

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**PASTORÁLNÍ REHABILITACE
V PALIATIVNÍ PÉČI O NEMOCNÉ**

Diplomová práce

Bc. Mária Kašparů

Prof. ThDr. Josef Dolista, Ph.D., Th.D., SDB

20. 5. 2007

A b s t r a c t

At present and in this country, the concept of spiritual support, pastoral support, or spiritual rehabilitation of the sick is not entirely clear, both in terms of the content and form. Despite this vagueness, spiritual support of the sick forms an inseparable part of so-called holistic, i.e., comprehensive approach to care for human beings.

In any case, this type of care is not linked to any religious denomination; rather, we have to understand it as assistance in the area of finding one's way (orientation) in the sense of valuating one's reality. Namely, patients often seek a spiritual person, be it a professional or layman, who specializes in spiritual rehabilitation. Even patients who claim to be atheist or agnostic need to discuss problems of existential or philosophical nature, which they are unable to find the answer for by themselves. Sometimes, they wish to address issues that had been hidden, while they were enjoying good health, as supposedly "superfluous issues", but due to their sickness, they came to the surface and the patients are short of answers and unable to deal with them.

The Master's Thesis is divided into two parts:

The first, theoretical part focuses on forms and solutions of spiritual rehabilitation, whereas the second part contains statistical comparisons of approaches, opinions, and attitudes on these issues on the part of medical personnel working in hospices and other facilities.

In this Thesis, the above can be summed up into three basic factors:

- 1) Pastoral medicine offered as one of the options for those who are gravely ill or dying and seek "spiritual rehabilitation" and fulfillment of their spiritual desires;
- 2) Facilitation of access to information on the interaction of medical fields of specialty and psychology with spiritual guidance;
- 3) Documentation of the spectrum of opinions and experience that individual medical workers have about spiritual rehabilitation.

Pastorální medicína	pastoral medicine
Pastorální teologie	pastoral theology
Duchovní rehabilitace	spiritual rehabilitation
Psychoterapie	psychotherapy
Svátosti	sacraments
Poslední věci člověka	last rites (to give someone the last rites) <i>pokud je to myšleno jako rozhrěšení, poslední pomazání, atd.</i>

Abstract

V současné době je u nás pojem duchovní péče, pastorální péče nebo duchovní rehabilitace u nemocných ne zcela jasný ani co do obsahu, ani co do formy. A přesto je duchovní péče o nemocné nedílnou součástí tzv. holistického, celostního pohledu na péči o člověka.

Nejde v žádném případě o péči, která je vázaná na některou náboženskou demominaci, ale musíme ji chápat jako pomoc v oblasti hodnotové orientace nemocného, protože se stává, že se na duchovní osobu nebo laika, který se věnuje duchovní rehabilitaci, obrátí i pacienti, kteří o sobě tvrdí, že jsou nevěřící, ale potřebují si pohovořit o problémech existenčního nebo filozofického obsahu, na které sami neznají odpověď, nebo u nich jde o otázky, které byly během období jejich plného zdraví někam zasunuty, poněkud mezi tzv. "zbytečné otázky", ale byla to nemoc, která je vynesla na povrch a nemocní si na ně sami neumí odpovědět.

Obsah magisterské práce je rozdělený do dvou oddílů.

V prvním je obsažena teorie, východiska a formy duchovní rehabilitace, ve druhém oddílu je statistické srovnání přístupů, názorů a postojů zdravotnických pracovníků hospicových a nehospicových zařízení k této problematice.

Sumárně jde o tři základní faktory v obsahu této práce:

- 1) nabídnout pastorální medicínu jako jednu z možností přístupu k "duchovní rehabilitaci" a naplnění spirituálních potřeb vážně nemocných nebo umírajících,
- 2) poskytnout informaci o interakci medicinských oborů a psychologie s duchovním doprovázením,
- 3) doložení názorového spektra a zkušeností zdravotnických pracovníků # s pojmem duchovní rehabilitace.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Pastorální rehabilitace v paliativní péči o nemocné* vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 20. května 2007

Poděkování

Děkuji tímto svému školiteli a vedoucímu práce prof. Dr. Josefu Dolistovi, Ph.D., Th.D., SDB za přijetí mé prosby o vedení práce a podněty i připomínky k jejímu zpracování, jako i za trpělivost při jednotlivých konzultacích.

Obsah

Úvod	8
------	---

I. díl

1.

Současný stav

(teoretická východiska k tématu práce)

1. kapitola

Současný stav - chápání vztahů religiozity ke zdravotní a sociální práci	11
1.1 Aspekt přetrvávajícího pojetí	11
1.2 „Čtvrtá“ dimenze pojetí člověka	13
1.3 Spiritualita v medicínské praxi	14
1.4 Spirituální potřeby člověka	16
1.5 Pastorální medicína	17
1.5.1 Pastorální medicína – obsah a kriteria oboru	18
1.5.2 Námitky vůči oboru	18
1.5.3 Pastorální situace	19
1.6 Místo duchovního v etické komisi zdravotnických zařízení	20
1.6.1 Postoj křesťanů k otázce rehabilitace	22
1.6.2 Dohoda církví v ČR o duchovní péči ve zdravotnictví	23
Religiozita v rámci práce zdravotnického pracovníka	24
1.7 K psychologii náboženství	24
1.8 Vztah medicíny a psychologie k pastoračně rehabilitační praxi	26
1.8.1 Psychodynamický přístup	27
1.8.2 Behaviorální přístup	27
1.8.3 Humanistický přístup	27

1.8.4	Existenciální přístup	29
1.9	K pojmu pastorální psychologie	30
1.9.1	Přítomnost a perspektivy vztahu psychologie a teologie	31
1.9.2	Napětí mezi psychologií a náboženstvím	31
1.9.3	Využití parabol a obrazů Bible v komplexní péči o člověka	32
1.9.4	Význam spolupráce teologie a psychologie pro pomoc nemocným	32
1.9.5	Pastorální teologie a psychoterapie	34
Duchovní rehabilitace pacienta na lůžku		35
1.10	Náplň duchovního vedení pacienta	35
1.11	Duchovní pohled na doprovázení umírajících	36
1.12	Náplň duchovního vedení členů rodiny nemocného	38
1.13	Spirituálně sakramentální obsah duchovního doprovázení	39
1.13.1	Spiritualita kříže a vzkříšení	39
1.13.2	Modlitba	42
1.13.3	Modlitba a terapie	43
1.14	Svátosti	43
1.14.1	Svátosti uzdravení	44
1.14.2	Pastorační rehabilitace a svátost pomazání nemocných	46
1.14.3	Uzdravení života v Kristu	51
1.15.	Výběr osoby duchovního terapeuta	53
Pravda a dobro na nemocničním lůžku		55
1.16	Čtyři komponenty pravdy pro dobro nemocného	56
1.17	Primum non nocere	58

II. díl

Cíle práce a hypotézy

2. kapitola

2.1	Cíle	62
2.2	Hypotézy	62
3	Metodika	63
4	Výsledky	67

5	Diskuze	100
6	Závěr	103
7	Seznam použité literatury	105
8	Klíčová slova	109
9	Přílohy	110

Ú v o d

Do medicínské praxe celoplošně prosazovaný celostní pohled na nemocného si dnes už nelze představit bez šance duchovního doprovázení. Záměrně ve své diplomové práci hovořím o „šanci“ ve smyslu dostupnosti duchovní péče pro ty, kteří o ni stojí nebo kterým je její dostupnost k užítku.

V současné době je pojem duchovní péče, pastorální péče, lépe řečeno duchovní rehabilitace, ne zcela jasný co do formy a už vůbec ne, co do obsahu. Nemusí se totiž jednat pouze o péči náboženskou, tedy vázanou na některou církevní denominaci, ale můžeme ji chápat také jako pomoc v oblasti hodnotové orientace nemocného, neboť se stává, že se na duchovního nebo laika, který se věnuje duchovní rehabilitaci, obracují i pacienti, kteří o sobě tvrdí, že jsou nevěřící, ale potřebují si probrat a ujasnit určité existenciální a filosofické otázky, na které sami neznají odpověď, otázky, které byly během období jejich plného zdraví kdesi zasunuty, ponejvíce v oblasti tzv. „zbytečných otázek“, ale byla to nemoc, která je vynesla na povrch a nemocní si na ně sami neumí odpovědět.

Duchovní život člověka, který je svěřený do nemocniční péče, by měl objevovat a naplňovat spirituální terapeut. Pojem, možná neologismus, který reprezentuje někoho, kdo vlastní, jak říká básník Antonín Sova - pravé slovo v pravý čas a uzdraví jím k smrti smutnou duši.

On vstupuje jako interní nebo externí člen - ať už hospicového týmu nebo nemocničního týmu - do vztahu s pacientem. Nebere svěřence jenom jako pacienta, kterého je potřeba z medicínské stránky zabezpečit paliativní léčbou, ale usiluje se vytvořit také vnitřní verbální i neverbální vztah přijetí člověka jako duchovní bytosti.

Duchovní rehabilitace v tomto pojetí pomáhá objevit to nejhlubší dobro, které je v člověku uloženo, pojmenovat ho, uvědomit si ho, prožít ho a hlavně se z něho radovat. Tato filozofie duchovní rehabilitace vychází z křesťanského pohledu na člověka a jeho životní cíl. Probouzí nejhluběji ukrytou dimenzi Boží lásky, která člověka povolala před léty k pozemskému bytí, provází ho a vede do věčného života.

Na vytvoření vazeb, které v zařízeních - například hospicového typu - vzniknou, ale i mimo hospicová zařízení, je potřebná atmosféra důvěry, otevřenosti, dostatečného času, akceptace, empatie a autentičnosti. Je velmi dobré, že se v hospicích počítá také se spirituální stránkou nemocného a budují se zde prostory, kde se slouží bohoslužby. Takto mají i ležící pacienti možnost zúčastnit se křesťanského života a posilovat se ve vzájemném utrpení.

Není ovšem mým cílem, v této práci, věnovat se formě a obsahu hospicové péče, které už bylo na jiných místech a jinými studenty věnováno dost pozornosti, ale chci na tomto místě poukázat také na to, že v komplexní péči je potřeba plně respektovat přání nemocného i v tom směru, který se týká jeho spirituality, to znamená, že v oblasti duchovní rehabilitace je potřeba akceptovat i to, že tato forma pomoci bude pacientem odmítnuta.

Ovšem ani personál, ani rodina nejsou imunní vůči situaci kolem umírajícího. I oni potřebují naději a oporu ve chvílích vyčerpání a podléhají nesmyslnosti utrpení jim drahé osoby. Také oni potřebují slovo života. Duchovní terapeut má proto na tomto

místě komplexnější poslání. Nejen ulehčit umírajícím pacientům, ale napomáhat i personálu a příbuzným v porozumění procesu umírání.

Dnešní lékařská služba, psychoterapie, konzumně-liberální a neosobní přístup nabízejí různé, často i efektní způsoby úniku před skutečností smrti a konfrontací s utrpením. Ovšem s ohledem na kvalitu a smysl lidského života však tyto metody, které nezohledňují duchovní rozměr člověka, mohou figurovat v konečném důsledku nehumánně.

Protože poznání pravdy o sobě samém patří k právu i důstojnosti člověka, je na místě otevřít možnost komunikace o věcech duchovních. Člověk v ní může dozrát k hlubšímu chápání konečnosti vlastního života.

Je současně potřebné, v této souvislosti, přizpůsobit styl duchovní rehabilitace tak, aby splňoval potřeby pacientových měnících se psychických i fyzických stavů.

Právě zde začíná - v křesťanském smyslu - jádro duchovní rehabilitace.

Duchovní služba člověku v terminálním stádiu je individuální. Protože neexistují jasné směrnice pro duchovní pomoc, které by byly použitelné univerzálně, je na místě se v oblasti individuální, vysoce kvalifikované péče, dozdělovat.

Předkládaná diplomová práce, jak vyplývá již z výše citovaného textu, má splňovat tři cíle:

- 1) Nabídnout pastorální medicínu jako jednu z možností přístupu k „duchovní rehabilitaci“ a naplnění spirituálních potřeb vážně nemocných,
- 2) poskytnout informaci o interakci medicínských oborů a psychologie s duchovním doprovázením, včetně kontaktu s duchovní dimenzí, onou „Popelkou“ v oblasti zdravotně sociální péče a
- 3) třetím, resultujícím cílem, je doložení názorového spektra a zkušeností pracovníků z hospicové péče a nemocnic na otázky týkající se spirituality a religiozity a dokumentovat zpětný pohled na smysluplnost pastorálního působení v oblasti zdravotně sociální práce a potřeby vzdělávání se v tomto oboru.

I. díl

Současný stav

a

teoretická východiska k tématu práce

1. kapitola

Vývoj chápání a vztahů religiozity ke zdravotní a sociální práci

Abychom mohli pochopit poslání a význam pastorálního poradenství, je potřebné situovat ho do kontextu souvislostí. A to nejen s nedávnou minulostí, která chápala integritu lidské bytosti v pojetí marxistické filozofie, ale také v souvislosti s pojetím duchovního života ve vztahu k medicínské praxi.

1.1 Aspekt přetrvávajícího pojetí

Po řadu let byla u nás z politických důvodů pastorální péče „nežádoucí činností.“ Starší generace má ještě v paměti, že pastorální péče byla považována za vyhraněnou činnost duchovního - profesionálního teologa. V oblasti pojetí duchovní rehabilitace došlo ovšem v posledním půlstoletí k mimořádnému rozvoji jak v teorii, tak i praxi. Byly vydány stovky knih v různých jazycích, které tento rozsah zájmu o pastorálně rehabilitační činnost zřetelně ukazují. Literatura o pastorální péči je nesmírně bohatá. Základní, pilířové práce, podávající celkový přehled o tomto oboru to naznačují svým rozsahem. Anglicky psaná učebnice pastorální péče má 477 stran¹, německá učebnice psaná 26 autory má 619 stran.²

V roce 1992 vyšla kniha Davida Bennera o strategii pastorální péče a pastorálního poradenství³. Ta dala základní rámec a obsahovou náplň pěti následným setkáním pastýřů s lidmi, kteří trpí různými těžkostmi. Od té doby vychází v nakladatelství Baker Books v Grand Rapids speciální „knihovna“ pastorální péče – série speciálních knížek napsaných podle tohoto strategického pojetí. Jednotlivé knihy jsou určeny problémům drogových závislostí, depresi, odpuštění, traumatu, zármutku, vině, umírání... Vzhledem k rozvoji oboru a přenesení kompetencí z kněží do tzv. „laických řad“, ukázala se také nutnost potřeby spolupráce laiků (v posledních letech tzv. dobrovolníků) různých oborů a profesí, především lékařských, s duchovními.

Poměrně dlouhou dobu byla zdravotní a sociální práce soustředěná víceméně na vztah mezi nemocným jedincem a jeho okolím, kdy se v rámci propagovaného politického kolektivismu potlačovaly individuální potřeby člověka. Mnoho pracovníků, ať už

¹ srv. COLLINS, J. et GARY, R.: *Christian Counseling. A Comprehensive Guide*. Word Books, Waco,

Texas 1980

² srv. BECKER, I. et al.: (Hrsgb.) *Handbuch der Seelsorge*. EVA, Berlin 1983

³ srv. BANNER, D.G.: *Strategic Pastoral Counseling*. Baker Books, Grand Rapids, Michigan 1992

v oblasti teoretické nebo přímo ve zdravotnické praxi se stavělo negativně ke snaze zahrnout do dimenze člověka i jeho duchovní rozměr. Měli k tomu více důvodů.

Religiozita ve zdravotní a sociální práci se jevila jako nesrozumitelná, skoro až tajemná, rezervovaná pro pár zasvěcených osob a nepřístupná objektivnímu pozorování.⁴

Religiozita a spiritualita byly těžce definovatelné. Vyřazení obsahů obou pojmů ze studia zdravotní práce, především práce s těžce nemocnými a umírajícími a jejich vyřazení i z oblasti sociálních problémů vůbec, ukázalo se pro uvedené obory jako velmi ochuzující.

Další výhradou vůči včlenění religiozity do zdravotní a sociální práce bylo ponechání neutrality této disciplíně nebo stavění se k ní jako k nadbytečné.

Kromě toho se někdy tvrdí, že religiozita a spiritualita nepatří do sociální práce a zdravotnických služeb jako vědních oborů, protože převyšují naše možnosti jejich řízení a unikají plné kontrole zdravotních problémů směrem k transcendentnu.

Když si však uvědomíme, že religiozita a spiritualita zasahují do tak zásadních otázek jakými jsou hodnota a smysl života, čas a smrtelnost, očekávání a pochybnosti o existenci života po smrti, víra ve vyšší moc, tedy aspekty směřující do oblastí, které se často vymykají čistě logickým možnostem člověka, potom jde o bílá místa našeho života, která si žádají, aby byla vyplněná. Někdy stačí životní krize, jakou je nemoc, úraz, smrt milovaného člověka, živelní pohroma a každý si uvědomí, jak málo je může člověk ve svém životě ovlivnit. Proto zahrnutí duchovní dimenze jednotlivce, a v určitém přenesení vstup religiozity a spirituality do krajní životní situace člověka, v něm nemá vyvolávat nové a nevyřešené problémy, ale má naopak svoje opodstatnění v rámci komplexní pomoci. Současně má ve svobodných podmínkách i nezastupitelné místo nejen v odboru práce sociální jak o něm hovoří Radková, ale samozřejmě i v oboru medicínských věd.⁵

Nejen práce v oblasti zdravotnictví, nebo v oblasti sociální práce, ale i v jiných disciplínách, začínala projevovat zvýšený zájem o religiozitu už od sedmdesátých let minulého století a pokračuje dodnes.⁶

U nás, díky totalitnímu režimu, který se specializoval na kolektivizaci a nebral v úvahu lidskou individualitu a současně popíral duchovní rozměr lidské existence, máme v tomto směru skluz. Je proto samozřejmé, že v postkomunistických státech, kde jak zdravotní, tak sociální práce hledají svoji moderní tvář a kde religiozita dostává svobodné možnosti společenského uplatnění, je v těchto směrech co dohánět. Například v západním světě už působí Společnost pro spiritualitu a sociální práci (Society for Spirituality and Social Work) jako Mezinárodní organizace sociálních pracovníků, učitelů a studentů sociální práce. V porovnání s touto organizací existuje celosvětová organizace Kolegium katolických lékařů.

⁴ RADKOVÁ, L.: *Religiozita a spiritualita v sociálnej práci*. GaK, Bratislava 2004, s. 59, ISBN 13350579, 196 s.

⁵ RADKOVÁ, L.: *Religiozita a spiritualita v sociálnej práci*. GaK, Bratislava 2004, s. 59, ISBN 13350579, 196 s.

⁶ srv. SHERIDAN, J.M. et BULLIS, R.K.: *Praktioners personal and profession ettitudes and behaviors toward religion and spirituality*. Journal of Social Work education, 28, 1992, s. 190-203

1. 2 „Čtvrtá“ dimenze pojetí člověka

Naučili jsme se chápat člověka v jeho třech dimenzích: *tělesné, duševní a sociální*, respektive ve čtyřech dimenzích s účastí dimenze *duchovní*. Tyto rozměry spolu souvisí a nemůžeme je oddělovat v té které životní situaci. Dnes se zdůrazňuje, že není možné žádnou z nich ani výrazněji preferovat.⁷

Když je přirovnáme ke čtyřposchodovému domu, je to v určitém smyslu zavádějící, přesto, že i zde je potřeba akceptovat určitou funkční hierarchii. Všechny čtyři dimenze jsou specificky lidské a není možno žádnou z nich považovat za důležitější, než ty ostatní.

Bez toho, abychom chtěli tento názor jakkoliv zpochybnit v jeho dialektickém významu, je třeba zdůraznit, že jsou to právě duchovní dimenze, které nejvíc sjednocují lidské aktivity naproti biologickým, které se na nich podílí nejméně. Duchovní dimenze má široký význam a někdy se spiritualitě ani takový význam nepřipisuje.

Realizování přirozených vloh, jakými je prožívat krásu, tvořit, konat dobro, naplňovat lidský život smyslem a tak přibližovat člověka ke konečnému cíli, patří právě do duchovní dimenze.

