota, s kterou můžu opravdu před ty lidi do těch setkání ... vstoupit ... chápeme to oboustranně, autentická*“ (Dana, 90-93).

Právě autenticita je postojem, který v setkání s umírajícím pacientem, trpícím pacientem chápou jako významný prvek. „*Si myslím, že skutečně bych těm lidem neměla co dát, protože to utrpení leckteré a některé situace ... potřebují nějaký, jako autentický prostě postoj*“ (Eva 161-163).

Odevzdanost souvisí s jejich pokorou, nemožností zažívat stejné utrpení a bolest jako jimi doprovázený člověk. „*Často odevzdanosti protože, myslím si, že sama ještě nejsem natolik třeba zralá, abych některé věci o těch pacientů hodně vnímala anebo chápala*“ (Eva 22-24).

Při téměř každodenním setkávání se s utrpením člověka a realitou smrti, mají nemocniční kaplani svou představu svého budoucího umírání. Odevzdanost jim pomáhá k vědomí toho, že je to pouze jejich představa a realita může být zcela jiná: „*má představa, mé přání ... ale ta skutečnost, vím, že bude úplně třeba jiná. A zas je to o té odevzdanosti, o té důvěře*“ (Iva 567-569).

8.6.3 Společenství

Kaplaní prožívají spiritualitu nejen jako niterný vztah k Bohu, ale také v rámci společenství s ostatními: „*protože samozřejmě, že spiritualita křesťanská je prožívána v rámci společenství s druhými ... opírá se o společenství*“ (Petr 22-23, 38), „*je to život ve společenství, to je, to je život opřený o církev*“ (Iva 210-211).

Jejich spiritualita se formovala a zrála v rámci společenství, do kterých docházeli či docházejí, ať už se jedná o společenství modlitební či společné slavení liturgie nebo společenství v rámci manželství. „*Vlastně se i tak nějak i formovala ta spiritualita, že člověk patřil do nějakého společenství*“ (Tomáš 67-68).

Nalézali jsme silný vztah mezi kategorií „*společenství*“ a nadkategorií „*církev*“. Respondenti patřili do společenství, které úzce souvisí s konkrétní denominací.

8.6.4 Vzkříšení

Vzkříšení má pro nemocniční kaplany jednoznačnou souvislost s Ježíšem Kristem. Stává se pro ně důležitým aspektem v jejich postoji ke smrti. Strach ze smrti oslabuje a pomáhá kaplanům se s ním vyrovnávat, smířit, přijmout pro něco budoucího, dokonalejšího. „*Víra ve vzkříšení ... pakliže ta ztráta stojí za to ... Takže ano, pokud mám ztratit život tady ten pozemský, který ale není dokonalý ... do dokonalosti mu chybí hodně. Tak tento život prostě musíme ztratit, odevzdat ho, abychom mohli získat ten život nový, věčný v radosti a světle po Boží pravici*“ (Tomáš 207-212).

Víra ve vzkříšení jim pomáhá nejen v akceptování své vlastní smrtelnosti, ale také při doprovázení umírajících: „*víra ve vzkříšení určitě je důležitá při kontaktu s umírajícím člověkem*“ (Petr 61).

Do kontaktu s umírajícím ji přinášejí jako určitou možnost, perspektivu: „*ta zkušenost té spirituality u toho kaplana nebo obecně toho provázejícího na konci života je důležitá k tomu, aby zkrátka tam zůstala přítomna ta perspektiva té věčnosti a toho nového života toho vzkříšení*“ (Tomáš 129-131).

8.7 Interakce pacient – církev

8.7.1 Důstojnost člověka

Vědomí důstojnosti člověka a jeho vznešenosti odvozují kaplaní z teologické nauky víry v Boha jako stvořitele, který stvořil člověka ke svému obrazu. „*Každý den si člověk*

musí uvědomit, že je Boží obraz ... vědom té své vznešenosti, důstojnosti toho Božího obrazu v sobě“ (Tomáš 74-78).

S tímto vědomím přistupují k pacientům. Snaží se podporovat jejich důstojnost vzájemnou komunikací a svým postojem. U pacientů ve stadiu umírání, může být jejich vědomí vlastní důstojnosti oslabené v důsledku tělesné slabosti: *„vidět v něm stále důstojnost, stále toho člověka, kdy to tělo prostě chřadne, jaksi jakoby odchází“ (Iva 636-637).*

8.8 Interakce nemocniční kaplan – doprovázení umírajících

8.8.1 Respekt

Respekt se v rozhovorech objevoval jako jedna ze základních schopností při doprovázení umírajících. Kaplani přistupují k pacientům s respektem k přáním a potřebách umírajících, s ohledem vůči tomu, o čem pacient mluvit chce a o čem mluvit nechce: *„respektuju ... když ten člověk jako nechce vůbec třeba o tom mluvit“ (Eva 369).*

Někdy se setkávají u pacientů přímo s odporem vůči náboženství či víře *„někdy ty lidé to dávají i najevo ten odpor, tak což já musím respektovat“ (Dana 331).*

8.8.2 Empatie

Empatii vnímají jako další potřebnou schopnost: *„je zde potřeba empatie, vcítění se do toho člověka, také uchopení jeho, jeho problému“ (Pavel 319-320).*

Eva dává empatii do souvislosti s emocemi pacienta, kterým může díky empatii lépe porozumět, ale i do souvislosti se svými emocemi, které nemusí být vůči doprovázenému čistě pozitivní: *„když jsem doprovázela tady pozůstalého ... ten člověk byl velice třeba opravdu v mnohém nesympatický, já jsem fakt jako vnímala vůči němu, že je potřeba empatii. Tak ještě bych to nazvala, tu empatii, protože soucítění ... takže to jsou ty emoce“ (Eva 421-423).*

8.8.3 Otevřenost

K pacientům přistupují s respektem, empatií, ale také s otevřeností, která umožňuje pacientům být sami otevření a pravdivě se podívat na situaci, ve které se nacházejí: *„jsou i lidé, kteří mají potřebu bilancovat a řeknou si, ano, jsou věci, které jsem udělal špatně ... je to takový poctivý pravdivý pohled na tu situaci, ve které se nacházejí“ (Pavel 285-288).*

V rozhovorech jsme nacházeli další kódy, jako pravdivost, nezastírání skutečností. Otevřenost, pravdivost a nezastírání skutečností berou jako součást svého poslání: *„abych otevřeně o tom dokázala mluvit ... to je ta moje práce, že se skutečně dokážu zeptat ... mít odvahu, klidně a otevřeně mluvit a ptát se, třeba umíráte“* (Eva 336).

8.8.4 Zkušenost

V rozhovorech jsme několikrát zaznamenali, že zkušenost kaplanů, ať s jejich vlastním onemocněním nebo se smrtí jejich blízkých, jim výrazně pomáhá při doprovázení umírajících. Tyto zkušenosti jsou různé a souvisí s jejich postojem ke smrti.

Zkušenost s vlastní nemocí uvádí Pavel: *„že jsem zakusil ty limity, že to právě není jednoduchý, že doopravdy jsem pocítil tu zkušenost ... když tady člověk stojí tváří v tvář nemoci, bolestem“* (Pavel 141-142). Uvádí taktéž zkušenost s nečekanou smrtí blízkého člověka, která zasáhla i do jeho spirituality: *„bylo to něco nevysvětlitelného, nepochopitelného a tehdy jsem, mám pocit, poprvé zažil určitou zkušenost s něčím, co mě zasáhlo do obrazu Boha. My máme někdy představu o Bohu takovém tom idylickém, idylickém tvůrci, který ovlivňuje náš život, tak jak se nám hodí. A když se stane taková věc, tak najednou to je něco, co nám jaksi ten obraz kazí, nějak nám to do toho nezapadá. Nějak jsme zrovna tohohle člověka, jaksi nechtěli jsme o něj přijít ... chtěli jsme s ním prožít ještě značný kus života a najednou ten člověk je pryč“* (Pavel 240-246).

Zkušenosti s životem, ale i s vírou, která jim v životě pomáhá, sdělují pacientům ze svého pohledu a tak, aby to nebylo ovlivňování, vnucování či manipulace: *„říkám já mám tuto zkušenost a věřím tady tomuto, ale nesnažím se mu to vnucovat, protože je to prostě člověk, je jedinečný a má svůj vlastní postoj a je na něm, jak se rozhodne“* (Eva 177-179).

Hana uvádí zkušenost s prožitou klinickou smrtí, která ji v kontaktu s umírajícím pomáhá tím, že ji více přibližuje k pacientovi a pomáhá jim lépe porozumět. *„Pomáhá mi moc, že jsem prožila klinickou smrt, protože nemluvím o obyčejných věci, vůbec, prostě já jsem to prožila, vím, o čem mluvím“* (Hana 117-118).

8.9 Interakce doprovázený – doprovázení umírajících

8.9.1 Cesta

V rozhovorech jsme nacházeli, že kaplani vnímají doprovázení jako nabídku cesty pro pacienty.

Tomáš chápe umírání jako cestu: „*umírání je, už si troufám říct, začátek cesty na ten druhý břeh*“ (Tomáš 128). Zároveň i tato cesta „*může být ještě jakousi příležitostí, možností ještě něco na sobě změnit, zapracovat, uspořádat si třeba i ty hodnoty, ještě vyzrát*“ (Tomáš 220-221).

Podobně Pavel vnímá, že umírajícímu může „*pomoci mu hledat tu cestu ke světlu*“ (Pavel 331).

Umírání je cesta, ze které se již nedá vrátit zpět. Tento fakt je podle Petra nutné přijmout a kaplani jsou těmi, kteří mohou s přijetím smrti pacientům pomoci. „*Je to přijetí faktu smrti, že tady není, co jaksi nedá se, nedá se ta situace zvrátit, ale spěje ke smrti a je potřeba tu cestu jít*“ (Petr 129-130).

8.10 Interakce církev – doprovázení umírajících

8.10.1 Svátosti

Nemocniční kaplani jsou svou církví pověřeni k přinášení svátosti eucharistie pacientům. Eucharistie neboli svaté přijímání patří mezi sedm svátostí, uznaných římskokatolickou církví. Ostatní křesťanské církve mohou mít odlišné svátosti. Všichni respondenti měli pověření přinášet přijímání pacientům a často jej ve své službě využívají.

Sami také přijímají svátosti ve své církvi. Chápeou je jako podstatnou část prožívání spirituality: „*ty svátosti tedy vidím jako úplně prvořadé, protože jsme teda v katolické církvi, ne protože je církev požaduje, to určitě ne, ale pro, právě zase, pro ...ten prožitek, ten vztah*“ (Dana 49-51), „*sama si neumím představit život bez svátostí*“ (Iva 198-199).

9 Odpovědi na výzkumné otázky

Jak se projevuje spiritualita a postoj ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících?

Projevy spirituality a postoj ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících znázorňuje navržený model procesu doprovázení umírajících nemocničním kaplanem s vyznačenými subkategoriemi kódů (viz Schéma č. 2). Na navrženém modelu je patrné, že spiritualita a postoje ke smrti působí u hlavních aktérů procesu, tj. nemocničního kaplana, pacienta a působí zde také církve, ke které přísluší konkrétní nemocniční kaplan, případně pacient. Spiritualita a postoje ke smrti se promítají do stanovených subkategorií, které mají vztah na proces doprovázení umírajících a taktéž se ovlivňují navzájem.

Co pro respondenty znamená jejich spiritualita?

Respondenti se shodují na tom, že spiritualita pro ně znamená především vztah s Bohem, Kristem. Víru v Boha vnímají jako podstatu své spirituality a zároveň jako nezbytnou součást svého života. Není pro ně setrvalým stavem, ale v průběhu života dochází k její proměně, a to vlivem svého vlastního rozvoje a osobních i pracovních prožitků. Můžeme tak uvést, že ačkoliv obecně pojímají spiritualitu v širším pojetí, tak osobní spiritualitu chápou v užším pojetí, neboli jako náboženskou spiritualitu či religiozitu. Respondenti uvádějí, že jejich osobní spiritualita pramení ze zakotvení v konkrétní církvi. Přesto rozumí tomu, že církev může být pro některé jejich pacienty problémem. Pro jejich víru bývá důležitá formace, ať v osobním, tak v pracovním životě. V osobním životě mívá na jejich spiritualitu vliv konkrétní společenství, kterého jsou součástí a které je dále formuje. V pracovním životě je formace realizována formou odborných akcí pro nemocniční kaplany. Neznamena pro ně pouze získávání teoretických vědomostí či praktických dovedností, ale i sdílení zkušeností. Ze své víry čerpají při své práci. Víra je pro ně ve službě nemocničního kaplana podporou, povzbuzením a pevným bodem, o který se opírají. Do jejich práce se tak přímo promítá, i když o ni s určitými pacienty nemusí vůbec komunikovat.

Jaký mají respondenti postoj ke smrti?

Postoj ke smrti u nemocničních kaplanů bývá ovlivněn jejich zkušenostmi a vírou. Zkušenosti ani víra je nezavávají strachu ze smrti či obav z toho, jak budou umírat, ale tento jejich strach často zmírňují. Strach ze smrti není u nemocničních kaplanů stejný. Objevuje

se i postoj, kde tento strach není přítomen. Zkušenosti, které souvisejí s postojem ke smrti, můžeme rozdělit na zkušenosti se smrtí blízké osoby a přímé zkušenosti s doprovázením umírajících. Oba typy zkušeností působí na postoj ke smrti. Smrt a umírání se díky těmto zkušenostem stávají pro nemocniční kaplany více reálnými a hmatatelnějšími. Tyto zkušenosti jsou u nemocničních kaplanů různé. Někteří mají prožitky se smrtí a umíráním blízké osoby hlubší, někteří méně. Podobně různé je i prožívání a vyrovnávání se ztrátou blízké osoby. Rozdílná je také praxe nemocničních kaplanů, někteří se setkávají s umíráním a smrtí pacientů častěji, zvláště v hospicích.

Jakým způsobem spiritualita respondentů souvisí s jejich postojem ke smrti?

Spiritualita u nemocničních kaplanů může významně souviset s postojem ke smrti. Značnou podporou, kterou kaplani zmiňovali, je víra ve vzkříšení a posmrtný život. Jedná se o naději, která znamená, že tento současný život pro ně nekončí a také, že se mohou po smrti setkat se svými blízkými zemřelými. Nevnímají ji jako jistotu, ale právě jako naději. Je to pro ně víra, kterou věří a v kterou doufají.

10 Diskuze

V našem výzkumu jsme se zaměřili na spiritualitu a postoje ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících. Cílem bylo prozkoumat, jak tyto dva aspekty působí na proces doprovázení umírajících a navrhnout model zachycující širší vztahy mezi spiritualitou a postojem ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících. V souladu s hlavním cílem byly stanoveny dílčí cíle, a to popsat a analyzovat osobní spiritualitu, postoje ke smrti a charakterizovat, jak se osobní spiritualita promítá do postojů ke smrti u nemocničních kaplanů.