Přesvědčení o hlubokém smyslu každé životní situace vede člověka k zodpovědnému etickému jednání a současně představuje zdroj jeho vitality a životního optimismu. Stejně tak, když hovoříme o duševním zdraví člověka, máme na mysli chuť žít, poznávat, vytvářet hodnoty, angažovat se pro společné dobro a potřeby jiných lidí. V tomto chápání duševního zdraví je na místě doplnit známou definici zdraví, kterou vypracovala Světová zdravotnická organizace (WHO) právě o duchovní dimenzi.

Mnohé krizové situace se kterými se setkává zdravotník u lůžka těžce nemocného a umírajícího, vedou ke ztrátě životních jistot, strachu, nouzi a existenciální frustrace. K jejich překonání je třeba kromě jiných zvláště duchovní síly, na jejichž nalézání a mobilizování není většina lidí připravena.

Tyto krize, jak to nejlépe znají zdravotníci pracující v oblastech paliativní péče, zasahují také do mezilidských vztahů a vyvolávají pocity osamělosti. Člověk, v jehož popředí zájmu bylo v době zdraví jeho zaměstnání a pracovní úspěchy, prožívá v období nemoci, zvláště smrtelné nemoci, pocity určité křivdy, že se skrze svoji nevyléčitelnou chorobu dostává na pokraj zájmu společnosti. Postupně se u něho může začít měnit osobní prostor pro rozhodování, roste závislost na cizí pomoci a někdy nastupuje rezignace, otupělost a vnitřní prázdnota.

Mezi projevy poruch v duchovní oblasti patří známé stavy zoufalství a beznaděje se ztrátou víry v dobro, ztrátou naděje a smyslu života. Hledání a znovunalezení smyslu, může pro svého klienta, ale také pro sebe, nacházet zdravotnický pracovník vykonávající duchovní rehabilitaci právě ve spirituální dimenzi člověka a tedy z pohledu práce zdravotníka právě v religiozitě a spiritualitě. Lékařská péče o duši nemá

⁷ VORLÍČEK, J. et ADAM, Z.: *Paliativní medicína*. Grada Praha, 1998, ISBN 80-247-0279-7, 537 s.

být žádnou náhražkou náboženství, protože náboženskému člověku, který se dovede uchýlit do skryté metafyzické oblasti nemáme co říci, neměli bychom co dát.⁸

Zvláště zdůrazňuji slovo „může nacházet“ a nikoli musí, protože to vždy bude jenom jeho osobním rozhodnutím.

Přesto je hledání a nacházení spojeno s lidskou existencí. Charakterizuje to nejlépe filozof Im. Kant, který v úvodu ke své logice formuluje čtyři základní dotazy: „Co mohu vědět ? Co mám konat ? V co smím doufat ? Co je člověk ?“ A připojuje: „ Na první otázku odpovídá metafyzika, na druhou etika, na třetí náboženství, na čtvrtou antropologie.“⁹

1. 3 Spiritualita v medicínské praxi

Pokud hovoříme o spiritualitě v medicínské a sociální praxi, potřebujeme si uvědomit více skutečností:

V posledních létech se mnoho napsalo o psychologických teoriích a objevech ve vztahu k náboženství, napsalo se tolik, že se mnozí obávají sklonu zredukovat duchovní život na psychologický jev. Proto se v některých kruzích nedůvěřuje psychologickému přístupu ke studiu duchovního života.¹⁰

1)

Do teorie medicínské praxe je potřeba zahrnout spirituální dimenzi klienta, pokud o ní klient, samozřejmě v plné svobodě, stojí, pokud je mu nabídnuta, nikoliv vnucována a pokud se ztotožňuje s tou formou spirituality, která je mu nabízena.

2)

Spiritualita otevírá nové zdroje a možnosti podpory pro nemocného a umírajícího. Proto angažovaný a moderně orientovaný zdravotnický pracovník projeví ochotu spolupracovat s náboženskými a duchovními pracovníky v řešení potřeb konkrétního pacienta i když sám nemusí sdílet názorovou orientaci duchovních nebo klientů.

3)

Práce s pacientem bude vyžadovat dobrou přípravu včetně úpravy prostředí tak, aby se klient cítil v prostředí příjemně, byl vítáný a aby cítil úctu a respekt.

⁸ FRANKL, V.E.: *Lékařská péče o duši*. Cesta Brno, 1996, s. 195, ISBN 80-85319-50-0, 237 s.

⁹ CORETH, E.: *Co je člověk ?*, Zvon, Praha 1994, s. 31, ISBN 80-7113-098-2, 211 s.

¹⁰ CUSKELLY, E.J.: *Současná spiritualita*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1994, s.

15,

ISBN 80- 85527-70-7, 263 s.

4)

Vztah k pacientovi ze strany zdravotnického pracovníka bude založený na otevřenosti a respektu k jeho duchovním hodnotám a spirituálním potřebám. Jde přitom o potlačení jakýchkoliv předsudků zdravotníka k religiozitě a spiritualitě klienta, stejně jako je tomu u potlačení předsudků k jeho rase, národnosti, pohlaví, sexuální orientaci a podobně. V tomto případě, zvláště pokud jde o duchovní rehabilitaci u lůžka vážně nemocných a umírajících, stává se zdravotník spíše průvodcem a spolupracovníkem, než vůdcem či expertem.

5)

Celostní pohled na pacienta bude zahrnovat v anamnéza také informace o religiózní a spirituální orientaci. Konkrétně půjde o zahrnutí takových otázek, jako jsou názory a aktivity pacienta, jeho rodiny a příbuzných jako spirituální genogram. A.M.Titone dokonce vypracoval osmnáct otázek k poznání religiozity a spirituality pacienta, které zahrnují například otázky: Co podněcuje a udržuje váš duchovní život ? Věříte v Nejvyšší bytost, v Boha ? Jaké události předcházely vaší změně v názorech o smyslu života ? Co udržuje vaši naději, když pro ni již nemáte reálný podklad ? Jde o složité problémy, ve kterých zdravotnický pracovník potřebuje základní informace odlišit od duchovních problémů, eventuálně duševní poruchy. Může jít často o pocity viny, které souvisí s náboženským přesvědčením pacienta. Může se koneckonců jednat také o klienta s koincidencí duchovních problémů s existující nebo exacerbovanou duševní poruchou.

6)

V intervenci pacienta potřebuje zdravotník zahrnout celé spektrum individuálně vybraných prostředků spirituální podpory a pomoci.

Do této sféry je na místě zahrnout například:

- a) diskusi s klientem, pokud má o to zájem, o jeho religiózních a spirituálních názorech
- b) pomáhat pacientovi hledat a nacházet východiska z viny, odpuštění, předsevzetí, polepšení
apod.
- c) pomáhat pacientovi uvažovat o zásadních otázkách života a smrti
- d) pomáhat pacientovi nacházet náboženský a duchovní smysl běžných životních situací
- e) pomáhat pacientovi uvažovat o pomoci ale i o škodlivosti různých náboženských a duchovních proudů
- f) modlit se s pacientem i soukromě za pacienta
- g) nabídnout nebo doporučit pacientovi náboženskou a duchovní literaturu
- h) doporučit pacientovi relaxační aktivity
- i) spolupracovat s náboženskými a duchovnými osobnostmi ve prospěch pacienta.

7)

Nakonec jde také o respektování etických požadavků, které nebudou v rozporu s religiozitou a spiritualitou pacienta.

Některé z uvedených bodů vyžadují speciální trénink a případně i kvalifikační licenci. Bude vždy na zdravotnickém pracovníkovi, zda bude akceptovat a v jakém rozsahu bude respektovat výše uvedené požadavky v souvislosti s religiozitou a spiritualitou pacienta.¹¹

V těchto souvislostech by bylo vhodné zastavit se u pojmů jakými jsou duchovní poradenství (pastoral counselling), které v sobě může zahrnovat náboženské poradenství (religious counselling), pastorální činnosti v oblasti duševního zdraví (pastoral mental health work) a pastorální psychoterapii, ovšem jejich obsah by přesahoval rámec této diplomové práce a proto se o nich zmíním pouze v „zastřešujícím“ pojmu, kterým je pastorální medicína.

1.4 Spirituální potřeby člověka

Kromě biologických, psychologických a sociálních potřeb hovoří zakladatelka Hospicového hnutí v České republice Dr. M. Svatošová o potřebách spirituálních. Ve své knize *Hospice a umění doprovázet* mimo jiné píše: Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Skoro bych řekla, že je tomu naopak. Ne, že by věřící své duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší je to s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci se začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života - vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze Člověk tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.¹²

V.E. Frankl v souvislosti k výše uvedenému textu pokládá otázku, zda právě samotné otázky po smyslu života mají smysl a mimo jiné odpovídá: Musíme se učit a zoufající lidi poučovat, že naprosto nezáleží na tom, co my ještě očekáváme od života, jako spíš na tom, co život očekává od nás.¹³ V tomto je pozoruhodný výzkum provedený na Slovensku, který ukazuje těsný vztah procesu utváření smyslu života v integrativním rámci psychologické analýzy u náboženských konverzí.¹⁴

¹¹ RADKOVÁ, L.: *Religiozita a spiritualita v sociálnej práci*. GaK Bratislava, 2004, s. 61, ISBN 13350579, 196 s.

¹² SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo Praha, 1995, s. 23, ISBN 80-902049-0-2, 144 s.

¹³ FRANKL, V.E.: *A přesto říci životu ano*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1996, s. 74,

ISBN 80-7192-095-9, 125 s.

¹⁴ HALAMA, P. et all.: *Religiozita, spiritualita a osobnosť*. Ústav experimentálnej psychológie SAV,

Nejeden jinak medicínsky velice erudovaný lékař se ocitá ve slepé uličce, když si pacient splete dveře jeho ordinace s dveřmi zpovědnice. A dnešní pacient opravdu mnohem častěji než dříve očekává od lékaře pomoc v hledání uspokojivých odpovědí na otázky, které ho nenechávají spát. Na otázky po smyslu života, nebo dokonce po smyslu utrpení. I když s tím sazebník zdravotní pojišťovny nepočítá, nemůže lékař pacienta odbýt slovy typu „to mi sem nepleťte, to sem nepatří.“ Všichni moc dobře víme, že to sem patří, a navíc po potvrzuje i definice zdraví WHO. Na první pohled by se mohlo zdát, že věřící lékař který sám má v těchto věcech jasno, by neměl mít v tomto směru problémy. Ono to ale platí, a navíc ne vždy, pouze pro situaci, kdy i pacient je věřící. Tam to dokonce lze velmi úspěšně využít i terapeuticky. Navíc to může být jak pro pacienta, tak pro lékaře zdrojem velké radosti a vzájemného obohacení. Stává se i to, že lékař od svého pacienta odchází s pocitem, že od něho mnohem více získal, než mu sám dal.. Ale i to je dobře.

Někdy se neodvází doprovázející před nemocným ke své víře přiznat, byť jen tak mimochodem, nezávazně, mezi řečí. Nemocný pak samozřejmě nemůže tušit, že by mu právě tento člověk mohl zodpovědět otázky, které ho tíží. Další chybou je netrpělivost, uspěchávání a následný odmítavý postoj pacienta. Hrubou chybou je chtít na nemocném víc, než na co momentálně má, a obviňovat se za to, že to všechno nešlo podle našeho scénáře, který jsme se pokoušeli nemocnému vnutit taková manipulace není fair play.¹⁵

1.5 Pastorální medicína

Výše popsané skutečnosti spadají svojí metodologií do rámce oboru zvaného pastorální medicína.

Pojem **pastorální** pocházející z latinského slova **pastor** (*pastýř*) a je tradičním synonymem nejen pro obsah slov v oblasti duchovního vedení, duchovního doprovázení, ale také v péči o poslední věci člověka.¹⁶

Pastorační (pastýřská) péče se dotýká duchovní oblasti člověka, je ovšem zapotřebí upozornit na skutečnost, že by bylo velikým nedorozuměním domnívat se, že je duchovní péče určena pouze věřícím lidem (křesťanům) nebo, ještě lépe řečeno, tzv. praktikujícím křesťanům. Dalším omylem by byla představa, že je doménou pouze duchovních (kněží, jáhnů, pastorů, kazatelů a pod). Skutečnost je taková, že může duchovní péči s velkým úspěchem poskytovat v této oblasti též erudovaný a osobnostně disponovaný laik, popřípadě odborník z příbuzného oboru. Proto nás nepřekvapí, že vznikly a stále více se etablují interdisciplinární obory, jako je pastorální medicína či pastorální psychologie.¹⁷

O pastorální psychologii bude pojednáno v následujícím textu této práce (kap. 2.2).

¹⁵ Bratislava 2006, s. 49nn, ISBN 80-88910-22-6, 165 s.
HALAMA, P. et al.: *Religiozita, spiritualita a osobnost*. Ústav experimentálnej psychológie SAV,

Bratislava 2006, s. 39nn, ISBN 80-88910-22-6, 165 s.
¹⁶ srv.: *Handbuch der Pastoraltheologie*. I-IV. Freiburg. 1964

¹⁷ JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Triton, Praha 2003, s. 150, ISBN 80-7254-329-6,
220 s.

1. 5. 1 Pastorální medicína – obsah a kriteria oboru

Lékaři se v rámci svého pole působnosti snaží odhalit "původ nemoci" v průběhu života toho, kdo jí trpí; teologové se v rámci své působnosti snaží pochopit "smysl bolesti" v teritoriu života, umírání a smrti, kterou je z tohoto aspektu nutno chápat jako součást života (soteriologického plánu stvoření).

V teorii i praxi je pastorální medicína zaměřena na vnitřní spojitost mezi uzdravením a nadějí. Umožňuje návrat k původní celistvosti člověka (*restitutio ad integritatem*), v případě, kdy teologie bere také zřetel na ohrožení a zranění člověka v psychosomatické oblasti a medicína na integrující charakter jeho duchovní dimenze.

Pastorální medicína znamená vědeckou interpretaci obrazu „Christus medicus“, který stále působí jako model v křesťanské péči o nemocné, v pastorační a lékařství. Tento obraz ovlivňuje životní styl i lékařské umění.

Pastorální medicína udržuje životnost lékařské etiky, čímž významně přispívá k humanizaci medicíny a k soustředění všech snah o uzdravení a spásu nemocného člověka.

V pastorální medicíně se spojuje obraz přírodních a humanitních věd s teologickými vědními obory. V raném křesťanství integrovala pastorální medicína helénský naturalismus a semitský personalismus. Dnes představuje fundovanou vědeckou disciplínu, jejíž obsahová náplň je tak široká, že je vhodné zavést pojem „autentická pastorální medicína“, zahrnující jak specifickou pastorální medicínu, tak lékařskou etiku.

Jinak řečeno: pastorální medicína, která byla koncem 18. století a na začátku 19. století považována za pomocnou vědu pastorální teologie, prošla fází lékařsko-teologického hraničního oboru a stala se v polovině 20. století samostatnou vědeckou disciplínou s dvojnásobným posláním - („dvojvědou“): sloužit teologii i medicíně.¹⁸

1. 5. 2. Námitky vůči oboru

Na rozdíl od výše popsaných definic a cílů pastorální medicíny, jak ji chápe učení i praxe církve, stojí za povšimnutí „kontrdefinice“, kterou uvádí Psychiatrická encyklopedie z roku 1982¹⁹.

Pod heslem Pastorální medicína se zde uvádí:

„Pastorální medicína se pokouší shrnout názory a praktické pokyny v těch oblastech lékařství, které hraničí s filozofií, politikou, právem, psychologií a etikou, a orientovat

¹⁸ ROTH,G.: *Pastorální medicína v rámci teologické fakulty a Univerzity západního typu*. In : Současná

medicína a náš obraz člověka. Kolegium katolických lékařů, Praha, 1996, s. 224

¹⁹ HANZLÍČEK, L.: *Psychiatrická encyklopedie*. Díl "P", Psychiatrické centrum, Praha 1982, s. 264,

evidenční číslo ÚVTEI 73 142, 1366 s.

tak lékařský výzkum a praxi v intencích náboženského světového názoru, včetně systematického šíření náboženských názorů a představ v celé zdravotnické oblasti“.

Podle M. Bouchala (brněnský psycholog a psychiatr) patří k jejím základním rysům a hlavním posláním toto:

1) Je budována na důsledně tomistickém základě a na tzv. nadpřirozeném zjevení. Případný rozpor mezi vědou, tomismem a zjevením řeší pastorální medicína stereotypně ve prospěch tomismu a zjevení.

2) V otázkách uspořádání společnosti se opírá o encykliky papežů Lva XIII. (Rerum novarum 1891) a Pia XI. (Quadragesimo anno, 1931) a propaguje polofašistický stavovský stát.

3) V názoru na zdravotnictví se staví proti nemocenskému pojištění pracujících (tj. společnost nemá poskytovat sociální zabezpečení, ale pouze vytvářet podmínky pro to, aby se každý jedinec sám zabezpečil), dále se staví za plnou podporu lékařské a zdravotnické praxe (tj. soukromé).

4) V učení o duševní činnosti a jejich poruchách uplatňuje učení o dědičném hříchu a démonii, tj. d'ábelských vlivech, a stává se tak duchovním dědicem inkviziční démonologie. Opírá se přitom o nevědecké, mytologické prvky Freudova učení.

5) Vytváří pseudoproblémy v oblasti sexuální morálky a znesnadňuje tak řešení skutečných problémů.

6) Vytváří životně závažné problémy pro katolického porodníka a ženu, svěřenou jeho péči. Důsledné uplatnění zásad pastorální medicíny v této oblasti může znamenat ohrožení života ženy a matky.

7) Slouží k udržení a pokud možno k rozvinutí ideologického vlivu církve ve vědní a praktické oblasti lékařského zdravotnictví.

8) Slouží však také jako argument v diskuzi o tzv. věřícím vědci a lékaři.²⁰

1. 5. 3 Pastorální situace

Aplikovatelnost duchovní rehabilitace nemocných vyžaduje podmínku, kterou je vhodná pastorální situace. Je možné ji chápat jako mezosobní vztah mezi pastorálním (rehabilitujícím) činitelem a jedincem.

Přínosným může být v tomto smyslu pokus R. Sidea a J. Rowea, kteří rozdělují v pastorální rehabilitaci celek na tři části:

- základní téma (dialog),
- období života (pastorální situace mladých lidí, dospělých, starých, nevléčitelně nemocných, umírajících ...),
- společné pastorální problémy (krize, nemoci, smrt, sebevražda, drogy, etylismus apod.)²¹

To, co je ovšem podstatné pro budoucnost v oboru duchovní rehabilitace, je studium pastorálních situací a do nich aplikované pastorální péče.

²⁰ BOUCHAL, M.: *Pastorální medicína*. In: Věda-víra-pověra. Brno, 1961

²¹ srv. SIDE, A. et ROWE, C.: *Psychiatry, Ministri Pastoral Counseling*. Collegeville, 1984

Jak chápat obsah pojmu *pastorální péče* vystihuje z biblického hlediska český profesor psychologie Jaro Křivohlavý. Ve své stejnojmenné knize²² uvádí tři modely pastorálního přístupu.²²

Jeho tři zde uvedené modely obsahují kromě *pastorální péče* ještě **pastorální poradenství**, které se více zaměřuje na problémy jednotlivce, například konfliktní situace, těžké rozhodování v době vážné nemoci nebo deprese. Rozdíl mezi pastorální péčí a pastorálním poradenstvím spočívá ve skutečnosti, kdy poradce v prvním případě vylučuje mravní úsudek o chování jedince a koncentruje se (ve druhém případě) speciálně na psychologické procesy, které mohou dovést klienta k vyšší osobnostní zralosti.

Nakonec Křivohlavý uvádí **pastorální psychoterapii**, představující specializovanější pastorální činnost, která se obvykle vykonává ve specializovaných institucích a předpokládá již znalosti psychologie a psychiatrie na profesionální úrovni. Zde jde právě o pastorální rehabilitaci v pravém slova smyslu. Odlišuje se ovšem od všeobecné psychoterapie svojí návazností a spojením s křesťanskou tradicí. Na biblických událostech uvádí autor základní pilíře rehabilitačního dialogu, kterými jsou:

- a) přijetí,
- b) naslouchání,
- c) povzbuzení,
- d) modlitbu a
- e) čin.

*Rozhovor Nikodéma s Ježíšem Kristem.*²³ __Nikodém, dobrý znalec Písma, přichází v noci za Ježíšem, aby se ho zeptal na nejpodstatnější věci života a smrti. Ježíš ho přijímá, naslouchá mu, vystihne jeho nejhlubší potřebu a vede ho k samému jádru evangelia. Otevírá mu bránu do nového života a staví ho před osobní rozhodnutí.