Zvolili jsme kvalitativní formu výzkumu, abychom se dostali do větší hloubky dané problematiky, našli vzájemné vztahy a souvislosti. Užili jsme metodu polostrukturovaného rozhovoru, jehož scénář byl rozdělen do tří částí. V první části byly otázky na spiritualitu, ve druhé otázky na postoje ke smrti a ve třetí otázky na doprovázení umírajících. Uvedenou strukturou se nám podařilo postihnout zkoumané téma. Respondenti měli dostatek prostoru k zodpovězení všech otázek. Žádný respondent nevyužil možnost na některé otázky neodpovědět nebo odstoupit z výzkumu.

Námi realizovaný výzkum má určité limity a výsledky mohou být ovlivněny několika zdroji chyb. Prvním limitem je samotný výběr respondentů, který byl realizován záměrným výběrem. Na začátku jsme stanovili kritéria, které jsme při výběru respondentů dodrželi.

Z osmi respondentů pracoval jeden v lůžkovém hospici, kde je jeho práce téměř výhradně o doprovázení umírajících. Od ostatních nemocničních kaplanů bylo dodatečnými otázkami zjištěno, že jejich doprovázení pacientů se týká umírajících v průměru zhruba ve dvaceti procentech. Tento rozdíl v praxi doprovázení umírajících může ovlivňovat výsledky našeho výzkumu. Příštím výzkumům, zkoumajícím stejné téma, bychom doporučili zaměřit se na službu nemocničních kaplanů v hospicích či nemocnicích s paliativními centry.

Dalším limitem našeho výzkumu je teoretická saturace. Při zpracování a analýze dat jsme i u posledního respondenta našli nové kódy. Tyto kódy jsme sice zařadili do již vytvořených kategorií, nicméně při dalším sběru dat by se mohly vynořit nové nosné kategorie s vlivem na výsledky. Nejsme tudíž přesvědčeni o teoretické saturaci dat, a proto výsledný navržený model nepovažujeme za konečný.

Způsob analýzy dat je dalším limitem. Analýza dat byla prováděna jedním výzkumníkem. Existuje tak možnost chyb, které jsou způsobené nesprávným kódováním. S vyšším počtem výzkumníků by došlo ke zvýšení validity. Existuje také možnost ovlivnění objektivitu analýzy dat přepokládanými výsledky jiných studií, které zkoumaly vliv

spirituality a postojů ke smrti, spirituální potřeby umírajících apod. Minimalizace ovlivnění našich předpokladů bylo dosahováno opakovaným vracením se ke kódování, kategorizaci a vyhledáváním vztahů při analýze dat, opětovnému srovnávání a dalšími metodami zvyšující teoretickou citlivost.

Nedostatek výzkumů na téma doprovázení umírajících poskytované nemocničními kaplany nám znemožňuje porovnání výsledků našeho výzkumu s ostatními. Srovnáváme proto naše výsledky s výzkumy realizovanými na jiné populaci respondentů, převážně psychoterapeutů, u nichž můžeme najít při terapeutické práci s klienty určité paralely s prací doprovázení umírajících nemocničních kaplanů. Podotýkáme ovšem, že doprovázení umírajících není terapií, i když může docházet k určitému terapeutickému efektu.

Výsledky výzkumu ukazují na význam spirituality a postoje ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících. Pozitivní přínos spirituality v osobním i profesním životě odpovídá současným vědeckým poznatkům (Pechová, 2011; Stríženec, 2007; Vojtíšek et al., 2012).

Respondenti považují spiritualitu za významnou a neoddělitelnou součást svého života. Tento výsledek odpovídá výsledkům dalších výzkumů realizovaných na populaci psychoterapeutů (Balcarová, 2015; Beranová, 2013; Lojíková, 2015).

Pro část respondentů bylo problematické odpovídat na otázky ohledně spirituality, konkrétně na otázky: *Jak byste popsal vaši osobní spiritualitu, v čem spočívá? Jak se projevuje uvnitř? Jak se projevuje navenek? Co do ní všechno zahrnujete? Co je jejím obsahem?* Jedná se o první otázky v rozhovoru. To nás může vést k zamyšlení, zda nejsou tyto otázky na začátek rozhovoru obtížné. Na základě zpětného promýšlení scénáře a analýzy odpovědí na tyto otázky tuto domněnku zamítáme. Přikláníme se k domněnce o vlivu teologického vzdělání respondentů a problematice uchopení pojmu spirituality. Hlubší teologické znalosti mohou zastiňovat nahlížení na obecný pojem spirituality. Tuto domněnku může potvrzovat fakt, že v rozhovorech respondenti odborně hovořili o řadě specializovaných teologických tématech. Ukazuje se tak, že spiritualita v širším pojetí může být obtížně uchopitelným fenoménem i pro teology. Na problémy s pojetím spirituality upozorňuje řada autorů (Pechová, 2011; Říčan, 2007; Stríženec, 2007).

V našem výzkumu se ukázalo, že respondenti, podotkněme, že se jedná o věřící a praktikující osoby, pojmají spiritualitu spíše v užším pojetí, neboli jako náboženskou spiritualitu či religiozitu. Spiritualitou tak chápou především víru a formaci k této víře. Jejich spiritualita je ovlivněna příslušností ke konkrétní církvi. Při doprovázení umírajících se stává užitečným jejich postoj, kdy se dokáží zcela distancovat od příslušnosti k církvi, protože

vnímají, že u některých pacientů může církev vyvolávat negativní emoce. Neznamená to zastírání jejich příslušnosti k církvi, ale schopnost empaticky naslouchat stížnostem a kritice, aniž by na ni nutně reagovali obhajobou.

Respondenti uvádějí působení své spirituality na podobu jejich doprovázení umírajících. K doprovázení přistupují s respektem, empatií a otevřeností. Tyto výsledky odpovídají výsledkům výzkumů zkoumající vliv víry terapeutů v psychoterapeutickém procesu (Balcarová, 2015; Jablonská, 2014; Lojíková, 2015). Podle Jablonské (2014) vytváří víra systém hodnot, ze kterého plyne způsob přístupu terapeutů ke klientům. Obdobně Wagenfeld-Heintz (2008) označil spiritualitu jako zdroj určitých hodnot ovlivňujících přístup terapeutů ke klientům.

Respondenti v rozhovorech často vyzdvihovali důležitost modlitby při doprovázení umírajících. Vedle toho, že respondenti pojmají modlitbu také jako službu pacientům, když se za ně modlí, čerpají z modlitby sami podporu a oporu. Můžeme vyslovit domněnku, že v modlitbě sdílejí také možné nejistoty při doprovázení umírajících, čerpají inspiraci a sami se nechávají Bohem doprovázet. Pozitivní funkci modlitby jako formu snižování nejistoty či získání inspirace potvrzují některé výzkumy (O'Grady, & Richards, 2010; Vandenberghe, Prado, & de Camargo, 2012; Wagenfeld-Heintz, 2008).

Z odpovědí respondentů je zřejmé, že spiritualita souvisí s jejich postojem ke smrti. Toto zjištění odpovídá výsledkům výzkumů, které prokázaly náboženské přesvědčení jako významný faktor pozitivně ovlivňující postoje ke smrti (Beranová, 2013; Machů, 2016). Respondenti uváděli jako největší vliv na postoj ke smrti víru ve vzkříšení a posmrtný život. Můžeme vyjádřit domněnku, že se jedná o touhu po nesmrtelnosti, která se díky víře může naplnit. Podobně Jonas a Fischer (2006) poukazují na pozitiva náboženských pohledů na svět, které se vypořádávají se strachem ze smrti tvrzením, že smrt není koncem lidské existence. Naopak existují studie, které statisticky významný vliv spirituality na snížení strachu ze smrti neprokázaly (Rasmussen, & Johnson, 1994).

V postoji ke smrti respondentů je také zmiňována zkušenost se smrtí blízké osoby. V jednom případě šlo o vlastní prožitek klinické smrti, který pomáhal k bližšímu přiblížení se umírajícímu. Zkušenosti a prožitky pomáhají vyrovnávat se s vlastním strachem ze smrti. Právě vyrovnání se s vlastním strachem ze smrti považují někteří autoři jako předpoklad efektivního doprovázení (Vojtíšek et al., 2012).

Náš výzkum nebyl primárně zaměřený na umírající a jejich spirituální potřeby. Nicméně výsledky ukázaly, v procesu doprovázení umírajících, důležitost naděje a hledání smyslu, které odpovídají spirituálním potřebám v současném poznání (Emblen, & Halsted,

2011; Galek, Flannelly, Vane, & Galek, 2005; Opatrný, 2016). Podle Strang a Strang (2002) nedostatek smyslu a naděje silně koreluje s přáním předčasné smrti.

Respondenti při doprovázení umírajících často vnímají pocity strachu ze smrti a umírání u pacientů. Tyto pocity strachu ze smrti jsou široce a detailně popsány v celé řadě odborných textů (Kupka, 2014; Raudenská, & Javůrková, 2011; Yalom, 2014).

Při doprovázení vzniká mezi respondenty a pacienty vztah, který respondenti pojmají jako důležitou součást procesu doprovázení umírajících. Teoretické uchopení vztahu jako účinného faktoru můžeme nalézt zvláště v přístupu zaměřeném na řešení.

Respondenti uváděli, že část doprovázení umírajících tvoří modlitby s pacienty a přinášení svátostí. Tyto činnosti můžeme řadit do užšího pojetí spirituality. Pro pacienty, kteří se na začátku hospitalizace se službou nemocničního kaplana seznamují, to mohou být jediné představitelné aktivity, které nemocniční kaplan nabízí. Nicméně, jak uvádějí respondenti jejich působení je především o bytí s pacientem a naslouchání mu.

Respondenti se nejčastěji shodovali v tom, jak chápou a vnímají svou osobní spiritualitu, která po ně znamená vztah s Bohem. Nejvíce se odlišovali délkou své praxe. Nejkratší praxe nemocničního kaplana byla 1 rok, nejdelší praxe byla 7 let. Dále se odlišovali svými zkušenostmi se smrtí nejbližších osob, případně osobní vážnou nemocí, kterou uvedl jeden respondent. Rozdílné byly také obavy a strach ze smrti. Někteří uváděli, že se smrti obávají či spíše umírání, dva respondenti tento strach absentovali. Při popisování procesu doprovázení umírajících se nejvíce shodovali v tom, že nejdůležitější činností je naslouchání. Následně se odlišovali v prezentaci důležitosti dalších činností, někteří kladli důraz na hledání smyslu života pacienta, někteří zdůrazňovali převážně přítomnost s dostatkem času pro pacienta.

Praktickou využitelnost výzkumu spatřujeme v několika směrech. Hlavním výsledkem je zmapování širších vztahů mezi spiritualitou a postojem ke smrti u doprovázení umírajících. Ve výsledném modelu jsou zřejmé subkategorie a kategorie, které vycházejí ze spirituality či postoje ke smrti a působí na doprovázení umírajících. Zajímavým zjištěním je, že hlavní témata práce, tj. spiritualita a postoj ke smrti, se neobjevují jako kategorie v navrženém modelu. Oba pojmy prostupují do jednotlivých subkategorií a kategorií aktérů, kteří v procesu doprovázení umírajících působí, tj. „*nemocniční kaplan*“, „*pacient*“ a „*církev*“. Docházíme tak k faktu důležitosti konkrétních, snadno uchopitelných pojmů s jasně vymezeným významem pro danou činnost.

Potvrdilo se také problematické uchopení pojmu spiritualita. Můžeme se proto domnívat, že by vymezení spirituality v užším pojetí, v dalších výzkumech, přispělo ke

zpřesnění výsledků. Výsledky ukázaly významnost formace. Vliv vzdělání formou předávání vědomostí a dovedností na výkon různých profesí je zřejmý. Zde se nám také naznačuje vliv formace na niterné prožívání.

Z výsledků našeho výzkumu nelze usuzovat na kauzální vztah mezi spiritualitou, postoji ke smrti a doprovázením umírajících, ale pouze na vzájemné souvislosti.

Za originální přínos práce považujeme zapojení do výzkumu nově vytvořenou profesi nemocničního kaplana. Zároveň rostoucí počet nemocničních kaplanů a zájem o tuto službu ze strany nemocnic ukazuje na potřebnost této pomoci.

Výzkum ukázal na celou řadu subkategorií mající význam při doprovázení umírajících. Doporučujeme zaměřit další výzkumy na jednotlivé jevy, např. religiozitu či strach ze smrti, při doprovázení umírajících, a umožnit tak hlubší prozkoumání tématu. Do výzkumu nebyly zařazeny další osoby, se kterými nemocniční kaplani spolupracují, tj. lékaři a další zdravotnický personál. Další výzkumy zaměřené na spolupráci nemocničního kaplana s lékaři a zdravotními sestrami či na zmapování přínosu služeb nemocničního kaplana z pohledu pacienta a jeho rodiny by mohly přinést zajímavé a prakticky využitelné výsledky.

11 Závěry

Doprovázení umírajících nemocničními kaplany bývá ovlivněno jejich spiritualitou a postojem ke smrti. Spiritualita a postoj ke smrti se promítá do řady subkategorií a kategorií, které pak přímo působí na proces doprovázení umírajících.

Nemocniční kaplani pojmají spiritualitu v užším pojetí a uchopují ji zejména jako víru a formaci k víře. Víra pro ně znamená především niterný vztah k Bohu. Osobní spiritualita nemocničních kaplanů souvisí s jejich příslušností ke konkrétní církvi neboli denominaci. Ve své církvi se cítí zakotvení a jsou součástí různých společenství, která navštěvují.

Postoj ke smrti nemocničních kaplanů bývá ovlivněn vírou ve vzkříšení a posmrtný život. Znamená pro ně určitou naději, kterou mohou přinášet do procesu doprovázení umírajících. Při doprovázení umírajících vyzdvihují ve svém postoji ke smrti zvláště své zkušenosti s umíráním blízké osoby či prohlubující se praxí s doprovázením umírajících.

Nemocniční kaplani uvádějí, že spiritualita ovlivňuje jejich přístup a hodnoty, se kterými přistupují k doprovázení umírajících. Jedná se o respekt, empatii a otevřenost. Při doprovázení umírajících nabízejí pacientům především vzájemný vztah.

Pro nemocniční kaplany je doprovázení umírajících především o prostém bytí s pacienty. Hlavní činností nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících je naslouchání pacientům. Mohou jim také pomáhat nalézat smysl jejich života, případně nemoci a umírání. Pro pacienty se zájmem o spiritualitu v užším smyslu neboli náboženskou spiritualitu nabízejí modlitbu a svátosti. K přinášení svátostí jsou pověřeni vlastní církví.