*Elizeus a jeho služebník aneb vidění světa v Božím světle.*²⁴ Služebník proroka Elizea vychází ráno před dům a zjišťuje, že jsou obklopeni nepřátelskými, po zuby ozbrojenými vojsky. Předěšen se vrací a sděluje to Elizeovi. Volá: „Pane můj, co budeme dělat?“ Elizeus však nepropadá panice. Odpovídá mu: „Neboj se, neboť více jich s námi jest, než s nimi.“ Modlí se: „ Ó Hospodine, otevři, prosím, jeho oči, aby viděl.“ A tak otevřel Hospodin oči služebníka toho, a viděl, a aj hora ta plná koňů a vozové ohnivé okolo Elizea.

*Milosrdný Samaritán.*²⁵ Zákoník – člověk, který se vyznal v Písmu (Starého zákona) – přichází k Ježíši Kristu, aby s ním diskutoval o nejzávažnějších otázkách víry. Ježíš ho přijímá, pozorně mu naslouchá a odpovídá. Vzorem pastorální péče je zde nejen tento rozhovor, ale také celý příběh o Samaritánovi. Vlastní čin Samaritána nám může posloužit jako model realizace (uskutečnění) pastorální péče v její činnostní složce (aspektu).

²² KŘIVOHLAVÝ, J.: *Pastorální péče*. Oliva Praha, 2000, s. 7, ISBN 8085527944, 177 s.

²³ Evangelium sv. Jana, kap. 3, v. 1-21, Bible, Ekumenický překlad, Praha 1985

²⁴ 2. Kniha královská, kap. 6, v. 8-17, Bible, Ekumenický překlad, Praha 1985

²⁵ Evangelium sv. Lukáše, kap. 10, v. 25-37, Bible, Ekumenický překlad, Praha 1985

1. 6 Místo duchovního v etické komisi zdravotnických zařízení

Etické komise při zdravotnických zařízeních a jejich činnost, jak o nich bude pojednáno v následující části kapitoly, jsou zřizovány jednotlivými ústavy a jejich členy jsou, mimo odborníků z medicíny a laiků také duchovní, ať už z katolické nebo jiných křesťanských církví. Účast duchovních ovšem nemá být formální, evidenční záležitostí. Pracovníci ve zdravotnictví, zvláště lékaři, nemohou být ponecháni sami a zatíženi neúnosnou odpovědností při stále složitějších a problematičtějších klinických případech, jež vytvářejí biotechnologické možnosti, mnohé ještě v experimentální fázi, které má současné lékařství k dispozici, a také kvůli společensko- zdravotnické důležitosti určitých otázek. Aby se usnadnila rozhodnutí a získal se nad nimi dohled, je třeba podporovat zřízení **etické komise** v hlavních nemocničních střediscích. V nich se lékařská kompetence a hodnocení konfrontuje a sjednocuje s kompetencí a hodnocením jiných přítomných u nemocného, aby se tak chránila jeho důstojnost a sama lékařská odpovědnost. Etické komise vytvořené odborníky v lékařství a morálce, jsou zřizovány i některými vládami a mají poradní a dohlížecí úkoly.

„Církev ví, že morální otázky pronikají do hloubky nitra každého člověka a týkají se všech lidí, i těch, kteří neznají Krista, jeho evangelium ani Boha. Ví též, že právě cesta morálního života otevírá všem příchod ke spáse.“²⁶

Je potřebné se vážně zamyslet nad současnými trendy „postmoderní společnosti“, které by chtěly uhasit tajemství života. Každý, kdo přijal lidskou přirozenost, má titul, který je mu vlastní. Stává se člověkem se všemi právy, které mu patří.²⁷ Tuto myšlenku, která se týká morálně etických hodnot ve spojení s tradičními hodnotami Evropy charakterizuje ve své knize *Duch svatý – pramen života* P. Elias Vella, když říká: Pohlédneme-li na současnou Evropu z duchovního hlediska, zjistíme, že Bůh už není středem kontinentu. Hovoříme dnes o globalizaci, ekonomice, nadnárodních společnostech, všechno je motivováno touhou po zisku, ale je potřeba zvolat s papežem Janem Pavlem II. „Dejte Evropě duši“.²⁸

Výskyt a syntéza požadavků a úkolů praxe ve zdravotnictví, tvoří základ a cestu k *humanizaci* lékařství. Tu je nutno provádět zároveň jak na úrovni osobně-profesní: vztah lékař – pacient; tak na úrovni společensko-politické: aby se hájily v institucionálních a technologických strukturách humánně křesťanské zájmy společnosti a institucionální a technologické infrastruktury. Prvního nelze dosáhnout bez druhého, neboť taková humanizace, kromě toho, že je úkolem lásky, odpovídá i povinné spravedlnosti. Humanizace lékařství odpovídá povinné spravedlnosti, jejíž naplnění nemůže být zcela přesunuto na druhé tím, že se vyžaduje nasazení všech. Pole činnosti je velmi rozsáhlé: sahá od zdravotnické výchovy k podporování větší

²⁶ Jan Pavel II., enc. *Veritatis splendor*. cap. 3

²⁷ SUMEC, M.: *Rodina a medzigeneračné vzťahy*. Vydavateľstvo STU, Bratislava 2005, s. 48, ISBN 80-227-2212-X, 111 s.

²⁸ srv. VELLA, E.: *Duch svatý - pramen života*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 2006, s. 281, ISBN 80-7195-043-2, 291 s.

vnímavosti u odpovědných veřejných představitelů; od přímého nasazení ve vlastním pracovním prostředí až k různým formám spolupráce – místní, národní a mezinárodní – jež umožnila existence mnoha organizací a sdružení, které si vytyčily ve stanovách, přímo či nepřímo, nutnou výzvu, aby se lékařství stávalo stále víc lidské.²⁹

Záruku etické věrnosti chce zaručit také *Charta pracovníků ve zdravotnictví*:³⁰ rozhodnutí a jednání, v nichž se ztělesňuje služba životu. Tato věrnost je vytyčena údobími lidské existence: plození, život, umírání, jako výchozí body eticko-pastoračních úvah.

1. 6. 1 Postoj křesťanů k otázce rehabilitace

Na diagnózu navazuje *terapie a rehabilitace*: provádění léčebných a lázeňských procedur, které umožňují uzdravení a opětné osobní a společenské začlenění pacienta.

Rehabilitace je chápána jako soubor lékařských, fyzioterapeutických, psychologických prostředků a funkčního tréninku, které sledují obnovu a zlepšení způsobilosti subjektů, různým způsobem oslabených ve své schopnosti zařadit se, navázat vztahy a podílet se na uzdravení. Cílem rehabilitace není jen tělesné dobro a zdraví, nýbrž osoba jako taková, jejíž tělo nebo psychika byly zasaženy nemocí.³¹

Duchovní rehabilitace sama nám neurčuje cíle, protože jako křesťané nacházíme v evangeliu směr pro své chování, např. usmíření. Má-li můj bratr něco proti mně, mám napřed jít, usmířit se s ním, a pak teprve jít do chrámu. Ve výcviku jsem v rámci skupinové terapie několikrát zažil problém konfliktu, který člověk prožíval a kterým se trápil. I když se zde přímo o kategorii odpuštění a smíření nemluví, dotyčný byl veden k tomu, aby si svůj vztah rozebral, své pocity a svou zkušenost třeba s rodičem, který rodinu opustil, zkorigoval a pokusil s ním navázat kontakt. Spolu s ním se pak podíval na prožité věci trochu jinak. Možnost tréninku takového setkání poskytuje skupina. Účastníci dotyčnému sdělí, jak na ně jeho (třeba upřímná, ale nešikovně nejasná) snaha o kontakt působí. Člověk si tak své setkání „nacvičí“. Domnívám se, že i když jsou cíle terapie obecnější (pomoc lidem změnit chování, jednání, pocity směrem, který oni i terapeut považují za žádoucí), kryjí se s cíli evangelními. Evangelium nás totiž vede ke zdravému lidství. Terapie nám pak svými metodami pomáhá k dosažení zvolených cílů.

²⁹ srv. Jan Pavel II., K vědcům a zdravotnickým pracovníkům, 12.11.1987: Insegnamenti X / 3 (1987),

1088

³⁰ Papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky. *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Zvon, Praha 1996,

ISBN80-7113-168-7, 109 s.

³¹ srv. Jan Pavel II., motu proprio *Dolentium hominum*. 11.2. 1985: Insegnamenti VIII/1 (1985), 473-

474

Jiný význam skupiny spočívá v osvobozujícím poznání, že řada jiných lidí prožívá stejné problémy. Osobně mám dojem, že v tomto směru skupinová terapie velmi pomáhá. V pastorační praxi, při svátosti smíření, mě několikrát napadlo, jak užitečné by bylo, kdyby několik po sobě přicházejících vědělo, že řeší stejné problémy. Například mladí ve vztahu k rodičům, v pocitu svého přijetí ve skupině apod. Dostatečně různorodá skupina pak může zprostředkovat pohled druhé strany (např. rodičů).

1. 6. 2 Dohoda církví v ČR o duchovní péči ve zdravotnictví

Ve zdravotnických zařízeních už prakticky mohou profesionálně působit nemocniční kaplani a jiní dobrovolníci.

Jejich vysílání do takové služby umožňuje dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví uzavřená koncem loňského roku (2006) mezi katolickou Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví. Trpícím lidem v těžkých situacích se budou křesťané věnovat bez ohledu na jejich náboženské vyznání.

Podobné dohody už církev úspěšně naplňují po řadu let při působení v armádě a ve vězeňství. Podle jednoho z koordinátorů péče, Pavla Pokorného, českobratrského faráře, nebudou noví lidé do nemocnic vysíláni na základě dohody dříve, než se připraví prováděcí předpisy a uzavřou dohody se zdravotnickými zařízeními a než zájemci o tuto službu získají potřebné školení. Cílem je, aby nemocniční kaplani byli placeni zdravotnickým zařízením, řekl Pokorný. Například ve Slezsku nemocniční duchovní již působí a jsou placeni, jako ostatní duchovní, z rozpočtu ministerstva kultury. Nemocniční kaplan může poskytovat duchovní péči pacientům, personálu a návštěvníkům tam, kde zdravotnické zařízení uzavře se zástupci církví dohodu. Kaplan pak řídí práci dobrovolníků a zajišťuje také pomoc jednotlivých církví podle přání pacienta. Osoby vyslané do služby nemocničních kaplanů nebo dobrovolníků musí splňovat určité kvalifikační předpoklady a dodržovat etický kodex, který je součástí podepsané dohody. Kaplan musí mít, mimo jiné, dokončené teologické vzdělání a kurzy pastorační péče a krizové intervence a musí být vyškolen i v právních otázkách zdravotní a sociální péče, jakož být obeznámen s informacemi z jednotlivých zdravotnických oborů.

Služba kaplanů a dobrovolníků nemá primárně sloužit evangelizaci.

Katolická teologická fakulta chystá podle Pokorného kurz pro dobrovolníky. Evangelická fakulta získala grant na úvodní kurz pro profesionály. Českým evangelíkům také nabídla pomoc bádanská luterská církev. Školení zájemců by se podle Pokorného mohlo konat v Německu i v Praze.³²

Duchovní rehabilitace je celosvětovou aktivitou vyvíjenou věroučnými společenstvími. Za zmínku stojí informace České biskupské konference, která uvádí, že letošního roku, na XV. Světovém dni nemocných v jihokorejském Soulu, vyzval předseda Papežské

³² Zpráva ČTK ze dne 4.1.2007 ve 12:00 hodin, srv.: www.christnet.cz

rady pro pastorační práci mezi zdravotníky kardinál Javier Lozano Barragán, k rozšíření nabídek paliativní péče. Na této konferenci hovořil o integrální pomoci nemocným, jejíž součástí je právě duchovní doprovázení.³³

Religiozita v rámci práce zdravotnického pracovníka

Pád totalitního komunistického režimu umožnil také kompetentní a nestranné studium religiozity a její působení na život člověka, zvláště při řešení náročných životních situací.

Empirické postupy při zkoumání religiozity totiž umožňují získat komplexnější obraz nejen o samotné orientaci religiozity, ale také o jejím vlivu na různé stránky lidského jednání v běžných i mimořádných situacích, v naší sféře právě v oblasti vážných onemocnění a umírání.

1.7 K psychologii náboženství

Zatímco se objevují práce například o vlivu religiozity na zdraví a překonávání nemoci, zvláště v americké lékařské literatuře, není tomu tak již ve sféře sociální práce. Samotná psychologie náboženství není kompetentní k řešení otázky transcendentálních zásahů do duchovní sféry člověka a tedy nemůže podat úplné vysvětlení religiozity.³⁴

Zajímavé jsou v tomto směru práce Pergamenta, který na základě rozsáhlého empirického výzkumu zaměřeného na teoretické zvládnutí zátěžových situací v souvislosti s náboženstvím, došel k zajímavým závěrům.³⁵

Podle něho může být náboženské přesvědčení integrální součástí procesu zvládnutí zátěžových situací a to trojím způsobem:

³³ Zpráva ČBK ze dne 15.2.2007 v 06:20 hodin, srv. www.christnet.cz

³⁴ srv. STRIŽENEC, M.: *Aktuálne problémy psychológie náboženstva*. Ústav experimentálnej psychológie, Bratislava 1996, ISBN 80-89170-07-2

³⁵ PERGAMENT, K.I.: *Religion and the Problem Solving Process*. J. for the Scientific Study of Religion, 27, 1988, č. 1, s. 90-104

1. Náboženství je zapojené do mnoha životních situací. Vzpomeňme jen náboženské obřady při křtu, svatbě, pohřbu apod.
2. Kromě toho náboženství poskytovalo v minulosti a poskytuje i dnes více způsobů pochopení zátěžových životních situací, například jako odměna milujícího Boha, nebo trest Boží.
3. Zvláště však při tragických událostech je náboženské přesvědčení často jediným zdrojem, jak se vyrovnat s bolestí a utrpením. Náboženská víra pomáhá totiž hledat možnosti a východiska ze situace a způsoby jejich řešení.

Pergament na základě uvedeného výzkumu, sestavil třicet situačních metod ke zvládnání zátěžových situací za spoluúčasti náboženského vyznání.

Zahrnuje do nich například:

- pomoc od náboženského společenství, ve kterém nemocný žil,
- pociťování Boží přítomnosti v osobním životě člověka,
- důvěru v Boha, který dopustí, ale neopustí,
- službu jiným (raději utírat slzy jiným, než polykat vlastní),
- čtení Písma svatého a jeho kapitol, které se týkají aktuální situace jednotlivce a pod.

Náboženský přístup k zvládnání náročných situací, může vést klienta také k duchovnímu růstu nebo většímu přiblížení se k Bohu. Samozřejmě různá náboženská vyznání přistupují odlišně k lidem se závažnými životními problémy. Tak například Baumgartner a kol. zjistili ve vzorku 195 osob nejvyšší religiozitu u Svědků Jehovových při čtyřech odlišných zátěžových situacích, jakými byly : choroba, finanční problémy, existenční otázky a interpersonální vztahy.³⁶ Katolíci akceptovali spíše samostatné úsilí při zvládnání situací, kdežto jehovisté a protestanté se víc orientovali na spolupráci s jinými lidmi. Tyto práce jasně potvrdily význam a smysluplnost studie vztahu religiozity a zvládnání náročných situací.³⁷

Jak zkušenosti, tak výzkum ukazují, že :

1)

Náboženství může snižovat dispozici člověka k patologickému sociálnímu chování, například výskytu alkoholové nebo drogové závislosti, patologické sexuality, nezájmu o své živobytí, zaměstnání, práci a podobně. Zvláště u chronicky nemocných lidí může vést náboženské přesvědčení k pozitivnějšímu pohledu na jejich těžkosti. U nemocných se zhoubnými nádory může vést náboženská víra k větší životní spokojenosti a snižovat také práh bolesti (věřící pacienti udávali menší bolest). Bolest je totiž silně subjektivně vnímaná a stejně tak její práh vnímání je individuální. Pro lidi odloučené od rodiny

³⁶ BAUMGARTNER, F. et al.: *Vliv religiozity na některé postupy zvládnání náročných situací.*

In:

Psychologické dny, Českomoravská psychologická společnost, Praha 1998 (červen), s. 121-

132

³⁷

RADKOVÁ, L.: *Religiozita a spiritualita v sociální práci.* GaK, Bratislava 2004, s. 67, ISBN 13350579,196 s.

(emigranti, vězni, dlouhodobě nemocní) náboženské společenství poskytuje značnou oporu. Víra totiž podporuje naději na řešení problémů života a dává příslib posmrtného života.

2)

Náboženské přesvědčení může být také výsledkem procesu zvládnání zátěžové situace. Zapojení náboženství do zvládnání zátěžových situací závisí od více faktorů, jakými jsou náboženská angažovanost, náboženská výchova, předcházející duchovní zkušenosti apod.

Pro zdravotnického zdravotníka bude platit z výše uvedených témat, že zvládnání zátěžových situací jeho klientů na nemocničním lůžku ve finálních situacích vyžaduje komplexní přístup. Neexistují jednoduché odpovědi na odlišné životní situace. Právě člověk v krizových momentech snaží se často nalézt znovu smysl vlastního života.

Také cílem této práce nebylo řešit výše uvedené problémy, ale spíše poukázat na složitý vztah religiozity a zvládnání krizových a zátěžových situací nemocných lidí a motivovat zájem o celostní přístup v medicínské praxi. Právě zátěžové situace jsou modelovými situacemi v práci zdravotníků, kteří potřebují mít znalosti o vlivu religiozity a spirituality na jejich zvládnání.³⁸

Vždyť člověk potřebuje pro svůj život úctu jiných lidí i vlastní sebeúctu. Bez zdravého sebevědomí upadá do komplexů méněcennosti, které mu brání v osobním růstu a rozvoji.³⁹

Je vhodné v tomto smyslu uvést slova C.G.J., která pronesl v roce 1935 před anglickými lékaři. "Není to hra se slovy, nazýváme-li náboženství psychoterapeutickým systémem. Je to nejpropracovanější systém a je za ním velká praktická pravda. Mám rozsáhlou klientelu a tam, kde žiji, jsme prakticky obklopeni katolíky, ale během posledních třiceti let jsem neměl mezi svými pacienty více než asi šest praktikujících katolíků. Naprostá většina byli protestanti a židé... Katolická církev, zejména se svým přísným systémem zpovědi a svým usměrňováním svědomí, je terapeutická instituce. Měl jsem několik pacientů, kteří po mé analýze vstoupili do katolické církve, stejně jako jsem měl některé pacienty, kteří teď chodí do tzv. Hnutí oxfordských skupin – s mým požehnáním. Myslím, že je naprosto správné užívat těchto terapeutických institucí, které nám dala historie..."⁴⁰

1.8 Vztah medicíny a psychologie k pastoračně rehabilitační praxi

V současné době neexistují vědní disciplíny humánního charakteru, které by neměly více či méně rozvinuté kontakty s oborem psychologie. Její vliv se hlásí ze všech stran tak intenzivně, že může budit až dojem "přepsychologizovaného života".

³⁸ RADKOVÁ, L.: *Religiozita a spiritualita v sociální práci*. GaK, Bratislava 2004, s. 65, ISBN 13350579, 196 s.

³⁹ CSONTOS, L.: *Síla a moc slova i jazyka*. in: *Viera a život*, Dobrá kniha Trnava, 2007, roč. XVII, s. 7,

ISSN 13356771

⁴⁰ ŘÍČAN, P.: *Psychologie náboženství*. Portál Praha, 2002, s. 310, ISBN 80-7178-547-4, 325 s.

Pokud budeme chápat lidskou psychiku, především její část zvanou podvědomí, jako nevypočitatelný, zákeřný a neovlivnitelný zdroj našeho jednání, našich chyb, provinění a nedokonalostí, který je řízený kdo ví odkud a kdo ví kým, můžeme říci: "přepsychologizováno jest". Budeme-li však přijímat tuto vědu z pohledu - *Psychologia est ancilla theologiae* - bude její dobré služby stálý nedostatek.