Ze strany pacientů bývá doprovázení ovlivněné jejich potřebami a případným strachem či obavami. Nemocniční kaplani se snaží vycházet z potřeb pacientů a podle svých možností je naplňovat. U některých pacientů vnímají obavy z umírání a strach pramenící z různých příčin. Během doprovázení pomáhají pacientům tyto příčiny odhalovat a snižovat tak pacientův strach a obavy.

Pro doprovázení umírajících bývá důležitý čas, který nemocniční kaplani pacientům dávají. Dostatek času napomáhá vzniku vzájemného vztahu a umožňuje pomáhat naplňovat vnímané potřeby pacientů. Z učení církve vyzdvihují při doprovázení umírajících primárně učení o důstojnosti člověka. Vědomí důstojnosti člověka se pak promítá do jejich přístupu k pacientům.

Nemocniční kaplani se snaží distancovat od své příslušnosti k církvi, pokud vnímají, že církev je pro pacienty problematickým tématem. Důležitou pomocí pro jejich službu doprovázení umírajících bývá vzdělávání a formace určená pro nemocniční kaplany.

Souhrn

Předkládaná diplomová práce hledá souvislosti mezi spiritualitou a postojem ke smrti nemocničních kaplanů během doprovázení umírajících.

Teoretická část je členěna do pěti hlavních kapitol. V první kapitole je popsán fenomén spirituality. Je poukázáno na složitost problematiky spirituality a různé přístupy jejího chápání. Vzhledem k realizovanému výzkumu této práce, v českém prostředí, je stručně pojednáno o specifčnosti spirituality v české společnosti.

V kapitole zabývající se postojem ke smrti je ve stručnosti charakterizována problematika smrti z křesťanského hlediska. Oblasti výzkumů měření postojů ke smrti i vztah spirituality a postoje ke smrti jsou v současné době poměrně dobře zpracovány, proto přinášíme jen stručný přehled této problematiky.

Další kapitola se zabývá samotným procesem doprovázení umírajících. S rozvojem paliativní a hospicové péče je tomuto tématu v současné době věnována značná pozornost. Na kapitolu navazuje přehled vybraných výzkumů v oblasti doprovázení umírajících. Jejich výsledky ukazují na některé zajímavé aspekty samotného procesu doprovázení osob na sklonku života.

Poslední kapitola teoretické části popisuje nově vzniklou profesi nemocničního kaplana v soudobé české společnosti a představuje její legislativní podobu i specifické aspekty služby nemocničního kaplana.

Hlavním cílem výzkumu bylo prozkoumat, jak spiritualita a postoj ke smrti nemocničních kaplanů působí na doprovázení umírajících a navrhnout základní model zachycující širší vztahy při tomto procesu.

Výběrový soubor tvořilo celkem osm nemocničních kaplanů (pět žen a tři muži) s průměrnou dobou praxe 2,9 let, pracující v nemocnicích, hospici, psychiatrické léčebně a sociálním zařízení. Data byla sbírána prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů.

Pomocí postupů zakotvené teorie byl vytvořen model, který znázorňuje hlavní aktéry „nemocniční kaplan“, „pacient“ a „církev“ působící v procesu doprovázení umírajících.

Výzkum naznačil souvislost spirituality a postoje ke smrti nemocničních kaplanů na jejich doprovázení umírajících. Nemocniční kaplani pojmají osobní spiritualitu v užším pojetí. Spiritualitu chápou především jako víru a formaci k této víře. Jejich spiritualita ovlivňuje přístup a hodnoty, které reflektují při doprovázení umírajících. K pacientům přistupují s respektem, empatií a otevřeností. Nabízejí jim vzájemný vztah.

Jejich postoj ke smrti je ovlivněn vírou ve vzkříšení, posmrtný život a zkušenostmi se smrtí blízké osoby či vlastní nemocí. Zkušenosti se smrtí blízké osoby a zkušenosti s doprovázením umírajících u respondentů nejsou stejné.

Doprovázení umírajících nemocničními kaplany je především o prostém bytí s pacienty. K jejich hlavním činnostem při doprovázení umírajících patří naslouchání, pomoc při hledání smyslu, modlitba či přinášení svátostí. Nemocniční kaplani disponují pověřením od vlastní církve k přinášení svátostí.

Ze strany pacientů je doprovázení ovlivněné jejich potřebami a případnými strachem či obavami. Nemocniční kaplani se snaží podle svých možností potřeby pacientů naplňovat a pomáhají jim zmírňovat jejich strach a obavy.

Hlavní přínos práce spočívá ve zmapování vztahů mezi spiritualitou a postoji ke smrti nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících. Výsledkem je navržený model centrální kategorie „*doprovázení umírajících*“, kategorií hlavních aktérů „*nemocniční kaplan*“, „*pacient*“, „*církev*“, subkategoriemi a vzájemnými vztahy. Originální přínos práce spočívá ve výzkumném zapojení nově vytvořené profese nemocničního kaplana.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Balcarová, A. (2015). *Odras religiozity a spirituality psychoterapeuta v jeho práci s klienty s život ohrožujícím onemocněním*. (Nepublikovaná diplomová práce). Získáno 11. února 2017 z Informačního systému Masarykovy univerzity.
2. Belzen, J. A. (2009). Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. *Československá psychologie*, 53(4), 396-407.
3. Beranová, L. (2013). *Spiritualita a postoje ke smrti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Získáno 11. listopadu 2016 z Informačního systému Univerzity Palackého v Olomouci.
4. Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to the fears of death. *Death Studies*, 25(8), 663-683.
5. Česká biskupská konference. (2012). *Základní dokument*. Praha: Česká biskupská konference.
6. Česká biskupská konference. (2006). *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice*. Získáno 29. září 2016 z <http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Dohoda-o-duchovn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8Di-ve-zdravotnictv%C3%AD-mezi-%C4%8Ceskou-biskupskou-konferenc%C3%AD-a-Ekumenickou-radou-c%C3%ADrkv%C3%AD-v-%C4%8Cesk%C3%A9-republice-ke-sta%C5%BEen%C3%AD.pdf>
7. Česká společnost pro klinickou pastorační péči. (nedat.). *Cíle společnosti*. Získáno 27. září 2017 z http://www.cskpp.wz.cz/?page_id=18
8. Český statistický úřad. (2014). *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu*. Praha: Český statistický úřad.
9. Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2009). The role of religion in death attitude: distinguishing between religious belief and style of processing religious content. *Death Studies*, 33, 73-92. doi: 10.1080/07481180802494289
10. Emblen, J., & Halsted, I. (1993). Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses and chaplains. *Clin Nurse Special*, 7(4), 175-182.
11. Emmons, R. A. (1999). Religion in the psychology of personality: an introduction. *Journal of Personality*, 67, 873-888.
12. Erikson, E. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věku člověka*. Praha: Portál.
13. European Network of Health Care Chaplaincy. (2002). *Statement for healthcare chaplaincy in Europe*. Získáno 27. září 2017 z http://www.enhcc.eu/2014_salzburg_statement.pdf
14. European Network of Health Care Chaplaincy. (2013). *Some historical notes about the consultation*. Získáno 27. září 2017 z <http://www.enhcc.eu/history.htm>
15. European Network of Health Care Chaplaincy. (2014). *Who we are*. Získáno 27. září 2017 z <http://www.enhcc.eu/about.htm>
16. Feifel, H. (1990). Psychology and Death. *American Psychologist*, 45(4), 537-543.

17. Fowler, J. W. (2009). Faith development theory and the postmodern challenges. *International Journal for the Psychology of Religion*, 11(3), 159-172. doi: 10.1207/S15327582IJPR1103_03
18. Frankl, V. (2006). *Psychoterapie a náboženství*. Brno: Cesta.
19. Freudenberger, H. J. (1975). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
20. Galek, K., Flannelly K. J., Vane, A., & Galek, R. M. (2005). Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holist Nurs Pract*, 19(2), 62-69.
21. Goffi, T., & Fiores, S. (1999). *Slovník spirituality*. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
22. Hacklová, R. (2014). Adaptace dotazníku Post-Critical Belief Scale a první zkušenosti s jeho použitím při výzkumu religiozity české populace. *Psychologie pro praxi*, 3/4, 153-170.
23. Hajnová, E., & Bužgová, R. (2013). Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 4 708-714. Získáno 20. února 2017 z www.periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/1_profil-casopisu.html
24. Halama, P. (2005). Psychologické aspekty náboženské konverze. *Československá psychologie*, 49(1), 34-52.
25. Halík, T. (2010). „Poslední věci“ v křesťanské tradici. In O. Krása (Ed.), *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti* (71-78). Praha: Cesta domů.
26. Hamplová, D. (2013). *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Karolinum.
27. Haškovcová, H. (2002). *Lékařská etika*. Praha: Galén.
28. Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Praha: Galén.
29. Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). *Measures of Religiosity*. Birmingham: Religious Education Press.
30. Hejna, D. (2010). *Náboženství a společnost. Věda o náboženství a její historické kořeny*. Praha: Grada Publishing.
31. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
32. Hood, R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: an empirical approach*. New York: The Guilford Press.
33. Jablonská, K. (2014). *Religiozita v psychoterapii: odraz psychoterapeutové viery v jeho práci s klientami*. (Nepublikovaná diplomová práce). Získáno 11. února 2017 z Informačního systému Masarykovy univerzity.
34. Jonas, E., & Fitscher, P. (2006). Terror management and religion: evidence that intrinsic religiousness mitigates worldview defense following mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(3), 553-567.
35. Kalvach, Z. (2010). *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů.
36. Kaplánek, M. (2009). Rozhodnutí mladého člověka nechat se pokřtít v katolické církvi. In J. Hanuš, & I. Noble, (Eds), *Konverze a konvertité* (81-107). Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.

37. Karakatsanis, K. G. (2008). Brain death: should it be reconsidered? *Spinal cord*, 46, 396-401.
38. Kast, V. (2015). *Truchlení. Fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál.
39. *Katechismus katolické církve*. (2001). Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
40. *Kompendium sociální nauky církve*. (2007). Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
41. Kübler-Ross, E. (1993). *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Praha: Arica.
42. Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání*. Praha: Portál.
43. Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing.
44. Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
45. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing.
46. Lojíková, P. (2015). *Vliv psychoterapeutova křesťanského vyznání na vykonávání jeho profese*. (Nepublikovaná magisterská diplomová práce). Získáno 7. listopadu 2016 z Informačního systému Univerzity Palackého v Olomouci.
47. Loučka, M. (2007). *Koncept smrti u dětí*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Získáno 7. listopadu 2016 z Informačního systému Masarykovy univerzity.
48. Machová, A. (2012). *Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Získáno 3. února 2017 z Informačního systému Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.
49. Machů, K. (2012). *Postoje ke smrti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Získáno 11. listopadu 2016 z Informačního systému Univerzity Palackého v Olomouci.
50. Machů, K. (2016). *Spiritualita a postoje ke smrti*. (Nepublikovaná disertační práce). Získáno 11. listopadu 2016 z Informačního systému Univerzity Palackého v Olomouci.
51. Maňáková, M. (2013). *Charakteristika a poslání klinické pastorační péče a její podoby v České republice a Rakousku*. (Nepublikovaná diplomová práce). Získáno 7. listopadu 2016 z Informačního systému Univerzity Palackého v Olomouci.
52. Matějková, M. T., & Krumpholcová, P. (2012). Zajištění klinické pastorační péče ve Fakultní nemocnici Olomouc. *Medicína pro praxi*, 9(1), 36-38.
53. Mathewson, S. E. (2011). Spiritual nurturing of children living in the context of poverty, with specific reference to the role of the christian children's worker. *Stellenbosch University*. Získáno 24. února 2017 z <http://aboutchildren.net/2-mathewson-spiritual-nurturing-children-in-poverty/file.html>
54. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
55. Misauerová, A. (2011). Současné pojetí spirituality jako zdroj úvah o utváření prosociálních postojů. *Pedagogika*, 60, 248-256.
56. Monod, S., Rochat, E., Büla, Ch., & Spencer, B. (2010). The spiritual needs model: spirituality assessment in the geriatric hospital setting. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 22, 271-282. doi: 10.1080/15528030.2010.509987
57. Moore, T. (2007). *Knihy o duši*. Praha: Portál.

58. Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Journal of Palliative Medicine*, 18, 39-45. doi: 10.1191/0269216304pm837oa
59. Nešpor, Z. R. (2010). *Příliš slábi ve víře. Česká ne/religiozita v evropském kontextu*. Praha: Kalich.
60. Nešporová, O. (2013). *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
61. Němec, D. (2015). Právní zakotvení pastorační péče v necírkevních zdravotnických zařízeních v České republice. *Revue církevního práva*, 60, 56-80.
62. Němečková, K. (2016). *Kapitoly k nenáboženské spiritualitě*. Praha: Carpe Momentum.
63. Nixon, A., & Narayanasamy, A. (2010). The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2259-2270. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03112.x
64. Nolan, S. (2011). Hope beyond (redundant) hope: how chaplains work with dying patients. *Palliative Medicine*, 25(1), 21-25.
65. O'Grady, K., & Richards, P. S. (2010). The role of inspiration in the helping professions. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(1), 57-66. doi: 10.1037/a0018551
66. Opatrná, M. (2007). *Klinická pastorační péče jako součást celkové péče o pacienta*. (Nepublikovaná disertační práce). Získáno 4. listopadu 2016 z Informačního systému Univerzity Karlovy.
67. Opatrná, M., & Opatrný, M. (2010). Nemocní v terminálním stadiu. In M. Martinek (Ed.), *Praktická teologie pro sociální pracovníky* (143-157). Praha: Jabok.
68. Opatrný, A. (2016). *Pastorální teologie pro laiky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.
69. Oser, F. K. (1991). The development of religious judgment. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 52, 5-25. doi: 10.1002/cd.23219915203
70. Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky. (1996). *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Praha: Zvon.
71. Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého.
72. Praško, J., Kamarádová, D., Sandoval, A., Havlíková, P., & Sigmundová, Z. (2012). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Postgraduální medicína*, 6, 79-88. Získáno 29. října 2016 z <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/komplikovane-truchleni-a-jeho-lecba-466729>
73. Puchalski, Ch. M., & O'Donnell, E. (2005). Religious and spiritual beliefs in end of life care: how major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9, 114-121.
74. Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130(3), 435-468. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.435
75. Rada Evropy. (1999). *O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících*. Praha: Cesta domů.