Představa, že dnešní zdravotnický pracovník nebo duchovní přistupují ve svém poslání, především v roli doprovazeče nemocných k smrti bez této služebnice, je skoro nemožná. Základní, elementární znalosti z oboru psychopatologie a již vzpomínané psychologie, slouží primárně nejen samotnému zdravotníkovi u lůžka umírajících, ale skrze jeho službu sekundárně také nemocným, umírajícím, prakticky všem potřebným, ke kterým je jako profesionál posláný.

Současná situace ve společnosti, duchovní klima, morální a mravní atmosféra jsou pro pastorální rehabilitaci výzvou!⁴¹

Jakou, to dokumentuje ve své práci profesor Viktor E. Frankl, když říká říká, že žádný psychiatr, žádný psychoterapeut ani žádný logoterapeut nemůže nemocnému říci, co je smysl života, daleko spíše však může prokazovat, že život má smysl. Ano – více než to: že si život ponechává smysl za všech podmínek a okolností, a to díky možnosti najít smysl i v utrpení, přetvořit utrpení v lidské rovině k výkonu – jedním slovem – vydat svědectví o něčem, čeho je člověk schopen i při ztroskotání.

Z řady psychologických metod přístupů vybírám čtyři následující, které jsou blízké pastorálnímu působení duchovních.

1. 8. 1 Psychodynamický přístup

Mezi psychodynamickými teoriemi je nejznámější psychoanalýza, která má své kořeny v dílech Zigmunda Freuda. Pozornost je věnovaná především intrapsychickým dynamizmům, které pokládají konflikty v podvědomí za příčinu lidských problémů.

Psychodynamické teorie jsou silně evoluční ve svém přístupu, a to v tom smyslu, že předpokládají spolupůsobení různých vývojových stádií z minulosti člověka a připisují jim, spolu se zkušenostmi, podstatný vliv na jeho jednání a prožívání.

Cílem psychoanalýzy je objevit neuvědomované si motivace. Psychoanalýza, jako hlavní technika se obrací k interpretaci a k volním asociacím. Oblíbeným prostředkem terapie je transfer (přenos), ohniskovým bodem pozorování je podvědomí a terapeut přebírá úkol analytika.

1. 8. 2 Behaviorální přístup

Teorie tohoto směru zdůrazňují a poukazují na možnost změny chování, které je silně ovlivněné minulostí a zkušeností jedince s prostředím, ve kterém vyrůstal nebo dlouhou dobu pobýval.

⁴¹ srv. KAŠPARU, M.: *Lékařské konsilium v oboru pastorální teologie*. Licenční práce z oboru pastorální teologie, TF RU Košice 2005, kap. 2

Při terapii změny postojů jde o jakési „přeučení“, naučení se novým modelům jednání, pomocí nácviku. Ve zjednodušeném pojetí jde o naučení se novému nebo odnaučení se starému způsobu v postojích, komunikaci a pohledu na svět i na sebe.

1. 8. 3 Humanistický přístup

Podle humanistických směrů, zjednodušeně řečeno, spočívá základní motivace osobnosti v tendenci seberealizace. Zastánci této teorie jsou např. E. Fromm nebo K. Horney, a v tendenci sebeaktualizace, jak se o ní zmiňují v řadě svých prací K. Goldstein a A. Maslow.

V jejich pojetí se chápe formování osobnosti jako zaměření celého života na hledání vnitřních hodnot, to je na nacházení pozitivní identity. Proces terapie se nazývá „zaměření se na klienta“.

Cílem je vytvoření pozitivní atmosféry, přijetí a pochopení, které ulehčí subjektu vhléd do svého individuálního „já“. Dává současně klientovi na vědomí, že má svoji hodnotu. Humanistická psychologie se poměrně rychle rozšířila, především zásluhou známého zastávce tohoto směru, prof. C. Rogerse, který aplikuje principy humanistické psychologie právě do oblasti psychoterapeutického působení. Mezi pacientem a terapeutem vzniká zcela nový vztah, charakterizovaný relací osoby k osobě, namísto autority, kterou má terapeut nad nemocným jedincem.⁴²

Rogersova metodologie nachází své místo také v pastorální praxi, protože mezi humanistickou psychologií a teologií je řada shodných prvků :

- zaměření se na vnitřní cíl,
- pojem akceptace, jako základního předpokladu,
- uznání základní hodnoty a důstojnosti lidské osoby,
- důvěra vůči svobodné vůli člověka,
- možnost lítosti, tedy trvajících naděje k obrácení vlastního života k vyšším cílům.

Kromě pozitivních aspektů není možné přehlédnout hranice humanistické psychologie.

Uvedme na tomto místě jen některé:

1. zapomínání na to, že život má své hranice a jejich poznání představuje základ moudrosti,
2. nedostatečné akceptování povinností, negací a zákazů a výlučné zdůrazňování práv a možností změny,
3. přeceňování sociálních faktorů morálky nebo neměnných činitelů v interpersonálních vztazích.

U těchto teorií se, ne zcela důsledně, uvažuje o momentu, který má na paměti vnitřní konflikt osoby a kterým ospravedlňuje mravní úsilí, které je motivované hodnotami

⁴² srv. SZENTMÁRTONI, M.: *Úvod do pastorálnej teológie*. Dobrá kniha, Trnava 1999, s. 73, ISBN 80-7141-259-7, 125 s.

přesahujícími samého člověka, to znamená vědomí, že člověk není vždy jen tvůrcem hodnot, ale že má jejich obsah rozlišit a přijmout ty, které mají vyšší etickou, morální a mravní hodnotu.

Humanistická psychologie se zrodila a vyvíjela jako kritika více méně materialistických postojů, které popírají transcendenci.

Uznáním imanentní hodnoty lidské osoby může ovšem humanistický směr v psychoterapii vytvořit prostor pro „smysl spásy“ i když v omezené a redukované vizi.⁴³

1. 8. 4 Existenciální přístup

„Existenciální analýza“ je pojem, který do psychologie přinesl V. E. Frankl a označil jím svoji antropologickou a psychoterapeutickou metodu. Nechal se zde inspirovat filozofem Martinem Heideggrem a jeho filozofické myšlenky rozvinul do oblasti hlubinné psychologie.

Existenciální analýza se snaží pochopit personální i lidskou existenci v profilu jejích hodnot a potencionálních významů.

Pokud hovoří S. Freud o „touze po slasti“ nebo A. Adler o „ touze po moci“, nahrazuje V. Frankl tyto pojmy „ touhou po smyslu“.

Ztráta touhy po smyslu nebo její mylná realizace se definuje ve Frankově pojetí jako „ existenciální frustrace“. Podle Frankla je na místě hledat „ smysl“ ve všech aspektech života, tedy i v bolesti a smrti.

Existuje již deset vědeckých studií ze kterých současně vyplývá, že asi 20 % neuróz lze pokládat za noogenní.⁴⁴

Franklova *Logoterapie* se proto nevěnuje tolik pudům, ale motivaci nemocného, který by měl hledat a najít smysl vlastního života. Logoterapie mobilizuje psycho-noetické síly, které působí proti symptomům neurózy, posiluje a probouzí specificky lidské vlastnosti, pomáhající osvobodit se od neurotických symptomů, vyplnit prázdnotu života neurotika a přivést ho k poznání spektra jeho možností. Jejím cílem je postavit pacienta pod „logos“ jeho existence.

Úkolem poradce, pastorálního doprovázeče nebo psychologa je rozvíjet osobitý přístup. Každý má svůj systém činnosti. Je dobré vědět, že jedním z pramenů volby je sám klient a prostředkem získání informací o něm, je aktivní naslouchání.

Problém antropologie pastorálního poradenství je stále otevřený. Vysvětlení velké popularity různých „alternativních psychoterapií“ včetně pastorálního poradenství je možné hledat i v nepřítomnosti všeobecné a uspokojivé antropologie v současné psychologii.

Psychoanalytik A. Görres poukazuje na tento fakt a ptá se, zda psychologie zná vlastně člověka. Jeho odpověď je skličující.

⁴³ srv. MODA, F.: *Maturité umana e vacanza*. In: *La Civilté cattolica*, 131 (1980), s. 467-473

⁴⁴ Poznámka: za tyto výzkumy vděčíme F. M. Burckleyovi a jeho kolektivu – viz „ *Meaning and Void* “,

Minneapolis, University of Minnesota Press, 1977

Nedostatečné poznání člověka je důsledkem „ vyhnání ducha“ z psychologie jako pojmu málo vědeckého. Ale člověka není možné pochopit lépe, než když se vezmou do úvahy i existenciální a náboženské rozměry jeho bytí. K těmto, v dnešní psychologii zanedbaným rozměrům, se může připojit ještě třetí: potřeba participace a transcendence, to je touha po štěstí, spolupatřičnosti a přijetí. Tyto touhy zůstávají, bohužel, často potlačené z ideologických příčin, ale nespokojenost srdce přesto zůstává. Touha po participaci a transcendenci se uspokojuje v lidských vztazích. Odtud přichází potřeba pastorační osoby. Proto naděje v pastoračním poradenství přichází ze skutečnosti, že přijetí druhého není jen úkonem soucitu, ale odleskem Božího milosrdenství.⁴⁵

1.9 K pojmu pastorační psychologie

O pojmu pastorační psychologie lze hovořit jako o nové disciplině pastorační teologie i pastorační medicíny. Spočívá v aplikování psychologických principů a hlubinné psychologie, psychodiagnostických a psychoterapeutických metod a experimentálních výsledků bádání a interpretace celé řady problémů, týkajících se praxe, do péče pastorační teologie.

Identita pastorační psychologie není sice dodnes jednoznačně určená, ale J. Scharfenberg vidí obtížnost definovat pastorační psychologii v tom, že jde o vědu, která překračuje mnohé hranice a je svojí přirozeností interdisciplinární.⁴⁶

Pastorační psychologie, jako autonomní disciplína, se začala rozvíjet v USA a soustředila se především na analýzu pastorační činnosti.

Druhý směr, kterým pastorační psychologie obrátila svoji pozornost je poradenská činnost. Nejen práce s jednotlivcem nebo skupinou, ale také v oblasti kultu, liturgie, homiletiky má stále svoje rezervy. V posledních letech byl v této oblasti velký zájem o problémy týkající se bolesti a smrti.

Pastorační psychologie byla ve svém vývoji rozličně interpretovaná, zdá se však, že největší pochybnosti vzbuzuje její správné zařazení, tj. zda je více součástí teologie nebo psychologie.

Jedním ze způsobů chápání pastorační psychologie je pokus přenést psychologické pojmy do teologie: což by se mohlo nazvat „ psychologismem“ nebo psychologie „ manipulovaná pastorační činností “.

Velké úsilí se v pastorační medicíně věnuje hlubšímu porozumění biologické, psychické, sociální a spirituální dimenzi lidské osoby v její bytostné jednotě. Přitom je třeba brát v úvahu subjektivitu člověka, jeho jedinečnou individuální existenci, jeho interpersonální vztahy a transcendentní směřování. Nové horizonty se otevírají, pokud budeme brát osobu jako sémantické pole, jehož se lze dotknout introspekci.

⁴⁵ GORRES, A.: *Kennt die Psychologie den Menschen ?* „Internationale Katholische Zeitschrift“, 6

(1977) s. 451-465

⁴⁶ SCHARFENBERG, J.: *Einführung in die Pastoralpsychologie*. Göttingen 1986, s. 13

Na rozdíl od utilitaristických bioetických směrů odmítá pastorální medicína jakákoli kvalitativní kritéria lidské osoby a statut osoby spolu se všemi základními právy přiznává též nemocným v bezvědomí či s těžkou duševní poruchou, starým a umírajícím lidem, jakož i dosud nenarozeným dětem.⁴⁷

Pastorační činnost využívá ve své práci poznatky skoro všech psychologických disciplin. Není pochybností o tom, že solidní poznání základů psychologie je v pastorační práci kněze velmi výhodné, ač její znalost není ještě zcela zárukou kvalitní pastorální péče.

1. 9. 1 Přítomnost a perspektivy vztahu psychologie a teologie

V debatě o pastorační péči koncilní otcové II. Vatikánu trvali na tom, že „je třeba dostatečně znát a používat nejenom teologických zásad, nýbrž i objevů světských věd, především psychologie a sociologie, aby tak i věřící byli vedeni k ryzejšímu a zralejšímu životu víry.“⁴⁸

Postavení psychologie v rámci teologického vzdělání je vnímáno jako rozporuplné. Objevují se názory, že rozhodující je Boží milost, kdežto v možnostech psychologie není ani teologii doplňovat, ani ji dokonce nahrazovat. Extrémní zastánci takových názorů tvrdí, že to, co dnešní sekulární doba považuje za psychické nedostatky z přetížení nebo nezralosti (např. alkoholismus), je spíše hříchem než nemocí.

I když se občas lze setkat s radikálním odmítáním možného přínosu psychologie, na druhé straně se objevují zkušenosti s využitím prvků skupinové psychoterapie v duchovních cvičeních. Jsou také shromažďovány zkušenosti o škodlivém vlivu falešných představ o Bohu i na běžné úkony, programy a obsahy lidské mysli.⁴⁹

Analýza pozitivních i negativních zkušeností týkajících se vztahu psychologie a teologie je tedy ku prospěchu oběma vědním oblastem, neboť obě svými poznatky ovlivňují i programy péče o časné blaho lidí i o kvalitu života a obě – často překvapivě shodně – zkoumají, co se děje po skončení pozemské pouti (thanatopsychologie ve výzkumech „zážitků blízkosti smrti“, eschatologie na základě analýzy svědectví Bible a náboženských textů).

1. 9. 2 Napětí mezi psychologíí a náboženstvím?

⁴⁷ SLABÝ, A.: Pastorální medicína v teologickém vzdělání. in. *Současná medicína a náš obraz člověka*.

Kolegium katolických lékařů, Praha 1996, s. 224

⁴⁸ Koncilní dokument 2. Vatikánského koncilu *Gaudium et spes*, čl. 62, Zvon, Praha 1995, ISBN 80-7113-089-3, 603 s.

⁴⁹ srv. FRIELINGSDORF, K.: *Falešné představy o Bohu*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1995, ISBN 80-85527-94-4, 176 s.

Obavy z psychologie, nebo aspoň kritický postoj k ní, jsou na straně teologů často motivovány redukcionistickým přístupem scientistické psychologie – vtipně označené už na počátku 20. století jako „psychologie bez duše“. Ta říká, že „*Bůh není nic jiného než zpředmětnělé sebepromítnutí lidské podstaty do nebes.*“ Materialistická či pozitivistická psychologie se dodnes zaštiťuje uvedeným citátem z díla L. Feuerbacha, jednoho ze zakladatelů klasické německé filosofie, a zcela pochopitelně vyvolává odmítavou reakci ze strany teologicky a spirituálně zaměřených odborníků.

Kněží a další odborníci na pastorační péči se bojí, že se psychologové budou snažit nahrazovat je v péči o duši. Někteří vyhoceně sekulární psychologové zase vyjadřují obavy, že kněží poukazováním na životní styl a hříchy věřících (penitentů) mohou prohlubovat jejich psychické problémy.

Tato nedorozumění jsou na některých teologických učilištích posilována tím, že psychologii je věnována malá pozornost, že budoucí kněží nejsou systematicky vzděláváni ani v komunikačních dovednostech, ani v metodách praktického porozumění sobě a druhým. Pozitivní signály úsilí o nápravu tohoto podceňování psychologie lze však v posledních letech zaregistrovat na všech třech našich teologických fakultách. Např. na Teologické fakultě Palackého univerzity se v roce 2002 konalo třídní formační setkání pro kněze a řeholníky, na němž byl celý jeden den věnován „psychospirituálnímu čtení sebe samých.“⁵⁰

1. 9. 3 Využití parabol a obrazů Bible v komplexní péči o člověka

Duchovně orientovaný německý psychiatr S. Pfeifer⁵¹ shrnuje své zkušenosti s duchovní péčí a zvládáním životních obtíží na základě biblických výroků. K problémům všedního dne přistupuje z pohledu bible. Bible používá různých pojmů, které popisují, jak se realizuje duchovní péče. Zejména často jsou to slova „paraklesis“ nebo „parakaleo“, což lze česky vyjádřit slovy „příslib“, „napomenutí“, „povzbuzení“ a „útěcha“.

A právě to je to, co potřebuje každý křesťan a nejen křesťan, ať už jde o lidi psychicky zdravé nebo psychicky narušené. Zatímco u jednoho je nutné spíše napomenutí, aby změnil svůj život, ten druhý potřebuje útěchu a povzbuzení uprostřed svého trápení.

Psychoterapie, které se odpoutávají od biblických zásad, se vystavují nebezpečí, že se stanou náhradními náboženstvími. Již v r. 1946 napsal známý teolog Eduard Thurneysen: „*Duchovní péče potřebuje psychologii jako pomocnou vědu, která slouží k probádání vnitřní povahy člověka a která může tyto poznatky zprostředkovat. Má se přitom kriticky ohraničit proti jejím v podstatě cizím světonázorovým předpokladům, které s ní jdou a které by mohly být na újmu jejímu vlastnímu, na základě Písma postavenému chápání člověka.*“

⁵⁰ SMÉKAL, V.: Psychospirituální čtení sebe samého. In: *Četba v procesu formace.* (M. L. Cincialová,

Ed.) Refugium Velehrad – Roma, Velehrad 2003, s. 6-45

⁵¹ srv. PFEIFER, S.: *Slabé nésti.* JUPOS, Ostrava 1995

A to konec konců není to nic jiného, než co navrhl již sv. Pavel: „*Bedlivě však posuzujte vše, co se za Boží slovo vydává, a přijímejte jen to, co odpovídá Písmu. Co mu odporuje, není dobré, a s tím nic nemějte.*“ (1 Tes, 5,21-22).

1. 9. 4 Význam spolupráce teologie a psychologie pro pomoc nemocným

Americký rabín a psycholog J. L. Liebman nastiňuje obecnější pohled na úlohu psychologie v náboženském životě lidí.⁵²

Náboženství chápe jako duchovní moudrost a etická přikázání, nashromážděná od doby nejstarších proroků a postupně shrnutá v soubor vyzkoušených pravd, které jsou morálním průvodcem člověka a zabezpečují mu pocit duchovního domova ve vesmíru. Jenom takové náboženství může poskytnout citovou dynamiku a morální příkazy, jimiž lidské pokolení dosáhne postupem času individuální a sociální pohody. Dovojuje, že moudré náboženství je nezbytné pro duševní mír, protože nám skýtá požehnání duševních darů, jaké nemůže poskytnout žádná věda: pocit smysluplnosti lidského života, pocit příbuznosti s Bohem, sdělnou vroucnost lidské družnosti a podřízení našeho malicherného já velkým etickým a duchovním cílům. „*Náboženství je v nejlepší slova smyslu hlasatelem nejvyšších ideálů, podle nichž lidé musí žít a v nichž dočasný lidský rod nachází svůj konečný smysl. Musíme však poctivě přiznat, že náboženství potřebuje pomoc, má-li dosáhnout uskutečnění těchto ideálů v lidském životě.*“

Psychologie se může stát jedním ze skutečných spojenců náboženství v jeho velkolepém úkolu. Může odhalit, proč je lidská dobrota dosud tak vzdáleným cílem. Lidé, kteří jsou duševně rozvrácení a citově nešťastní, nemohou být nikdy dobrými Božími společníky. Velké náboženské ideály zůstanou neuskutečněny a nesplněny, dokud nešťastní a rozvrácení lidé budou nedokonalými nositeli božství.“

Podobně vidí úlohu psychologie J. Růžička, psychoterapeut a rektor Pražské vysoké školy psychosociální a psychoterapeutické, v rozhovoru s Petrem Příhodou.⁵³ Na otázku, zda má církev nějakou šanci postavit hráz postmodernistickému rozkladu vědomí současného člověka, J. Růžička odpovídá: „*Ze svého hlediska ji vnímám jako instituci, která neumí pracovat s psychologii. Buď ji má za konkurentku, které se bojí, nebo ji pokládá za zbytečnou. Přitom se neumí přiblížit duši současného člověka, čímž mnohé ztrácí. Kromě sil, které nás táhnou dolů, jsou tu i zdroje naděje. Lidé se chovají kořistnický, a přitom touží po lásce. Uzavírají se do svých privátních světů, a přitom touží po komunikaci. Je třeba tato zasutá světélka umět najít a zacházet s nimi.*“

Na webových stránkách brněnské diecéze odpovídá vedoucí pastoračního centra RD Mgr. Petr Nešpor na otázku tazatele, jakou roli má podle církve v životě křesťana psycholog, konstatováním, že církev celkově respektuje autonomii jednotlivých vědních

⁵² srv. LIEBMAN, J.L.: *Peace of Mind*. Schuster a. Sons, New York 1947

⁵³ RŮŽIČKA, J.: Rozhovor s Petrem Příhodou, in: *Perspektivy* č. 9, s. 3, příloha Katolického týdeníku, č.

39, 24. 9. 2000

oborů, a pokračuje: „Osobně bych řekl, že role psychologa v životě křesťana bude hodně podobná jako u každého člověka. Je dobrou a potřebnou službou. Často bude zřejmě křesťan jako každý jiný člověk hodně váhat, jestli tuto službu teď potřebuje a využije, zároveň může asi stejně jako každý jiný danou profesi všelijak problematizovat v různé intenzitě oprávněnosti těchto pochyb. Protože často chce kus odvahy vyhledat takové služby a někdy ti, kteří to nejvíc odmítají, to zároveň nejvíc potřebují. Psychologie má díky své košatosti i svá úskalí, ale přece ani teologie není žádná líná řeka.“ Rozvádí svou úvahu specifikací oblastí, kde psychologie může pomoci – například v neurotických potížích (někdy třeba i nábožensky podbarvených), v nějaké krizové situaci nebo v traumatickém stavu, ve vážných potížích v manželství, ve snaze lépe porozumět sobě a svým motivům (zážitkové skupiny, psychoanalýza, poradenství) atd.⁵⁴

Viktor E. Frankl v této souvislosti říká, že překročení hranic psychoterapie, zvláště existenciálně analytické logoterapie, tedy lékařské péče o duši ve směru oblasti kněžské péče o duši je nejen nepřijatelné, ale i terapeuticky zbytečné, a navíc z hlediska náboženství samého zcela nepotřebné.⁵⁵

1. 9. 5 Pastorační teologie a psychoterapie

Jedním z východisek současné pastorační teologie je myšlení, které se odrazilo v konstituci 2. vatikánského koncilu *Gaudium et Spes*. Její preambule a především první věta zdůrazňuje, že není nic opravdu lidského, co by nějak nezasáhlo srdce křesťanů. Psychoterapie obecně, se všemi jednotlivými školami a směry, se snaží zabývat právě tím opravdu lidským, a na rozdíl od teologie jen tím. Respektive zabývá se i věcmi nadpřirozenými, ale pouze do té míry, do jaké jsou důležité pro koncepci života konkrétního člověka. V tom je asi největší rozdíl, ale i podstata vzájemného vztahu pastoračně teologického a terapeutického pomáhajícího přístupu. Jistě je možné pastoračně pomáhat i bez „terapeutické školy“ a jistě se to tak ve většině případů děje. To „opravdu lidské“ je totiž v úhlu pohledu teologie Bohem stvořeno a náboženský pohled nás k němu nutně vede. Nicméně terapie může být velmi užitečným nástrojem, jak ono „opravdu lidské“ uchopit, zpřehlednit, jak se vyznat v jeho komplikovanosti. Může ozřejmit, čím vším je mé lidské konání určováno, co a jak mohu změnit, abych ony komplikace v „opravdu lidském“ odstranil. K tomu terapie používá různé metody a techniky. V tomto směru ji můžeme chápat jako jeden z nástrojů k dosažení i pastoračních cílů. Pastorační teologie v dnešním pojetí je odkázána v různé míře na spolupráci s jinými disciplínami, k nimž patří i psychoterapie. O tom, že tato spolupráce může mít různé, ne vždy šťastné podoby, není sporu a je uvedeno jinde.⁵⁶

⁵⁴ Ústní sdělení z přednášky Diecézního setkání kněží brněnské diecéze, Petrov, Brno 2001 (nevyšlo tiskem)

⁵⁵ FRANKL, V.E.: *Vůle ke smyslu*. Cesta, Brno 1997, s. 24, ISBN 80-85139-63-2, 212 s.

⁵⁶ KŘÍŠŤAN, A.: Vztah pastorační teologie ke společenským vědám. In: *Fórum pastoračních teologů I.*, Centrum Aletti – Roma, Olomouc 2000

Duchovní rehabilitace pacienta na lůžku

Ti, kteří doprovázející nemocné a umírající, ať už v kterékoli funkci zdravotního týmu, konají z křesťanského pohledu obrovskou věc. Jdou s nemocnými až do okamžiku, od kterého se musí umírající ubírat svojí cestou už sám. U umírajících setrvávají a drží je za ruku až do chvíle, dokud se k mrtvému z druhého břehu nenatáhne velká a silná „ruka Boží“. Doprovázející drží umírající za ruku ve chvíli, když tito uskutečňují veliký krok nad propastí, to znamená, když transcendují svůj ukončený život. Potom může doprovázející svoji ruku pustit.⁵⁷

Považuji za potřebné připomenout, že přesto, že jsem se v této kapitole budu věnovat doprovázení umírajících z pohledu katolického náboženství, nesmíme v praxi zapomínat na to, že v naší společnosti žijí i osoby jiného vyznání, případně lidé nereligiozní, kteří přesto žijí svůj duchovní život, jak o tom bylo již napsáno a stejně tak i oni potřebují doprovod. Tím, že jsme vstoupili do Evropské unie, musíme počítat s nárůstem migrace lidí s jiným než křesťanským vyznáním kteří mají svá specifická vnímání, prožívání a rituály v posledních chvílích života.⁵⁸

1. 10 Náplň duchovního vedení pacienta

Duchovní život člověka, který je svěřený do hospicové péče, pomáhá objevovat a naplňovat spirituální terapeut. On vstupuje jako interní člen hospicového týmu do vztahu s pacientem. Nebere svěřence jenom jako pacienta, kterého je potřeba z medicínské stránky zabezpečit paliativní léčbou, ale usiluje se vytvořit vnitřní verbální i neverbální vztah přijetí člověka jako bližního jako duchovní bytost. V tomto vztahu může probíhat interakce mezi tím je v něm, jako v člověku terapeutovi, který uvěřil v život a tím, co je v člověku klientovi, který po životě touží.⁵⁹

Mocné i dobré hluboce ukryté v lidských duších, když se spojí, vytváří vnitřně příznivé prostředí, které pomáhá akceptovat životní realitu. Ta pomáhá přejít těm, kteří hledají smysl cesty ze života ke smrti a ze smrti do života.

Na vytvoření vazeb, které v zařízeních například hospicového typu vzniknou, ale i mimo hospicová zařízení, je potřebná atmosféra důvěry, otevřenosti, přijímání se a čas. Duchovní pomoc je založená na dobrovolném přijímání bližního a tvoří nejhlubší složku lidské osobnosti. Duchovní rehabilitace pomáhá objevit to nejhlubší dobro, které je v člověku uloženo, pojmenovat ho, uvědomit si ho, prožít ho a hlavně se z něho radovat. Tato filozofie duchovní rehabilitace vychází z křesťanského pohledu na člověka a jeho cíl. Tvoří personální vztah ke svěřenci, pomocí kterého objevuje nedostatečnost lidské lásky. Probouzí v něm nejhloběji ukrytou dimenzi boží lásky, která ho povolala před léty k pozemskému životu, provází ho a vede do věčného života.

⁵⁷ srv. POMPEY, H.: *Zomieranie*. Dobrá kniha, Trnava 2004, ISBN 80-7141-462-X

⁵⁸ srv. VORLÍČEK, J.: *Paliativní medicína*. Grada- Avicenum, Praha 2005, ISBN 80-247-0279-7, 537 s.

⁵⁹ srv. GRABB, L.: *Umění přiblížit se*. Návrat domů, Praha 2000

Je velmi dobré, že se v hospicích počítá také se spirituální stránkou nemocného a budují se zde kapličky, kde se slouží bohoslužba. Takto mají i ležící pacienti možnost zúčastnit se křesťanského života a posilovat se ve vzájemném utrpení.

Chci na tomto místě poukázat na to, že v komplexní péči je potřeba plně respektovat přání nemocného i v tom směru, který se týká jeho spirituality, to znamená, že v oblasti duchovní rehabilitace je potřeba akceptovat i to, že tato forma pomoci bude pacientem odmítnuta. Stává se ovšem na druhé straně, že duchovního nebo laika, který se věnuje duchovní rehabilitaci, vyhledávají pacienti, kteří o sobě tvrdí, že jsou nevěřící, ale potřebují si probrat a ujasnit určité existenciální a filosofické otázky, na které sami neznají odpověď, otázky, které byly během období jejich zdraví kdesi zasunuty, ponejvíce v oblasti zbytečných otázek, ale byla to nemoc, která je vynesla na povrch a nemocní si na ně sami neumí odpovědět.

Je to důkazem, že spirituální potřeby má každý člověk.

Duchovní vedení prožívá dnes, po krizové periodě šedesátých let, svůj rozkvět a obrodu. Prvním znakem tohoto jevu byl velký zájem, zvláště mladých, o různé orientální „guru“. Když se dodatečně zjistila nepřiměřenost těchto učitelů, začali křesťané objevovat novou hodnotu a potřebu duchovního vedení.⁶⁰

O své zkušenosti v této souvislosti píše E. Kübler-Rossová. „Vysloužila jsem si kritiku za to, že se pouštím postupem času a svých zkušeností do duchovních záležitostí. Jsem přeci vzdělaná ve vědách lékařských. Ale já prostě nemohu ignorovat ty tisíce příběhů, které mi moji umírající pacienti vyprávěli. Historie medicíny pamatuje mnohé průkopníky, kteří byli hanobeni podobným způsobem, např. dr. Semmelweiss úpěnlivě žádal lékařskou společnost, aby vyslyšela jeho volání, když chtěl, aby si porodní asistentky a lékaři umývali před svým příchodem k porodu ruce mýdlem. Kritizovali ho. Krátce po jeho smrti našla věda důkazy o tom, že měl pravdu. Nejsem sama, kdo nemá v úmyslu svého zkoumání zanechat.“⁶¹

1. 11 Duchovní pohled na doprovázení umírajících

Duchovní svět patří nepochybně k bohatství každého lidského života. Je určován mnoha faktory, které vycházejí z osobnosti každého lidského jedince. Tvoří jakýsi základ, kořen toho, jak se nám člověk jeví navenek. V něm, v hloubce lidské duše, je skrytý duchovní svět, který ovlivňuje člověka a činí ho zdravě nespokojeným se sebou samým. Člověk je žádostivý přesáhnout sám sebe, neuspokojovat se vlastní ohraničeností, získávat nové informace, hledat to, co ještě nepoznal a toužit po něčem, co mu otevře cestu k někomu, kdo ho v tomto jeho komplikovaném položení nepřestal milovat. To jsou aspoň základní momenty pro uvědomění si východiskové pozice, pro skutečnost existence duchovního rozměru člověka.

K uvedeným momentům patří samozřejmě neopakovatelnost, to je jedinečnost každého lidského jedince. I ten, kdo je handicapovaný, pro jakoukoliv dysfunkčnost somatického

⁶⁰ SZENTMÁRTONI, M.: *Úvod do pastorálnej teológie*. Dobrá kniha, Trnava 1999, s. 92, ISBN 80-

7141-259-7, 125 s.

⁶¹ KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O dětech a smrti*, Nakladatelství Klíček ERMAT, Praha 2003, s. 219,

ISBN 80- 903086-1-9, 311 s.

nebo psychického charakteru, není zbavený spirituální části svého vlastního já. Dalo by se dokonce tvrdit, že jsou poruchy, které ještě více graduji a dávají akcent na spirituální vnímavost jedince.

Nepopíratelně k tomuto tvrzení stojí jiné tvrzení, že některé poruchy naopak opět utlumují duchovní vnímavost. I tak je velmi těžké hodnotit duchovní kvalitu života člověka podle jeho fyzických, intelektuálních, sociálních a jiných kritérií. I když se někteří pokouší hodnotit duchovní život člověka podle morálních kritérií. Není ovšem možno takové hodnocení přenášet na člověka ve všeobecnosti, protože duchovní život přesahuje jeho morální profil, který mu byl předaný prostředím, výchovou, kulturou a osobní povahovou vybaveností.

Pokud bychom tento pohled na duchovní svět v nás respektovali, můžeme pomocí něho poznávat spirituální potřeby svého života. Budeme-li je vnímat a učit se vyjadřovat je komunikací, staneme se postupně citlivými vůči těm, kteří jsou nám svěřeni do péče. Naše služba bude pro ně rozšířená právě o pomoc ve spirituální dimenzi v jejich životě. Je velmi důležité, aby náš vlastní duchovní život byl humánní, zdravý, střízlivý, aby se naše duchovní služba nestala pro svěřené pacienty obtěžující nebo škodlivou. Stejně tak je důležité, aby jsme svůj vlastní duchovní život vyživovali s kvalitních kořenů. V naší tradici je křesťanství ve své humanitě zatím nepřekonatelným zdrojem, ze kterého může každý terapeut v jakékoliv oblasti své specializace čerpat motivaci nejenom pro svoji duchovní práci s klientem, ale i pro etický a morální rozměr své činnosti.

Zážitek bolesti a utrpení a jejich překonávání jak z hlediska antropologického, tak teologického představují v širší souvislosti zkušenost složité situace trpícího člověka. Každá negativní událost, jakou je bolest nebo nemoc, nebo katastrofa, se z křesťanského hlediska vnímá jako následek, respektive příznak narušeného vztahu nebo ztroskotání vztahu člověka k sobě samému, ke své somatické-materiální skutečnosti, ke své duševně-duchovní realitě a je chápána také jako narušený vztah ke svému okolí, k sociálnímu, ekonomickému a životnímu prostředí.

V židovsko-křesťanském chápání světa a člověka i v představách jiných náboženství je finální příčinou takto narušených vztahů ztroskotání vztahů člověka k Bohu. Víra v Boha, v dobro člověka a jeho láskyplná náklonnost má nemocného motivovat, aby uvěřil ve vlastní dobro i v dobro světa a aby se ke světu choval laskavě. Znamená to také sebe a svět nepřetěžovat, neznásilňovat vzájemné vztahy, ale chovat se k sobě navzájem přejícně a snažit se pomáhat jeden druhému.⁶²

„Lidské utrpení ve vlastním slova smyslu se pokládá za osobitý svět, který existuje současně s člověkem, objevuje se v něm a zaniká, ale někdy přetrvává, upevňuje se a prohlubuje. Tento svět utrpení postihuje mnoho lidí, ba dokonce velmi mnoho a existuje jako něco celosvětově rozptýlené. Každý člověk, prostřednictvím svého osobního utrpení představuje nejen malou část tohoto světa bolesti, ale zároveň tento svět je v člověku čímsi konečným, jedinečným, co se nemůže opakovat. S tím je spojen ještě mezilidský a společenský rozměr. Ke světu utrpení patří také jemu vlastní soudržnost. Trpící lidé jsou si navzájem podobní svým stavem, ve kterém žijí, osudovou zkouškou, jako i touhou po lásce a péči, ale asi nejvíc stále se opakující otázkou po smyslu utrpení.

⁶² srv. POMPEY, H.: *Zomieranie*, Dobrá kniha, Trnava 2004, ISBN 80-7141-462-X, 181 s.

Z tohoto důvodu, i když utrpení je čímsi rozptýleným, přesto současně vyzývá k jakémusi společenství a vzájemné solidaritě“.⁶³

Vzhledem na takto široce spektrálně nabízený obraz duchovního života v člověku, zvláště ve styku s utrpením, je ve veškeré zdravotnické péči především v rehabilitační činnosti patřičná formace, aby z ní mohla být podávána nejen kvalifikovaná služba medicínská, ale současně nabízená i služba duchovní.

Duchovní formace zdravotníků – zvláště se to týká veškeré činnosti v péči hospicové – vychází z potřeby zabezpečit nevyléčitelně nemocnému člověku komplexní péči. To vyžaduje od sloužícího, jak již bylo naznačeno výše, nejen odbornou : ošetrovatelskou, pečovatelskou, psychologickou, lékařskou, právníckou, rehabilitační, dobrovolnickou, rodinnou terapii, ale i šanci duchovního doprovázení nemocných. Určitou mírou se na tomto duchovním doprovázení pacienta zúčastňuje každý člen týmu, který přistupuje k pacientovi pod úhlem své profesionality a specializace. Svoji odbornou vyspělostí odevzdává pacientovi celou řadu informací, které mají vliv na atmosféru, ve které se nemocný nachází. K tomu patří neodmyslitelně i duchovní formace těch, kteří jí poskytují. Jde nejen o cílevědomou práci na sobě samém, o práci, která je podporována sebereflexním poznáváním, ale která slouží současně pro zkvalitnění atmosféry ostatním spolupracovníkům v psychicky namáhavém prostředí zdravotnického zařízení.⁶⁴

Velmi důležitá týmová otevřenost v komunikaci, má být umocňována krásným a hlubokou životní filozofií. Toto má sloužit současně jako psychohygienu sloužících ve zdravotnickém zařízení. Morálně, mravně, eticky a duchovně zralé prostředí, ve kterém pracují všechny členové kolektivu, pomáhá nést tíži s odpovědností ve zdravotnické práci a je svým způsobem také jistou formou rehabilitace sil a vzájemné rehabilitace prostředí.

V trpělivosti, ve vzájemné úctě a velkorysosti, se budou moci přemáhat momentální zátěžové situace a vyhocené nálady. Nejdůležitější ale zůstává, že zdravotnický pracovník u lůžka nemocného zůstane otevřený pro všechny cesty komunikace a komunikace v duchovní oblasti je jednou z nich. I zdravé duchovní prostředí je součástí prevence proti vyhoření. Tak, jako bude rehabilitační pracovník podávat ve své specializované službě výkon, tak i on sám musí přijímat pomoc těch druhých, umět odpočívat a spolupracovat s těmi, kterým byla svěřena také duchovní služba v lůžkovém zařízení.

1. 12 Náplň duchovního vedení členů rodiny nemocného

Duchovní formace rodiny pacienta je založená na podpoře nejstabilnějšího a nejmocnějšího pouta mezi pacientem a příbuzenstvem. Vlivem těžké nebo dlouhé nemoci dostává se i tento vztah do určité krize a bylo by neprofesionální nezaměřit pozornost rehabilitačního pracovníka také na onemocnění tohoto rodinného vztahu.

Lidé přicházející z pacientova zázemí mají být přijati osobitým způsobem a mají se stávat (svým způsobem) spoluterapeuty a spolurehabilitačními pracovníky

⁶³ Jan Pavel II., k dvěma pracovním skupinám Papežské akademie věd, 21.10.1985, Insegnamenti VIII/2

(1985), 1083, č.6

⁶⁴ srv. DAČOK, J.: *Človek, utrpenie, nemocnica*. Dobrá kniha, Bratislava 2000, 133 s. ISBN 80-89170-07-2

zdravotnického týmu. Je proto důležité poskytovat rehabilitační pozornost „pokřiveným“ vztahům zvláště tehdy, když se očekává právě ze strany rodiny zásadní podpora v léčbě nemocných. Toto je cílem, ke kterému směřuje i duchovní služba příbuzným, které je třeba přijímat a být jim oporou, zvláště ve stádiích bezmoci, smutku a osobních vnitřních problémů. Velmi důležitou zůstává časová dispozice pro duchovní rehabilitaci těchto lidí. Základem je nejen uvedený čas, ale současně empatie, trpělivost k naslouchání, rozumné a střízlivé hodnocení nastalé situace. To jsou nástroje pomocí nichž je možné lidem umožnit smíření, odpuštění a vnitřní pokoj. Vědomí, že příbuzný vykonal všechno, co bylo momentálně v jeho lidských možnostech, je zdrojem vyrovnanosti a rychlé rehabilitace v období smutku, následkem odchodu příbuzného na věčnost.