76. Radbruch, L., & Payne, S. (2010). *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů.
77. Rasmussen, C. H., & Johnson, M. E. (1994). Spirituality and religiosity: relative relationships to death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 29(4), 313-318. doi: 10.2190/D1M9-3W6J-FY33-G3HQ
78. Ratzinger, J. (2004). *Eschatologie. Smrt a věčný život*. Praha: Barrister & Principal.
79. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). Strach ze smrti u dospělých umírajících pacientů v terminální fázi onkologického onemocnění. *Sociální studia*, 2, 121-133.
80. Reich, K. H. (2009). What characterizes spirituality? A comment on Pargament, Emmons and Crumpler, and Stifoss-Hansen. *The International Journal of Psychology of Religion*, 10(2), 125-128.
81. Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health*, 10, 335-344.
82. Roof, W. C. (1999). *Spiritual marketplace: baby boomers and the remaking of American religion*. New Jersey: Princeton University Press.
83. Řehan, V. (2007). *Sociální psychologie 2*. Olomouc: Univerzita Palackého.
84. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
85. Řičan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
86. Sheldrake, P. (2003). *Spiritualita a historie*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
87. Skála, B., Sláma, O., Vorlíček, J., & Kabelka, L. (2011). *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
88. Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40(3), 179-186.
89. Speece, M. W., & Brent, S. B. (1984). Children's understanding of death: a review of three components of a death. *Child Development*, 55(5), 1671-1686.
90. Spojená akreditační komise. (2014). *Akreditační standardy pro nemocnice*. Získáno 29. září 2016 z <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
91. Strang, S., & Strang, P. (2002). Questions posed to hospital chaplains by palliative care patients. *Journal of Palliative medicine*, 5(6), 857-864.
92. Stríženec, M. (2006). Přehľad niektorých u nás dostupných zahraničných mier religiozity a spirituality. In P. Halama (Ed.), *Religiozita, spiritualita a osobnosť. Vybrané kapitoly z psychológie náboženství* (141-148). Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
93. Stríženec, M. (2007). *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
94. Suchomelová, V. (2016). *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů.
95. Svatošová, M. (2008). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
96. Svatošová, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing.

97. Špatenková, N. (2014). *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galen.
98. Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing.
99. Štampach, I. O. (2006). Nahradila spiritualita náboženství? In H. Babyrádová, & J. Havlíček, *Spiritualita. Fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců* (99-105). Brno: Masarykova univerzita.
100. Štampach, I. O. (2010). *Na nových stezkách ducha. Přehled a analýza současné religiozity*. Praha: Vyšehrad.
101. Tretera, J. R. (2002). *Stát a církve v České republice*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
102. Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
103. Yalom, I. D. (2014). *Pohled do slunce: o překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.
104. Václavík, D. (2010). *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada Publishing.
105. Vandenberghe, L., Prado, F. C., & Camargo, E. A. (2012). Spirituality and religion in psychotherapy: views of brazilian psychotherapists. *International Perspective in Psychology: Research, Practice, Consultation, 1(2)*, 79-93. doi: 10.1037/a0028656
106. Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
107. Vejvoda, D. (2015). *Spiritualita v léčbě závislosti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Získáno 11. února 2017 z Informačního systému Masarykovy univerzity.
108. Vězeňská služba České republiky. (2010). *Dohoda o duchovní službě*. Získáno 28. září 2016 z <http://www.vscr.cz/generalni-reditelstvi-19/o-nas/duchovni-sluzba-1287/legislativa-105/dohoda-o-duchovni-sluzbe-6730>
109. Vojtíšek, Z., Dušek, P., & Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
110. Wagendfeld-Heintz, E. (2008). One mind or two? How psychiatrists and psychologists reconcile faith and science. *Journal of Religion and Health, 47(3)*, 338-353. doi:10.1007/s10943-007-9149-7
111. Zákon č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech.
112. Zákon č. 40/2009 St., trestní zákoník.
113. Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (112-134). New York: The Guilford Press.

Přílohy

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Ing. Mgr. HORÁKOVÁ Markéta	Tatenice 210, Tatenice	F140520

TÉMA ČESKY:

Spiritualita a postoj ke smrti u nemocničních kaplanů

TÉMA ANGLICKY:

Spirituality and death attitude of hospital chaplains

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury zabývající se psychologickými a spirituálními aspekty smrti a umírání.
2. Analýza výzkumnů zabývajících se postoji ke smrti a jejich vztah ke spiritualitě.
3. Stanovení cílů výzkumu a vytvoření výzkumných otázek. Konstrukce struktury pro výzkumné rozhovory.
4. Realizace výzkumu za použití semistrukturovaných interview u souboru nejméně pěti respondentů z řad nemocničních kaplanů.
5. Analýza získaných dat za použití kvalitativní metodologie.
6. Diskuse teoretických předpokladů, metodologie a výsledků výzkumu, včetně zhodnocení dalších perspektiv v této oblasti.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Byock, I. (2005). Dobré umírání. Praha: Vyšehrad.
- Cicirelli, V., G. (2011). Religious and nonreligious spirituality in relation to death acceptance or rejection. *Death Studies*, 35.
- Haškovcová, H. (2007). Thanatologie. Praha: Galén.
- Křivohlavý, S. (2000). Pastorační péče. Praha: Oliva.
- Kupka, M. (2014). Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada.
- Kübler-Rossová, E. (1992). Hovory s umírajícími. Nové Město nad Metují: Signum unitatis.
- Nešporová, O. (2013). O smrti a pohřbívání. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Špatenková, N. (2012). Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada Publishing.
- Špatenková, N. (2015). O posledních věcech člověka. Praha: Galén.
- Virt, G. (2000). Žít až do konce. Praha: Vyšehrad.
- Vojtíšek, Z., Dušek, P., & Motl, J. (2012). Spiritualita v pomáhajících profesích. Praha: Portál.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Spiritualita a postoj ke smrti u nemocničních kaplanů

Autor práce: Mgr. Ing. Markéta Horáková

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 69 stran, 145 301 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 113

Abstrakt:

Práce popisuje souvislosti spirituality a postoje ke smrti nemocničních kaplanů na proces doprovázení umírajících. V teoretické části je uvedena charakteristika spirituality a postoje ke smrti. Dále je popsán proces doprovázení umírajících a profese nemocničního kaplana. Hlavním výzkumnou otázkou je, jak se projevuje spiritualita a postoj ke smrti u nemocničních kaplanů při doprovázení umírajících. Byl zvolen kvalitativní výzkum. Výběrový soubor tvořilo osm nemocničních kaplanů. Data byla získána pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů a k analýze dat byly použity postupy metody zakotvené teorie. Výsledky svědčí o působení spirituality a postoje ke smrti u nemocničních kaplanů na proces doprovázení umírajících. Hlavním přínosem práce je navržený model zachycující širší vztahy mezi nemocničním kaplanem, pacientem a církví při doprovázení umírajících.

Klíčová slova: spiritualita, postoj ke smrti, doprovázení umírajících, nemocniční kaplan.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Spirituality and attitude towards death of hospital chaplains.

Author: Mgr. Ing. Markéta Horáková

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Number of pages and characters: 69 pages, 145 301 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 113

Abstract:

The thesis describes the context of Hospital chaplains' spirituality and attitude towards death in the process of accompanying of dying people. The theoretical part describes the spirituality and attitudes towards death. The following describes the process of accompanying of dying people and profession of hospital chaplain. The main research question is how Hospital chaplains' spirituality and attitude towards death manifests itself in the process accompany of dying people. Qualitative research was selected. The sample consisted of eight hospital chaplains. Data were obtained through depth semi-structured interviews. The procedures of grounded theory method were used for the data analysis. The results suggest the influence of Hospital chaplains' spirituality and attitudes towards death of accompanying of dying people. The main contribution of this thesis is the proposed model of relationships among the hospital chaplain, the patient and the church in process of accompanying of dying people.