Pacient, jeho rodina a terapeutický tým patří k sobě. Terapeut zde musí brát v úvahu jednotlivé rodinné systémy a rodinné vztahy v nich. Pak je to otázka terapie celé rodiny. Motivace příbuzných skrývat před pacientem pravdu o jeho diagnóze pramení z neschopnosti čelit bolesti z toho, co se stalo. Rozdílná úroveň informovanosti rodiny a vlastního pacienta - „dvojná vazba“ (double bind zde spíše v přeneseném smyslu) - omezuje možnosti spolupráce rodiny. Podpůrná psychoterapie by měla v rámci stabilního mezilidského vztahu zajistit pozitivní přenos. Být potenciálně podle potřeb k dispozici, umožnit verbalizaci všech druhotných představ, pocitů a frustrací, podpořit psychologicky somatický léčebný program a konečně usilovat i o využití tzv. „třetí reality“, což jsou iracionální, religiózní a podobná útočiště.⁶⁵

1. 13 Spirituálně sakramentální obsah duchovního doprovázení

O psychologickém obsahu přístupu bylo pojednáno v předchozích kapitolách, nyní je na místě zmínit se o duchovním (spirituálním) a svátostném (sakramentálním) obsahu duchovní rehabilitace.

1. 13. 1 Spiritualita kříže a vzkříšení

Zůstává skutečností, že strach a bezmoc charakterizují dobu před smrtí. Paradoxně tento strach ze smrti může být zvýrazněný stále pokračujícími pokroky v léčbě terminálního onemocnění a v život zachraňující technologií. Výsledná neúčinnost a kolísání naděje a beznaděje vyvolávají nová dilemata jak pro pacienta, tak pro zdravotní personál a příbuzenstvo nemocných. Ani personál, ani rodina nejsou imunní vůči tomuto dění, které probíhá na jim svěřeném člověku. I oni potřebují naději a oporu ve chvílích když jsou unaveni, vyčerpáni a podléhají nesmyslnosti utrpení jim drahé osoby. Také oni potřebují slovo života. Duchovní terapeut má na tomto místě komplexní úlohu. V úctě vůči životu pacienta udržuje v přítomném okamžiku naději a pomáhá zároveň všem, kteří jsou do služby pacientovy zapojeni a zpracovává depresivní proces v anticipaci smrti. Toto základní dilema se často řeší nasměrováním všeho úsilí na

⁶⁵ VORLÍČEK, J. et al.: *Paliativní medicína*. II. přeprac. vydání, Grada, Praha 2004, s. 374, ISBN 80-247-0279-7, 537 s.

záchranu pacientova života, ale zanedbáváním pomoci pacientovi připravit se na vlastní smrt.⁶⁶

Je úsilím sloužit pomoci schopnosti a připravenosti vytvářet empatický vztah v duchovní rovině služby mezi trpícími, zdravotnickým personálem a příbuznými nemocného. Zvláště rodině nemocných je potřeba pomoci zpracovat vlastní reakce a mezi personálem poskytovat zdravý prostor pro volnou diskuzi za účelem vyjadřování jejich pocitů a reakcí na pacientův stav. Jde o to, aby pocity a reakce nebyly potlačovány. Současně se tím umožní ulehčení služby umírajícím pacientům. Přesto, že by všichni účastníci zdravotnického týmu měli být schopni porozumět procesu umírání, mohou to někteří považovat za těžké. Využít konsultace však nezbavuje spirituálního terapeuta odpovědnosti za rozhovory se všemi umírajícími pacienty a za vysoce empatické chápání jedinečné zkušenosti každého z nich.

Tak je, s pomocí křesťanské spirituality života, možné vědomě a bez úniku v této situaci obstát. Dnešní lékařská služba, psychoterapie, konzumně-liberální a neosobní přístup nabízejí různé i efektivní způsoby úniku a konfrontace s tímto druhem utrpení. S ohledem na kvalitu a smysl lidského života však tyto metody, které nezohledňují duchovní rozměr člověka, mohou figurovat v konečném důsledku nehumánně. Je tedy, pokud možno, vědomá účast pacienta na tomto procesu důležitá. Poznání pravdy o sobě patří k právu i důstojnosti člověka. Probíhá v duchovním životě bližního, který prodělává zápas očišťování. Člověk v něm může dozrát do hlubší podoby tím, že se odevzdává v důvěře a v pokoře před Bohem. Tady se právě počíná v křesťanském smyslu jádro duchovní rehabilitace.

Ze spirituálních aspektů je důležité vědět, že k porozumění člověka v jeho komplementaritě náleží právě boží vize, která dává každému okamžiku jednotlivce na této zemi pečeť osobního vztahu jako ke stvoření, které je na této planetě z lásky. (Gen.1,29-31). Jako milovaný člověk je volán i v tomto možná terminálním úseku svého života, aby žil a odpověděl na tuto lásku, která ho povolala k bytí. Člověk, který akceptuje křesťanstvím zjevenou cestu, může najít sílu, aby pozitivně odpověděl i v těžkých chvílích života na to, co ho čeká. A nemusí ho strašit ani časovost blížícího se konce pozemské existence. Žije svoji přítomnost naplno, v pokoji dítěte, které prožívá Otcovo objetí. Nemá tendenci utíkat do iluzorního nereálného světa. Zůstává tady a teď. Prožívá přítomnost. Je naplněný Bohem, který činí, možno i současnou jeho Golgotu smysluplnou.

Personální vztah, který má pacient možnost vytvořit s duchovním terapeutem, je velkou pomocí, ve které poznává, že je pozvaný i k vyššímu vztahu a to je vztahu s Bohem, který může dát jeho nemoci i smrti neopakovatelný význam.

Pro duchovní rehabilitaci bývá prostor hospicu onou atmosférou, kde k výše popsaným vztahům dochází. Situace a hodnoty, které se nemocnému ještě před nedávnem jeví jako důležité, ztrácí na významu. Do popředí se začínají dostávat věčné pravdy. Může probíhat sebereflexe nad zapomenutými událostmi z uplynulého života. Těžké momenty se mohou s časovým odstupem jevit jako vítězství. Někdy objektivně vynesené soudy mohou být nyní subjektivně přehodnocované v novém světle. Člověk jednoduše ze svého lůžka, ze kterého odchází do věčnosti vnímá svoji minulost skrze svoji víru a naději čistěji a dovede jinak hodnotit veškerou hodnotu života. Pokud je pacient ve stavu prožívat tyto události, odehrává se v jeho srdci jakési duchovní cvičení. Zkušenost

⁶⁶ srv. *Velký klinický manuál*. Psychiatrie III, 88/89, Translation, Praha 1995

s Bohem může být právě v rámci duchovní rehabilitace tou nejvíce uzdravující pro pacienta, který už je svobodný od pozemských zájmů a starostí a je proniknutý světlem naděje, která přichází do jeho života a se kterou se touží sjednotit. Potřebuje během udržování svých slábnoucích fyzických i psychických sil podporu a povzbuzení od těch, kteří pochopili v čem je jeho štěstí, po čem touží a co chce s vypětím svých posledních pozemských sil v budoucnosti prožívat. Je to čas očišťování, ale i čas začínající záchrany, spásy. Pacient může být i v tomto svém vrcholném čase života zápasníkem o naději, ke které se velmi těžko propracovává. Jsou to svým způsobem porodní bolesti. Ten, kdo má pomáhat umírajícímu narodit se pro vědomí věčnosti, musí aspoň z malé části mít už sám sobě tuto přítomnou. Pravdivost a pokud možno vědomý přechod do smrti, je službou vrcholné lásky člověka člověku, mezi kterými je Boží přítomnost. A to je v duchovní rehabilitaci a v duchovním doprovázení pacienta cílem.

Pokud se nemocnému podaří říci svobodné ano nezměnitelné ano, která se týká života ohrožujícího onemocnění a dokáže tuto trpkou životní pravdu přijmout jako realitu, načerpá nové životní síly. Navíc objeví nové byt' ohraničené životní možnosti, které mohou po zbytek jeho života se rozvíjet a budovat. Jeho život už nemusí být utrpením úplně zablokovaným, ale naopak je otevřený pro nové úvahy. Ze strukturálně analogického hlediska jsou dynamika, vnitřní energie a síla, jako i fantazie myšlení spojené s hledáním významnými dary Ducha svatého. Když tedy do života trpícího vejde Duch pravdy vyslaný Kristem, nemocný opět začíná v životě vítězit.⁶⁷

Duchovní rehabilitace by mu měla v tomto směru onu životní realitu pomoci přijmout. Milánský kardinál Carlo M. Martini na jednom zasedání Evropské biskupské konference formuloval téma života a smrti jako evangelizační výzvu těmito slovy: „Podporujme dialog o nové smlouvě mezi generacemi. Tak, jako rodiče přivádí své děti na svět, měli by děti vyprovázet své rodiče ze světa“.⁶⁸

Neexistují jasné směrnice pro duchovní pomoc, které by byly použitelné u každého pacienta. Služba člověku v terminálním stádiu je individuální ve všech oblastech péče, kterou pacient potřebuje. Je zřejmé, že duchovní blízkost mezi lidmi je předzvěstí vztahu člověka s Bohem. A to je velmi intimní oblast založená u každého člověka originálně. Proto je potřebné přizpůsobit styl duchovní rehabilitace tak, aby splňoval potřeby pacientových měnících se psychických i fyzických stavů.

Utrpení jednotlivce má i svůj sociální dopad. Nejvíce ho prožívají jako svoje duchovní obrozování ti, kteří jsou s trpícím vázání pokrevními svazky, anebo jejich přátelé. Z duchovního hlediska na tyto lidi stejně tak dopadá účast na proměnách jim blízkého člověka. Bez kontaktu s těmito blízkými osobami je otevřenost trpícího pro spolupráci velmi problematická. Jedná se o duševní kondici jednotlivce, která má vliv jak na tělesný, tak psychický i duchovní rozměr. V jeho existenci a v této fázi se objevuje prostor pro partnerství, kult, vnitřní, vnější, individuální a sociální komunikaci. Jde tu současně o hygienu duchovního života. Nakonec si uvědomuje, že toto partnerství má pro něho největší význam.⁶⁹ Jsou mu nabízené prostředky posvěcení, skrze které může dosáhnout odevzdanost, pokoj, vyrovnanost a další ctnosti smysluplného prožívání svého utrpení.

⁶⁷ srv. POMPEY, H.: *Zomieranie*. Dobrá kniha, Trnava 2004

⁶⁸ srv. VIRT, G.: *Žít až do konce*. Vyšehrad, Praha 2000

⁶⁹ srv. SKOBLÍK, J.: *Přehled křesťanské etiky*. Karolinum, Praha 1997

K tomu dodává V.E. Frankl toto: Hodnoty postoje, tedy i v utrpení, jsou uskutečňovány všude tam, kde musí být něco nezměnitelného, něco osudového přijímáno jako takové. Tím způsobem, jak někdo bere tyto věci na sebe, vzniká nesmírné množství hodnotových možností. To však znamená, že se lidský život může naplnit nikoli pouze v tvorbě a radosti, nýbrž dokonce také v utrpení!⁷⁰

Víra nás učí, že duchovní osoba není po smrti zničena, ale pouze zmizela, existuje v nepřítomnosti. Byla-li smrt v každé naší životní chvíli *přítomná v nepřítomnosti*, je zemřelý u jehož lůžka stojíme *nepřítomen v přítomnosti*.⁷¹

1. 13. 2 Modlitba

Vztah s Bohem je v člověku hluboce zakořeněný. Modlitba je v tomto vztahu formou komunikace. Komunikuje člověk a Bůh, který s každým, kdo to dovolí, vstupuje do intimního svazku. Odehrává se setkání. Člověk ve své lidské omezenosti může poznat ve své špatné zdravotní situaci Boha v nejlidištějším člověku, v Ježíši Kristu způsobem, jakým ho vůbec nepoznal.

Pro křesťany je modlitba příležitostí uvědomit si v konkrétní situaci Boží přítomnost a poznat Boží vůli. Je těžké jí přijmout. Ale ochota přijmout Krista je zároveň i ochotou pro přijetí složité životní situace. Právě tady dává Bůh sílu skrze modlitbu. Úplná odevzdanost, schopnost být k dispozici, realita blížícího se konce, návaly bolesti a otupělosti s léčby, to všechno jsou faktory, které je možné odevzdávat a kontempletovat. V tomto pohledu není modlitba útekem mimo realitu života, ale podle Ježíšova vzoru neustálou komunikaci s Otcem, jako dárcem života. Už první modlitba, kterou Kristus naučil apoštoly, je vzorem prožívání reality života. V modlitbě „Otče náš“ prosí člověk o každodenní chléb, tedy potravu pro tělo, ale prosí i o očištění ducha – o odpuštění viny. Kromě toho má modlitba i sociální rozměr. (jako i my odpouštíme našim viníkům), je prosbou o ochranu před zlem. Už v této modlitbě, která je rozhovorem s Otcem, hledáme i společnou řeč s lidmi. Prostřednictvím modlitby může i starý i umírající člověk překlenout všechna napětí a tím získat pokoj v důvěry plné naději.⁷²

Ukazuje se, že modlitba těžce nemocného člověka nebývá prázdným opakováním určitých formulek. Jsou v ní výkřiky, bolestné vzdechy a mnohé otázky. Je v ní, podobně jako u Joba, dohadování se s Nejvyšším. Ten v ní může slyšet pocity smutku, úzkosti, malátnosti, ale i vzdoru i pochybnosti. Toto všechno patří k modlitbě nemocného člověka a netřeba to potlačovat. Je dobré si uvědomit, že v modlitbě můžeme Bohu otevřít celé svoje srdce, dát průchod všem svým pocitům a neskrývat ani své slabosti, ani slabosti své víry. Už jen vyslovením těchto pocitů a otázek v modlitbě pacienta osvobozuje. V rozhovoru s Bohem můžeme být úplně svobodní. Můžeme říci, že utrpení učí člověka modlitbě.

Nemoc se tedy může stát obdobím pro osobní modlitbu, která je chápána jako hledání stále hlubšího hledání s Bohem. Proto je duchovní rehabilitace a pastorální péče má být taková, aby z ní bylo zřejmé, že hovoří o Bohu. Nemocní v terminálním stádiu může

⁷⁰ FRANKL, V.E.: *Lékařská péče o duši*. Cesta, Brno 1996, s. 107, ISBN 80-85319-50-0, 237 s.

⁷¹ LANDSBERG, P.L.: *Zkušenost smrti*. Vyšehrad, Praha 1990, s. 128, ISBN 80-7021-054-0,

203 s.

⁷² srv. ŠTEFKO, A.: *Důstojnost člověka v starobe, chorobe a zomieraní*. Dobrá kniha, Bratislava 2003, ISBN 80-7141-429-8, 113 s.

Bohu vyjádřit svůj vděk za všechno, čeho v zatímním životě dosáhl. Může mu ovšem vyjádřit všechn svůj strach, obavy a vzpoury před bezprostředně se blížící smrtí a odloučením od svých drahých. Modlitba může být prostředkem, kterým se dá překlenout každá z těchto napjatých situací, kterým se upevňuje pokoj, prohlubuje důvěra a posilňuje naděje⁷³

1. 13. 3 Modlitba a terapie

Občas se v církvi (nejen katolické) setkáváme s někdy možná oprávněnou nedůvěrou vůči terapii. Za onou nedůvěrou může být špatná zkušenost, strach před neznámem, před pohledem na sebe sama, před „konkurencí“. Asi je pravdou, že řadu problémů, se kterými lidé dříve chodili k duchovním, dnes řeší a budou (šťastně i nešťastně) řešit v různých poradnách. Rozdíl mezi náboženským a terapeutickým přístupem můžeme vyjádřit myšlenkou Richarda Rohra: „Dobré náboženství nám pomáhá uzdravovat a ‚odpouštět‘ rozštěpení v nás, jako to dělá dobrá terapie. Ale modlitba se od pouhé terapie liší. (Tím nechci snižovat terapii. Problém nastává, když se lidé nedokáží dostat za terapii.) Terapie uzdravuje naše odpojení od *tohoto* problému, od *této* osoby, od *tohoto* obtížného pocitu. *Modlitba uzdravuje naše odštěpení od samého života*. A tak nás modlitba povzbuzuje v našem nitru. Proto také mohou skutečná náboženská obrácení vlastně nahradit léta terapie.“⁷⁴ Terapie pomůže ukázat, pochopit, uchopit a zpracovat problém, vztah, pocit. Hluboká modlitba také, spoluprací s Bohem, přijetím Božího pohledu na problém, na vztah, na emoci. Mohou však nastat situace, kdy vztahu k Bohu nejsme schopni – kdy jsme blokováni problémem, vztahem, emoci. Terapie pak může pomoci zbavit se onoho zablokování, může pomoci i vztahu k Bohu, k modlitbě. Terapie tuto pomoc může poskytnout svými metodami, které ovšem v jádru nejsou nic zvláštního, jsou jenom nástrojem, který, podíváme-li se do historie, pastorační služba církve často ve své výbavě měla a má. Otázkou pak je, jak je využívá. Terapie (v podobě, jak je zde o ní uvažováno) je hluboce zakotvená v lidskosti, v její přirozené dimenzi. Pastorace (opět v podobě, jak je zde myšlena) vždy počítá s nadpřirozenou dimenzí, přitom se však drží principu, že nadpřirozené předpokládá přirozené. Terapie nám může pomoci pracovat na své přirozenosti.

1. 14 Svátosti

Duchovní služba ve zdravotnických zařízeních, ať už ve formě duchovního doprovázení nebo duchovní rehabilitace, staví kromě modlitby, která je vždy ve vztahu s Božím slovem, také na svátostech. Svátosti jsou viditelným znakem neviditelné Boží milosti ustanovené Ježíšem Kristem. Týkají se všech etap a všech důležitých chvil

⁷³ srv. ĎAČOK, J.: *Človek, utrpenie, nemocnica*. Dobrá kniha, Bratislava 2000, 133 s. ISBN 8089170-07-2

⁷⁴ srv. ROHR, R.: *Všetchno má své místo*. Vyšehrad, Praha 2003

života křesťana : dávají životu víry vznik a růst, uzdravení a poslání. V tom je určitá podobnost mezi etapami přirozeného života a etapami duchovního života.

Péče o duchovní život je projevem činnosti církve. Ona se chápe jako společenství křesťanů, kteří se starají o trpící a umírající. Láska k trpícím by měla povzbuzovat křesťany k tomu, aby stáli při umírajících, aby tak mohli prožívat hlubší společenství s církví.⁷⁵

Pro římsko- katolické věřící jsou svátosti vrcholným mementem duchovního života. Svátosti jsou znaky přítomnosti Ježíše Krista v situaci člověka, kterou prožívá. Je pravdou, že jejich účinnost se i vnějšími znaky projevuje zvláště na pacientech, kteří prošli svátostnou formací a toužili někdy velmi dlouho, aby je mohli přijmout. I když ani u lidí, kteří neprojevují pravidelnost, vnější znaky, tradici a rodinná pouta k svátostnému životu, nemůžeme vyloučit jejich vnitřní působení a vliv na duchovní atmosféru, ve které pacient prožívá svoje naděje. Zvláště v počáteční fázi můžeme pozorovat určitý fenomén. Rozhovor o víře a přijetí svátosti jedni vyhledávají, jiní jsou pasivní, anebo přímo odmítající. Trpělivé vysvětlování, pastorační návštěvy, rozhovory, případně katechetická poučení ukazují se ze zkušenosti právě pro tuto skupinu lidí velmi užitečné. I v těchto případech může duchovnímu připravit cestu k nemocnému právě zkušený rehabilitační pracovník nebo laik, kterým nemocní důvěřují.⁷⁶

1. 14. 1 Svátosti uzdravení

Učení o svátostech církve pro nemocné je možné podle katechizmu katolické církve shrnout takto: „Je někdo z vás nemocný? Ať si zavolá starších církve, ať se nad ním modlí a mažou ho olejem v Pánově jménu. Modlitba s vírou uzdraví nemocného a Pán mu uleví, a pokud se dopustil hříchu, odpustí se mu“. (Jak , 14-15).

Ježíš Kristus, lékař našich duší i našich těl chtěl, aby jeho církev mocí Ducha Svatého pokračovala v jeho díle uzdravování a spásy a to i vůči svým vlastním členům. To je cíl dvou svátostí uzdravení – svátostí smíření a svátostí nemocných.

Svátost smíření je konkrétním znakem Božího milosrdenství v životě člověka. Pokřtěný jí vyjadřuje svou bolest i lítost, že se hříchy oddělil od Boha. Ztratil zdroj života a tak způsobil sobě i jiným duchovní i tělesné zranění. Na upřímnou snahu člověka, který projevuje kajícnost, odpovídá Bůh skrze kněze odpuštěním, to je vymazáním hříchů, prostřednictvím oběti Ježíše Krista. Tato svátost je podmínkou účinného působení Boží uzdravující síly skrze ostatní svátosti.

Svátost smíření je potřeba chápat jako součást duchovní cesty, která byla možná v předcházejících fázích života přerušena.⁷⁷ Touha po uzdravení terminálně nemocného člověka není jen touhou po obnově tělesných funkcí, ale je i projevem otevřenosti vůči

⁷⁵ srv. ĎAČOK, J.: *Človek, utrpenie, nemocnica*. Dobrá kniha, Bratislava 2000, 133 s. ISBN 80-89170-

07-2

⁷⁶ srv. ŠTEFKO, A.: *Dostojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*. Dobrá kniha, Bratislava 2003, ISBN 80-7141-429-8, 145 s.

⁷⁷ srv. idem.

Bohu.⁷⁸ Církev umožňuje naplnit v člověku touhu po smíření a pokoji, nabízí svátostné vyjádření obrácení, které dává novou sílu. Smíření se sebou je nevyhnutelnou podmínkou smíření se s ostatními.⁷⁹

Nesmíme zapomínat na povinnost analgezie těžce nemocných. Může se stát, že někdy se opiáty předepisují bez ohledu na aktuální potřebu a duševní stav pacienta.⁸⁰ Vystihnoutí jasných chvil u pacienta umožňuje vědomé přijetí této svátosti, což se projeví v akceptaci a odevzdání svého stavu.

Svátost pomazání nemocných zpřítomňuje Boží soucit s trpícím člověkem. Bůh jde tak daleko, že ve svém synovi vzal na sebe naše slabosti a nesl naše nemoci (Mt 8,17). „Jeho ranami jsme uzdraveni“ (Iz 53,5) a proto skrze tuto svátost působí Kristova uzdravující moc odevzdaná apoštolům: „Nemocné uzdravujte“ (Mt 10,8) na duši i na těle člověka. V jiném případě působí jako součást Božího plánu spásy. Dává sílu snášet utrpení „Na vlastním těle doplňují to, co chybí Kristovu utrpení pro jeho tělo, kterým je církev“. (Kol 1,24).

Pomazáním nemocných dostává přijímající osobitý dar Ducha Svatého – milost posily, pokoje a odvahy k překonávání těžkosti, které jsou charakteristické pro stav těžké choroby nebo pro stařeckou křehkost. Je to vlastně pomoc, aby nemocný objevil opravdový smysl svého života a prohloubil se ve víře naději a lásce. Tyto ctnosti se díky nemoci mohou víc upevnit a očistit. Vzhledem na blízkou smrt svátost pomazání nemocných je osobitou formou pomoci, aby terminálně nemocný mohl překonat poslední zkoušku.⁸¹

Obnovuje se pacientova víra a důvěra v Pána Boha a posilňuje se člověk proti pokušení Zlého ducha a proti malomyslnosti. Tato moc prostřednictvím Ducha Svatého chce nemocného přivést k tomu uzdravení, které je v souladu s Božím plánem pro spásu člověka. Ti, kteří jí přijímají, spojují se vědomě s utrpením Ježíše Krista. Utrpení tak dostává smysl a stává se součástí Ježíšova díla spásy pro konkrétní osobu. Svátost obnovuje i společenství s církví. Je také přípravou k poslednímu přechodu .

Eucharistie je pokrm na cestu pro člověka, který uvěřil v přítomnost Pána Ježíše v Hostii. Svátost Eucharistie je svátostí Boží lásky. Tak, jako matka dává tělo a krev (sebe samu) pro růst nového života, tak nás tajemným způsobem duchovně živí Tělo a Krev Ježíšova, který přišel na svět, „aby jsme skrze Něho měli život“ (Jn 4,9). Tato svátost nám zprostředkuje nadpřirozený život milosti v jednotě s Bohem: „Jako mně poslal živý Otec a já žiji s Otce, tak ten, co jí mně, bude žít ze mě“ (Jn 6,57), a zároveň s jednotlivými údy církve – Kristova tajemného těla.

Je současně díkyvdáním Bohu za jeho dobra i zpřítomněním jeho oběti a zmrtvýchvstání jeho Syna, je zároveň i pramenem života,. Pacienti se vnitřně ubezpečují

⁷⁸ srv. ĎAČOK, J.: *Človek, utrpenie, nemocnica*. Dobrá kniha, Bratislava 2000, 133 s. ISBN 80-89170-

07-2

⁷⁹ srv. AUGUSTYN, J.: *Bolesť krivdy, radosť odpustenia*. Dobrá kniha. Trnava 1999, ISBN 80-7141-

498-0

⁸⁰ srv. ŠTEFKO, A.: *Dostojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*. Dobrá kniha, Bratislava 2003,

ISBN 80-7141-429-8, 113 s.

⁸¹ srv. ĎAČOK, J.: *Človek, utrpenie, nemocnica*. Dobrá kniha, Bratislava 2000, 133 s.

pravidelným přijímáním Eucharistie o Boží přítomnosti v konkrétní situaci svého života. Kromě toho je Eucharistie pokrmem pro ty věřící, kteří přecházejí do věčnosti.⁸² Je semenem věčného života a silou vzkříšení podle Ježíšových slov: „kdo jí moje tělo a pije oji krev, má věčný život a já ho vzkřísím v poslední den.“ (Jn 6,54).

1. 14. 2 Pastorační rehabilitace a svátost pomazání nemocných

Pastorační péče o nemocné spočívá v duchovní a náboženské pomoci. Je základním právem nemocného a povinností církve (srov. Mt 10,8; Lk 9,2; 10,9). Nezajistit ji, učinit ji libovolnou, nepodporovat ji nebo jí bránit je porušením tohoto práva a nevěrností vůči této povinnosti.

Je podstatným a specifickým, i když ne výlučným úkolem pastoračního pracovníka ve zdravotnictví. S ohledem na interakce tělesného, psychického a duchovního rozměru osoby a na povinnost vydávat svědectví o své víře má každý zdravotnický pracovník vytvářet podmínky, aby byla zaručena náboženská pomoc tomu, kdo o ni požádá, ať už výslovně nebo implicitně.⁸³ Tím je nám zvěstován a předáván božský a věčný život v Ježíši, který je ‚Slovo života‘. V síle této zprávy a tohoto daru nabývá lidský fyzický i duchovní život plnost a smysl i ve své pozemské existenci: božský a věčný život je tím cílem, k němuž je člověk, dokud žije na tomto světě, veden a volán.⁸⁴

Aby se mohla ve zdravotnických strukturách poskytovat náboženská pomoc, je k tomu zapotřebí vhodných prostorů a nástrojů.

Zdravotnický pracovník má ukázat maximální ochotu podporovat a přijmout žádost nemocného o náboženskou pomoc.

Kde nemůže takovou pomoc poskytnout pastorační pracovník, ať už z příčin všeobecných nebo náhodných, musí ji, v rámci možností a nakolik je mu to dovoleno, poskytnout zdravotnický pracovník, a to při plném respektování svobody a náboženského vyznání pacienta a s vědomím, že při provádění tohoto úkolu nijak nezanedbává zdravotnickou pomoc ve vlastním smyslu.

Náboženská pomoc nemocným spadá do širšího rámce zdravotnické pastorační péče neboli přítomnosti a činnosti církve usilující přinést slovo a milost Pána těm, kdo trpí, a těm, kdo o ně pečují.

Ve službě těch – kněží, řeholníků a laiků – kteří se jednotlivě nebo společně angažují v pastorační péči o nemocné, znovuožívá milosrdenství Boha, jenž se v Kristu skláněl k lidskému utrpení, a zvláštním a přednostním způsobem se plní úkol evangelizace a posvěcení a lásky, který Pán svěřil církvi.

⁸² srv. ŠTEFKO, A.: *Dostojnost člověka v starobe, chorobe a zomierani*. Dobrá kniha, Bratislava 2003,

ISBN 80-7141-429-8, 113 s.

⁸³ Jan Pavel II., K světovému kongresu katolických lékařů, 3. 10. 1982, *Insegnamenti V / 3* (1982), 675,

č. 6

⁸⁴ Jan Pavel II., enc. *Evangelium vitae*, cap. 30

To znamená, že pastorační péče o nemocné má momenty svého určení v katechezi, v liturgii a ve skutcích lásky. Jde tedy o *evangelizaci* nemoci tím, že se napomáhá objevit vykupitelský význam utrpení, prožívaného ve spojení s Kristem; o *slavení svátostí* jako účinných znamení obnovujících a oživujících Boží milosti; o *dosvědčování* terapeutické síly lásky „diakonií“ (službou) a „koinonií“ (společenstvím).

Při pastorační péči se nemocným přiblíží láska Boha, plného milosti a pravdy, vlastní a zvláštní svátostí: *pomazáním nemocných*.⁸⁵

Tato svátost, udílená každému křesťanu, jehož zdravotní stav vzbuzuje obavy o život, je lékem pro tělo i pro ducha: úlevou a posilou pro nemocného v celistvosti jeho tělesně duchovního bytí; světlem, které osvěcuje tajemství utrpení a smrti, a nadějí, která otevírá přítomnost člověka Boží budoucnosti. „Pomáhá celému člověku k uzdravení, posiluje jeho důvěru v Boha a vyzbrojuje ho proti pokušení a úzkosti před smrtí.“⁸⁶

Pomazání nemocných má účinnost milosti pro nemocného, avšak „není jen svátostí pro ty, kdo se ocitli v krajním ohrožení života“. Proto „je příhodná doba pro její přijetí jistě už tehdy, když věřící začíná být v nebezpečí smrti pro nemoc nebo stáří.“⁸⁷

Jako každé svátosti tak i pomazání nemocných má předcházet vhodná katecheze, aby se tak příjemce, nemocný, stal vědomým a odpovědným subjektem svátostné milosti, a ne nevědomým předmětem obřadu blížící se smrti.

Svátost pomazání nemocných uděluje pouze kněz „těm věřícím, kteří nebezpečně chřadnou nemocí nebo stářím“. Pro odhadnutí závažnosti nemoci stačí „rozumně odůvodněné pravděpodobné mínění“.

Společné slavení svátosti pomazání nemocných může posloužit k překonání záporných předsudků proti této svátosti a napomáhat jak ke zhodnocení jejího významu, tak ke smyslu pro církevní solidaritu.

Svátost pomazání nemocných lze opakovat, jestliže se nemocný uzdravil z choroby, kvůli níž je dostal, a znovu upadne do jiné choroby nebo se mu v též nemoci přitíží.

Lze ji udělit před operačním zákrokem, „je-li příčinou této operace nebezpečné onemocnění“.

„Starým osobám, jejichž síly značně ochabují“, může být tato svátost udělena, „i když není vidět nějakou těžkou nemoc“.

Kde k tomu nastanou podmínky, mohu ji přijmout i děti „od chvíle, kdy jsou schopny chápat, že jim tato svátost přináší posilu“.

⁸⁵ Sekretariát České liturgické komise, *Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné*. Praha 1974, s.

16, č. 5 - srv. *Katechismus katolické církve*, čl. 1511, ISBN 80-7113-132-6, 793 s.

⁸⁶ Sekretariát České liturgické komise, *Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné*. Praha 1974, s.

16. č. 6

⁸⁷ srv. 2. vatikánský koncil, Konstituce o posvátné liturgii *Sacrosanctum Concilium*, 73 Zvon, Praha

1995, ISBN 807113-089-3, s. 603 - srv. *Katechismus katolické církve*, 1514, Zvon, Praha

80-7113-132-6, 793 s.

„Těm nemocným, kteří sice ztratili užívání smyslů nebo rozumu, ale při plném vědomí by jako věřící pravděpodobně o svátost pomazání nemocných požádali, je možno tuto svátost udělit.“

Již mrtvému pacientovi nelze udělovat svátost.

„Při pochybnosti, zdali nemocný dosáhl užívání rozumu nebo zdali je nebezpečně nemocen nebo zdali je mrtev, se tato svátost udělí.“⁸⁸

I Eucharistie jako *viaticum* nabývá pro nemocného významu a zvláštní účinnosti. „Při odchodu z tohoto života je věřící posilován viaticem těla a krve Kristovy a opatřen zárukou vzkříšení podle slov Páně: ‚Kdo jí mé tělo a pije mou krev, má život věčný a já ho vzkřísím v poslední den‘ (Jan 6,54).“

Eucharistie je pro nemocného tímto viaticem života a naděje. „Přijímáním viatika se zvláštním způsobem naznačuje účast na tajemství, které se slaví v mešní oběti, totiž tajemství Páně a jeho odchodu k Otci.“

Je tedy povinností křesťana žádat o viaticum a přijmout je a je pastorační povinností církve je udělovat.

Viatikum uděluje kněz. V jeho zastoupení jáhen nebo mimořádný služebník eucharistie.

Duchovní služba ve zdravotnických zařízeních, ať už ve formě duchovního doprovázení nebo duchovní rehabilitace, staví kromě modlitby, která je vždy ve vztahu s Božím slovem, také na svátostech. Svátosti jsou viditelným znakem neviditelné Boží milosti ustanovené Ježíšem Kristem. Týkají se všech etap a všech důležitých chvil života křesťana : dávají životu víry vznik a růst, uzdravení a poslání. V tom je určitá podobnost mezi etapami přirozeného života a etapami duchovního života.⁸⁹

Péče o duchovní život je projevem činnosti církve. Ona se chápe jako společenství křesťanů, kteří se starají o trpící a umírající. Láska k trpícím by měla povzbuzovat křesťany k tomu, aby stáli při umírajících, aby tak mohli prožívat hlubší společenství s církví.⁹⁰

Pro římsko-katolické věřící jsou svátosti vrcholným mementem duchovního života. Svátosti jsou znaky přítomnosti Ježíše Krista v situaci člověka, kterou prožívá. Je pravdou, že jejich účinnost se i vnějšími znaky projevuje zvláště na pacientech, kteří prošli svátostnou formací a toužili někdy velmi dlouho, aby je mohli přijmout. I když ani u lidí, kteří neprojevují pravidelnost, vnější znaky, tradici a rodinná pouta k svátostnému životu, nemůžeme vyloučit jejich vnitřní působení a vliv na duchovní atmosféru, ve které pacient prožívá svoje naděje. Zvláště v počáteční fázi můžeme pozorovat určitý fenomén. Rozhovor o víře a přijetí svátosti jedni vyhledávají, jiní jsou pasivní, anebo přímo odmítající. Trpělivé vysvětlování, pastorační návštěvy, rozhovory, případně katechetická poučení ukazují se ze zkušenosti právě pro tuto skupinu lidí

⁸⁸ Kodex kanonického práva, can. 1005; srv. can. 1004-1007

⁸⁹ srv. *Katechismus katolické církve*, Zvon, Praha 1999, ISBN 80-7113-132-6, 793 s.

⁹⁰ srv. DAČOK, J. : *Človek, utrpenie, nemocnica*. Dobrá kniha, Bratislava 2000, 133 s. ISBN 80-89170-

velmi užitečné. I v těchto případech může duchovnímu připravit cestu k nemocnému právě zkušený rehabilitační pracovník nebo laik, kterým nemocní důvěřují.⁹¹

Učení o svátostech církve pro nemocné je možné podle katechizmu katolické církve shrnout takto: „Je někdo z vás nemocný? Ať si zavolá starších církve, ať se nad ním modlí a mažou ho olejem v Pánově jménu. Modlitba s vírou uzdraví nemocného a Pán mu uleví, a pokud se dopustil hříchu, odpustí se mu“. (Jak, 14-15).

Ježíš Kristus, lékař našich duší i našich těl chtěl, aby jeho církev mocí Ducha Svatého pokračovala v jeho díle uzdravování a spásy a to i vůči svým vlastním členům. To je cíl dvou svátostí uzdravení – svátostí smíření a svátostí nemocných.⁹²

Svátost smíření je konkrétním znakem Božího milosrdenství v životě člověka. Pokřtěný jí vyjadřuje svou bolest i lítost, že se hříchy oddělil od Boha. Ztratil zdroj života a tak způsobil sobě i jiným duchovní i tělesné zranění. Na upřímnou snahu člověka, který projevuje kajcnost, odpovídá Bůh skrze kněze odpuštěním, to je vymazáním hříchů, prostřednictvím oběti Ježíše Krista. Tato svátost je podmínkou účinného působení Boží uzdravující síly skrze ostatní svátosti.

Svátost smíření je potřeba chápat jako součást duchovní cesty, která byla možná v předcházejících fází života přerušena.⁹³ Touha po uzdravení terminálně nemocného člověka není jen touhou po obnově tělesných funkcí, ale je i projevem otevřenosti vůči Bohu.⁹⁴ Církev umožňuje naplnit v člověku touhu po smíření a pokoji, nabízí svátostné vyjádření obrácení, které dává novou sílu. Smíření se sebou je nevyhnutelnou podmínkou smíření se s ostatními.⁹⁵

Nesmíme zapomínat na povinnost analgezie těžce nemocných. Může se stát, že někdy se opiáty předepisují bez ohledu na aktuální potřebu a duševní stav pacienta. Vystihnutí jasných chvil u pacienta umožňuje vědomé přijetí této svátosti, což se projeví v akceptaci a odevzdání svého stavu.

Svátost pomazání nemocných zpřítomňuje Boží soucit s trpícím člověkem. Bůh jde tak daleko, že ve svém synovi vzal na sebe naše slabosti a nesl naše nemoci (Mt 8,17). „Jeho ranami jsme uzdraveni“ (Iz 53,5) a proto skrze tuto svátost působí Kristova uzdravující moc odevzdaná apoštolům: „Nemocné uzdravujte“ (Mt 10,8) na duši i na těle člověka. V jiném případě působí jako součást Božího plánu spásy. Dává sílu snášet utrpení „Na vlastním těle doplňují to, co chybí Kristovu utrpení pro jeho tělo, kterým je církev“. (Kol 1,24).

Pomazáním nemocných dostává přijímající osobitý dar Ducha Svatého – milost posily, pokoje a odvahy k překonávání těžkosti, které jsou charakteristické pro stav těžké

⁹¹ srv. ŠTEFKO, A.: *Dostojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*. Dobrá kniha, Bratislava 2003,

113 s.

⁹² srv. *Katechismus katolíckej cirkve*, Zvon, Praha 1999, ISBN 80-7113-132-6, 793 s.

⁹³ srv. ŠTEFKO, A.: *Dostojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*. Dobrá kniha, Bratislava 2003,

113 s.

⁹⁴ srv. DAČOK, J.: *Človek, utrpenie, nemocnica*. Dobrá kniha, Bratislava 2000, ISBN 80-89170-07-2,

133 s.

⁹⁵ srv. AUGUSTYN, J.: *Bolest krivdy, radosť odpustenia*. Dobrá kniha, Trnava 1999

choroby nebo pro stařeckou křehkost. Je to vlastně pomoc, aby nemocný objevil opravdový smysl svého života a prohloubil se ve víře naději a lásce. Tyto ctnosti se díky nemoci mohou víc upevnit a očistit. Vzhledem na blízkou smrt je svátost pomazání nemocných osobitou formou pomoci, aby terminálně nemocný mohl překonat poslední zkoušku.²⁸ Obnovuje se pacientova víra a důvěra v Pána Boha a posilňuje se člověk proti pokušení Zlého ducha a proti malomyslnosti. Tato moc prostřednictvím Ducha Svatého chce nemocného přivést k tomu uzdravení, které je v souladu s Božím plánem pro spásu člověka. Ti, kteří jí přijímají, spojují se vědomě s utrpením Ježíše Krista. Utrpení tak dostává smysl a stává se součástí Ježíšova díla spásy pro konkrétní osobu. Svátost obnovuje i společenství s církví. Je také přípravou k poslednímu přechodu.⁹⁶

Eucharistie je pokrm na cestu pro člověka, který uvěřil v přítomnost Pána Ježíše v hostii. Svátost Eucharistie je svátostí Boží lásky. Tak, jako matka dává tělo a krev (sebe samu) pro růst nového života, tak nás tajemným způsobem duchovně živí Tělo a Krev Ježíšova, který přišel na svět, „aby jsme skrze Něho měli život“ (1 Jn 4,9). Tato svátost nám zprostředkuje nadpřirozený život milosti v jednotě s Bohem: „Jako mně poslal živý Otec a já žiji s Otce, tak ten, co jí mně, bude žít ze mě“ (Jn 6,57), a zároveň s jednotlivými údy církve – Kristova tajemného těla.