Key words: spirituality, attitude towards death, accompanying of dying people, hospital chaplain.

Příloha č. 3: Zkratky

ČBK Česká biskupská konference

EAPC Evropská asociace pro paliativní péči

ENHCC Evropské standardy evropské sítě kaplanství pro zdravotní péči

ERC Ekumenická rada církví

WHO Světová zdravotnická organizace

Příloha č. 4: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Demografické a osobní údaje

Pohlaví, věk, vzdělání.

Jak dlouhou dobu vykonáváte funkci nemocničního kaplana?

Osobní spiritualita

Jak byste popsal vaši osobní spiritualitu? V čem spočívá?

Jak se projevuje uvnitř? Jak se projevuje navenek?

Co do ní všechno zahrnujete? Co je jejím obsahem?

O co se opírá? Z čeho čerpá?

Jak se vyvíjela v průběhu vašeho života?

Jaký jí dáváte význam v každodenním životě? Jaký význam dává naopak spiritualita vám, vašemu životu?

Jak se odráží ve vaší práci? Nakolik je významná ve vaší práci?

Nakolik je významná konkrétně při práci s umírajícími a jak? Co konkrétně z vaší spirituality pomáhá při této práci? Je naopak něco zátěží?

Prošla vaše spiritualita nějakým vývojem od té doby, co jste začal pracovat jako nemocniční kaplan?

Postoje ke smrti

Co pro vás představuje smrt? Bojíte se smrti? Co ten strach posiluje či naopak oslabuje?

Zamýšlíte se nad vlastní smrtelností? Jak?

Jaká je vaše představa ideální smrti?

Co pro vás osobně znamená umírání?

Máte zkušenost se smrtí blízké osoby? Jak jste se s touto ztrátou vyrovnal?

Má vaše osobní spiritualita vliv na váš postoj ke smrti? Jaký?

Jak se vaše vnímání smrti, váš postoj ke smrti promítá do práce doprovázení umírajících?

Co z vašeho postoje ke smrti pomáhá při této práci? Co ji naopak ztěžuje?

Změnil se váš postoj ke smrti od doby, co jste začal pracovat jako nemocniční kaplan?

Prošel jste nějakým vzděláváním, tréninkem, který zahrnoval přijetí vlastní smrtelnosti?

Doprovázení umírajících

Jaké emoce pociťujete při doprovázení umírajících?

Co při doprovázení umírajících považujete za nejdůležitější?

Jaké jsou v této práci důležité vědomosti, dovednosti, schopnosti?

Co vám tato práce přináší? Co vám naopak bere?

Co v doprovázení umírajících považujete za nejnáročnější?

Je něco, co je ještě potřeba doplnit v souvislosti s tímto tématem?

Příloha č. 5: Ukázka otevřeného kódování

Otevřené kódování	
<p>Výzkumník: Jak se tvoje vnímání smrti a tvůj postoj ke smrti promítá do práce doprovázení umírajících?</p> <p>Respondent: No, myslím si, že někdy hodně, někdy míň, ale někdy v tom smyslu, že pokud člověk si není nějak vědomý, kdy zlehčuje, někdy jako že si to nechce dát do kupy, že vlastně ten jeho život končí, tak někdy skutečně vyrvaným způsobem s ním o té smrti fakt mluvím. Myslím si, že mně to pomohlo si tyhle věci hodně, pomohlo mi to k tomu, abych otevřeně o tom dokázala mluvit. A v tom si myslím, že to je ta moje práce, že se skutečně dokážu zeptat a to i díky zkušenosti jedné řeholní sestře, která mně o tom povídala, jsem začala mít odvalu, klidně a otevřeně mluvit a ptát se třeba “umíráte?” Natvrdo, nebo když mluví nějak neurčitě, tak opravdu se jich zeptám, teď jsem měla takovej zrovna rozhovor, paní měla takové nějaké dlouhodobé trápení a měla být přeložená na jiné oddělení a já jí říkám, tak už konečně půjdete na to naše oddělení. A ona mi nerozuměla a říká „tak už je konec“. Tak teď jsem sama si říkala, teď to všem vzbudilo jako pozor opatrně a já jsem si říkala a čeho konec? Myslíte konec hospitalizace tady na oddělení nebo konec života? Opravdu se takhle jako tvrdě ptám, jak to ty lidi myslí a pracuji s tím a nevyvracím jim to. A když opravdu říkali, že odchází, že už mají pocit, že jsou, tak se jich ptám a jestli jsou opravdu připraveni, jestli jsou přesvědčeni o tom, že jsou připraveni. Jestli skutečně za sebou zanechávají, jako vztahy, je to hrozně individuální, někde nemám třeba až takou odvalu, opravdu se to odvíjí od toho člověka, od té jeho psychiky, ale někde opravdu mi to pomohlo ta spiritualita, takhle klidně otvírat ta témata a vidím, že máme mnohdy, my lidé, problém spíše o tom mluvit, než ti umírající. Takže oni naopak někdy jsou rádi, že konečně si s někým o tom mohou pohovořit. No, ale né všichni, je to hodně individuální. A ta paní, když jsem jí už zmiňovala, tak ona mi skutečně, i když jsem jí říkala, že tedy jde na další oddělení, jak tomu mám rozumět? A ptala jsem se jí, jak to myslí, tak řekla, jako konec utrpení. Tak jsem to nechala otevřeně na další den a ona umřela. Takže ona to skutečně v tu chvíli, i když my jsme čekali, že v budoucnu, já jsem nečekala, že tak brzy, ale ona to prostě už nějakým způsobem tak začala vnímat, takže, takže jo. Tohle i učím naše sestřičky, někdy, že jsou takové signály, ten člověk nějak mluví a takže je potřeba mu to nevyvracet, hlavně nevyvracet, buď ho nechat, nemluvit, nebo ho aspoň pohladit. Že to stačí, že ten člověk to potřebuje třeba otevřít jenom tak říct. Aspoň tak minimálně, když nemůžu, nedokážu třeba to třeba nějak dál rozvinout, tak.</p>	<p>zlehčování konce života</p> <p>otevřené mluvení o smrti zeptat se převzatá zkušenost odvaha mluvit a ptát se</p> <p>porozumění</p> <p>otevřenost otázek</p> <p>připravenost pacienta na smrt přesvědčení o připravenosti</p> <p>někdy odvaha chybí individualita pacienta pomoc spirituality otvírat témata problém mluvit o umírání potřeba pacienta mluvit</p> <p>individualita pacienta</p> <p>porozumění</p> <p>zkušenost v doprovázení</p> <p>předávání zkušenosti</p> <p>nevyvracet</p> <p>potřeba pacienta mluvit</p>

Příloha č. 6: Ukázka seskupování kódů do subkategorií a kategorií

Seskupování kódů do subkategorií a kategorií		
Kategorie	Subkategorie	Kódy
pacient	strach	zlehčování konce života
	potřeby	připravenost pacienta na smrt přesvědčení o připravenosti individualita pacientů potřeba pacienta mluvit
nemocniční kaplan doprovázení umírajících	otevřenost	otevřené mluvení o smrti zeptat se odvaha mluvit a ptát se otevřenost otázek pomoc spirituality otvírat témata
	zkušenost	převzatá zkušenost problém mluvit o umírání zkušenost v doprovázení chybějící odvaha
	respekt	nevyvracet
	empatie	porozumění