Je současně díkyvzdáním Bohu za jeho dobra i zpřítomněním jeho oběti a zmrtvýchvstání jeho Syna, je zároveň i pramenem života,. Pacienti se vnitřně ubezpečují pravidelným přijímáním Eucharistie o Boží přítomnosti v konkrétní situaci svého života. Kromě toho je Eucharistie pokrmem pro ty věřící, kteří přecházejí do věčnosti.⁹⁷ Je semenem věčného života a silou vzkříšení podle Ježíšových slov: „kdo jí moje tělo a pije moji krev, má věčný život a já ho vzkřísím v poslední den.“ (Jn 6,54).

Krise, kterou působí blížící se smrt, má křesťana a církev vést k tomu, aby se stali nositeli světla pravdy, kterou může nad tajemstvím smrti zažehnout pouze víra. Smrt je událost, která uvádí do života Boha, o němž může pronést slovo pravdy pouze zjevení. Tato pravda je hlášána vírou umírajícího. Hlásání evangelia plné „milosti a pravdy“ (Jan 1,14) doprovází křesťana od začátku do konce života. Poslední slovo evangelia je slovo života, které přemáhá smrt a otevírá lidskému umírání mnohem větší naději.

Je tedy třeba *evangelizovat smrt*: hlásat evangelium umírajícímu. Je to pastorační povinnost církevního společenství v každém členu, podle odpovědnosti každého. Výjimečný úkol připadá nemocničnímu knězi, který je povolán jedinečným způsobem se starat o pastorační umírajících v širším rámci pastorační péče nemocných.

Pro něho takový úkol zahrnuje nejen úlohu, kterou má osobně vykonávat u umírajících, nýbrž i rozvoj této pastorační péče na úrovni organizace náboženských služeb, výchovy a zainteresování zdravotnických pracovníků, zapojení příbuzných a přátel.

Hlásání evangelia umírajícímu má své výrazné formy v lásce, v modlitbě a ve svátostech, které je nutno uskutečňovat a upřednostňovat.

⁹⁶ srv. *Katechismus katolické církve*, Zvon, Praha 1999, ISBN 80-7113-132-6, 793 s.

⁹⁷ Srv. ŠTEFKO, A.: *Dostojnost člověka v starobe, chorobe a zomieraní*. Dobrá kniha, Bratislava 2003,

Láska je dávající se a přijímající přítomnost, která naváže s umírajícím spojení vytvářené pozorností, pochopením, starostlivostí, trpělivostí, sdílením a nezištností.

Láska v něm, jako v nikom jiném, vidí tvář trpícího a umírajícího Krista, který volá po jeho lásce. Láska k umírajícímu – tomuto „chudákovi“ zřikajícímu se všech dober tohoto světa – je přednostním projevem Boží lásky v bližním (srov. Mt 25,31 – 40).

Milovat ho křesťanskou láskou znamená pomáhat mu poznávat a živě zakoušet tajemnou Boží přítomnost po jeho boku: v lásce k bratru prosvítá láska k Otci.

Láska otevírá vztah s umírajícím, jenž vede k *modlitbě* neboli ke spojení s Bohem. V ní navazuje vztah k Bohu jako k Otci, který přijímá děti, jež se k němu vracejí.

Podporovat úsilí umírajícího modlit se a modlit se s ním otevírá umírání horizonty božského života. Zároveň to znamená vstupovat do „společenství svatých“, vztahy, které smrt zdánlivě nenapravitelně přetrhává.

Výsadní chvílí modlitby s umírajícím je slavení *svátosti*: znamení plných milosti, spásanosné přítomnosti Boha.

Především svátost *pomazání nemocných*, jíž Duch svatý doplňuje připodobnění se Kristu započaté při křtu a definitivně ho činí účastným na velikonočním vítězství nad nemocí a smrtí.

Ve službě umírajícím jde především o závod s časem. Maximální ohled na poslední zbytek sil pacienta vyžaduje, aby zpověď někdy „vykonal“ za penitenta sám kněz, v případě potřeby i mimoverbální komunikací s umírajícím (políbení kříže dokonale nahrazuje slova).⁹⁸

Dříve byla svátost nemocných – zaopatřování – naprostou samozřejmostí. Dnes je to skoro výjimka.⁹⁹

Viatikum je eucharistický pokrm, chléb společenství s Kristem, který dává umírajícímu sílu čelit poslední a rozhodující etapě životní cesty.

Pokání je svátost smíření: v pokoji s Bohem je umírající v pokoji se sebou samým a s bližním. V této *víře plné lásky* není umírající drcen úzkostnou a ochromující bezmocností před tajemstvím smrti. Křesťan nachází *naději* a v ní, navzdory všemu, možnost žít a nepodstoupit smrt.

Nový zákon používá pro pokání pojem „metanoia“, což znamená „změnu smýšlení“. Ta se projevuje vyznáním vin a špatných postojů před Bohem i před lidmi a nastolením nových postojů bližších Duchu Kristovu.¹⁰⁰

⁹⁸ KAŠPARŮ, M.: *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*. Cesta, Brno 2002, ISBN 80-7295-

031-2, 153 s.

⁹⁹ KUBÍČEK, L.: *Zapalují ?* Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 2006, s. 35, ISBN 80-7192-

861-5, 111 s.

¹⁰⁰ LACHMANOVÁ, K.: *Vězení s klíčem uvnitř*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1996, s.

61, ISBN 80-7192-127-0, 123 s.

Možnosti vyznání vin mezi čtyřma očima by se člověk neměl v žádném případě zříkat. Tam kde to z praktických důvodů není možné, měl by bohoslužbu slova uvádět úkon pokání, při němž může každý veřejně vyznat své viny vůči bližním. Často má nemocný, před přijetím svátosti intenzivní potřebu vyznání vin nebo smíření – a tomuto přání - „mít čistý stůl“, by se mělo bezpodmínečně vyhovět.¹⁰¹

1. 14. 3 Uzdravení života v Kristu

Slovo pokání má dnes – povšechně vzato – špatný zvuk. Podobně je tomu se slovem hřích, jež s ním souvisí. Jenže dějiny náboženství nám sdělují, že pokání patří od nejranějších dob k podstatným prvkům všech náboženství. Krátce řečeno: Kdo odmítá pokání, nemůže se vlastně považovat za náboženského člověka. Goldammerův „Slovník náboženství“ – například – rozhodně poukazuje na tuto jednoznačnou historickou skutečnost, ale také vysvětluje, že různé podoby pokání závisejí na tom, jaké pojetí hříchu za nimi stojí. V silně dualistických náboženstvích může být pokání v první řadě chápáno jako pošpinění – proto zde stojí v popředí obřady očišťování (většinou pomocí vody nebo v ní) a mravní předpisy. Nebo se hřích chápe jako porušení božských zákonů, jež vyžadují více nebo méně tvrdé tresty. Božský soudce musí být usmířen například sebepotrestáním nebo dobrými skutky, v dávných dobách až i krvavými obětmi.

Ani ty, ani ony představy o pokání a o hříchu nás dnes nepřesvědčují. Patří do zašlých kulturních epoch, staly se nám cizími, obsoletními, nebo přinejmenším velice nesrozumitelnými. Protože však v křesťanství (jen o něm teď hovoříme) hrály zastaralé názory na hřích a pokání až do nejnovější doby silnou roli, jsme teď ve svérázné krizi svátosti pokání. Staré je dosud silné, ale bez vnitřní přesvědčivosti, a žádoucí nové dosud nenašlo platný tvar. Osobní zpověď, která je středem svátosti pokání, hraje ve farnostech nevelkou roli a společné bohoslužby pokání koná jenom menšina.

„Odmítnout každý pocit viny“, říká Henri Bouland, „znamená odmítnout sebe. Opravdový pocit viny je plod sebekritiky, což je poznání nedostatku, nedokončení a současně vědomí úsilí, kterým můžeme pokračovat v našem sebe-dokončení.“¹⁰²

Jak to bude dál? Nejen katolická, ale i evangelické a pravoslavné církve trvají – v různých podobách – neúchylně na hlásání křesťanského pokání, protože je ústředním prvkem biblického sebeuvědomění. Bez hlásání obrácení a tím i pokání bychom zradili samo evangelium a Boží království.

Takže nezbyvá než hledat nové, naší době přizpůsobené podoby základního křesťanského pojetí pokání. Nadějnou cestou k tomu je poznání, že svátost pokání znamená – přede vším ostatním – existenciální proces uzdravování. Hřích je onemocnění náboženského života, otrava duše, zchlazení a zmrtnění nadpřirozené

¹⁰¹ MARSCH, M.: *Uzdravování skrze svátosti*. Portál, Praha 1992, s. 83, ISBN 80-85282-34-8, 93

¹⁰² BOULAND, H.: *Všechno je milost*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1994, s. 128, ISBN 80- 85527-51-0, 176 s.

skutečnosti v nás. Tato „protibožská infekce“, jež působí hluboce neblaze, vyžaduje léčení a uzdravení.

Dnes jsou na trhu mnohé náboženské terapie, které se nehodí nazývat pokáním, i když odkazují na duševní procesy v člověku, jež jsou tím míněny. Tyto terapie však vidí jen přirozený horizont. „Obrácením“ chování se snaží zprostředkovat novou celistvost v porušeném vztahu těla a duše. To je přirozeně důležité pro každého člověka a je třeba to vítat. Také křesťan, který prožívá svou víru, potřebuje starat se o tělesné a duševní zdraví, o zákony tělesného a duševního zdraví. Jenže nemoc, která přemáhá křesťanství, je utvářena jinak, zasahuje hlouběji, neboť jejím následkem je smrt zasahující až do transcendence. Uzdravení života „v Kristu“ vede k terapii od kořene. Ústí do věčného zmrtvýchvstání, do reálného a skutečného začátku lidsko-božského života, do Božího království, které nikdy nekončí.

Křesťanské pokání je uzdravení z nemoci a je to terapie pod transcendentním horizontem. Je to svátost pokání se zpovědí, vyznáním hříchů a kněžským požehnáním. Je to cesta se stále novými kroky do věčného zdraví.¹⁰³

1. 15 Výběr osoby duchovního terapeuta

V pastorační praxi se setkáváme s otázkou výběru terapeuta. Obecně platí, že žádná škola ani terapeut není univerzální a nejlepší, různé přístupy více či méně vyhovují různým situacím. Nežádá se ptáme, zda věřící člověk potřebuje věřícího terapeuta. Pro někoho je dokonce katolicita terapeuta největším argumentem pro rozhodování, zásadním kritériem pro vlastní návštěvu, nebo pro doporučení (je to „věřící“ terapeut). Pro pomoc ve všeobecném slova smyslu není náboženská, křesťanská nebo katolická kritériem kvality. Za označením praktikující katolík může být několik křesťanských životních interpretací a z toho vyplývajících postojů. Na druhé straně u určitého typu problémů, zvláště těch, které nějak souvisejí s náboženstvím, je důležité, aby se terapeut ve věcech orientoval. Pokud terapeut chce opravdu pomoci a vidí, že s klientem je třeba probrat důležitou oblast, které nerozumí, pak klienta pošle k někomu ve věci kompetentnímu nebo sám konzultuje.

Nikoliv ojedinělými jsou otázky terapeutů na manželskou etiku. Katoličtí klienti žijící z nějakého důvodu v církevně neuzavřeném manželství prožívají konflikty vlastního života s normami katolické morálky a církevního práva. I když často (pokud mohou posoudit) je kořen problému jinde, terapeut potřebuje i této části klientova promýšlení a hlavně prožívání věcí porozumět, aby se dostal k podstatnému. Konkrétním případem může být žena, která žije v manželství s mužem majícím za sebou jedno neúspěšné

¹⁰³

Jesus als Therapeut, in: *Christ in der Gegenwart im Bild*, J. 2001, No. 3

církevně uzavřené manželství. I když toto své nynější (civilně uzavřené) manželství bere zodpovědně a vážně a vychovávají obětavě své děti, žena se svými problémy vyhledá pomoc terapeuta a kromě jiného mluví o svém sexuálním životě. Dle vlastních slov se snaží v určitých periodách žít podle přijatých církevních morálních norem. Pro terapeuta je důležité se ve věci zorientovat, nakonec se však ukáže, že období, kdy ona žena žije tzv. podle „morálních norem“, jsou obdobími, kdy si s manželem řeší jiné konflikty. Z vnějšího (a třeba i zpovědního) hlediska by takové jednání mohlo být považováno za ctnost (totiž snaha z „církevně morálních důvodů“ vypustit ze soužití intimní manželské setkávání). Ve skutečnosti jde ale o „vyřizování si účtů“ a partnerské „trestání.“

Zde vidím příklady spolupráce terapie a pastorační (v obvyklých pastoračních nástrojích nejsme často vybaveni tak, abychom mohli jít do požadované hloubky intimity) i kritérium volby terapeuta – nikoliv jeho nutná „náboženská“, ale ochota udělat něco pro to, aby pochopil a respektoval klientův svět. S největší opatrností je třeba zacházet s náboženským přesvědčením pacienta, kdy je žádoucí, aby pacient zůstal o názorech terapeuta neinformován a terapeut projevil sympatii a porozumění k jakémukoli přesvědčení pacienta, pokud neohrožuje zdraví pacienta a jeho blízkých, jak tomu může být při příslušnosti k některým náboženským sektám.

Důvodem požadované „neinformovanosti“ je patrně malá důležitost, kterou hrají vlastní náboženské názory terapeuta, na rozdíl od jeho přístupu k názorům klienta – ten je velmi důležitý.

V souvislosti s výběrem duchovního terapeuta, především z řad dobrovolníků – laiků je na místě ocitovat názor českého pastoračního teologa Aleše Opatrného: Různé školy duchovního života, různá období a různí jednotlivci znají, propagují a konají duchovní vedení různým stylem. Zhruba lze říci- od autoritativního a direktivního až po velmi volnou formu doprovázení... Ovšem přímo tragickou se může stát situace, kdy se vedení zmocní psychopatická osobnost, která kolem sebe shromáždí jednotlivce buď s psychopatickými rysy, nebo s potencialitou k vytvoření těžké závislosti na vedoucí osobě.¹⁰⁴

Pro ty, kdo se otevírají nějakému terapeutovi nebo duchovně doprovázejícím, je důležité, aby mohli spoléhat, že jsou chráněni a v bezpečí. Proto zde svoji roli hraje i chování duchovně doprovázejícího, který svým charakterem a počínáním přispívá k tomu, že se svěřenec dovede otevřít. Bezpodmínečná akceptace, kterou dává doprovázející osoba najevo tomu, kdo hledá pomoc, usnadňuje, aby dotyčný dokázal vyslovit všechno, co ho tísní, co cítí, po čem touží. Doprovázející se neladí na jeho rytmus a pomáhá mu, aby zazněl hlas jeho nejhlubšího nitra.¹⁰⁵

Přesto, že je na poli duchovního vedení pojem „supervize“ - dohledu novinkou, nicméně skutečnost, na niž poukazuje, nebyla zcela neznámá. Podobně jako se nemocný

¹⁰⁴ OPATRŇÝ, A.: *Cesty pastorační v pluralitní společnosti*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní

Vydří 2006, s. 201-202, ISBN 80-7192-930-1, 231 s.

¹⁰⁵ MÜLLER, W.: *I láska má svá pravidla*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 2005, s. 162-

163, ISBN 80-7192-787-2, 166 s.

zcela otevírá duchovnímu vůdci, duchovní vůdce se sám takto otevírá před svým supervizorem neboli osobním duchovním vůdcem.¹⁰⁶

V terapeutické praxi se v otázce „věřící nebo nevěřící terapeut“ můžeme setkat i s pohledem, který vidí určitá rizika náboženskosti terapeuta i klienta. Klientovy problémy, které nějak souvisejí s vírou, respektive s tím, jak ji konkrétně prožívá, mohou zůstat v péči věřícího terapeuta neřešeny, ten je totiž nevidí jako oblast své práce, ponechává je v oblasti víry, do které svou profesí nechce zasahovat (může se to týkat věcí souvisejících s tím, co klient poznává jako Boží vůli, povolání apod.). Řešení se pak může stočit na otázky víry, klient sice dostává podněty k zpětné vazbě, ale na jiné rovině, než odpovídá danému formálnímu profesnímu vztahu, a riskuje pak, že se k problémům v rámci svých obtíží a nemocí nedostane.

Pravda a dobro na nemocničním lůžku

Říci pravdu o diagnóze a prognóze umírajícímu a všeobecně těm, kteří jsou postiženi nevyléčitelnou nemocí, vyvolává otázku formy sdělení.

Perspektiva smrti činí sdělení obtížným a dramatickým, ale nezprošťuje povinnosti říci pravdu. Komunikace mezi umírajícím a jeho ošetřujícími se nemůže stát přetvářkou. Ta není nikdy pro umírajícího lidskou možností a nepřispívá k humanizaci umírání.

V této souvislosti hovoří E. Kübler – Rossová o humoru ve vážné situaci. „Velice se mi líbí humor mých umírajících pacientů, s některými z nich se mohu opravdu od srdce zasmát. Jakmile jednou vyřešili a uzavřeli všechny“nedokončené záležitosti“ svého života, mívají úžasný smysl pro humor – nesmíte ovšem vstoupit k nim do pokoje s tragicky protáhlým obličejem a ponurým výrazem ve tváři, a na každé zasmání se s umírajícím člověkem pohlížet jako na cosi zvráceného. Lidé, kteří celý svůj život projevovali smysl pro humor, si jej přirozeně udrží i v čase umírání.“¹⁰⁷

Existuje *právo osoby na to, aby byla informována o vlastním stavu života*. Toto právo nemizí při diagnóze a prognóze nemoci, která vede ke smrti, ale nachází další zdůvodnění. K takové informaci se totiž váže důležitá a nepředatelná odpovědnost. Existuje odpovědnost vázaná na terapie, které je třeba vykonat s informovaným souhlasem pacienta.

¹⁰⁶ AUGUSTYN, J.: *Praxe duchovního vedení*. Velehrad, Olomouc 1997, s. 111, ISBN 80-85966-02-6,

115 s.

¹⁰⁷ KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Arica, Trutnov 1993, s. 133, ISBN

80- 85878-12-7, 148 s.

Blížící se smrt přináší odpovědnost splnit určité povinnosti týkající se vztahů k rodině, uspořádání eventuálních profesních otázek, vyrovnání dluhů vůči třetím osobám. Blížící se smrt vyžaduje, aby věřící při plném vědomí vykonal určité úkony, především aby se setkal s Bohem ve svátosti smíření. Nesmíme ponechat v nevědomosti člověka v rozhodující „hodině“ jeho života a odvádět ho od sebe samého, od jeho posledních a nejdůležitějších rozhodnutí. „Smrt představuje příliš podstatný moment, než aby se člověk této perspektivě vyhýbal.“¹⁰⁸

Povinnost říci pravdu umírajícímu vyžaduje od zdravotnického personálu *rozlišování a lidský takt*.

Nemůže to být nějaké odtažené a lhostejné sdělení diagnózy a příslušné prognózy. Pravda nemá být zamlčována, ale ani ji nelze sdělovat v její nahé a kruté realitě. Je třeba ji předávat na dlouhé vlně lásky a soucítění, za přítomnosti všech, kteří různým způsobem pečují o nemocného.

Jde o to navázat s ním vztah důvěry, vlídného přijetí a dialogu, jenž umí najít vhodnou chvíli a slova. Je to rozhovor, který umí rozlišovat a respektovat údobí nemocného a přizpůsobí se jejich rytmu. Je to rozhovor, který umí vytušit jeho otázky a také je vyvolávat, aby je postupně zaměřoval na poznání stavu jeho života. Kdo se snaží být s nemocným a je vnímavý pro jeho osud, dokáže najít slova a odpovědi, jež umožní sdělovat v pravdě a v lásce: „žijme podle pravdy a v lásce“ (Ef 4,15).

„Každý jednotlivý případ má své požadavky podle citění a schopnosti každého, podle vztahu k nemocnému a k jeho stavu; v očekávání jeho eventuálních reakcí (vzpourey, skleslosti, rezignace atd.) je třeba se připravit a čelit jim s klidem a taktem.“¹⁰⁹ Důležitá není přesnost toho, co se říká, nýbrž solidární vztah k nemocnému. Nejde jen o to předat klinické údaje, nýbrž sdělit významy. V tomto vztahu se vyhlídka na smrt nepředstavuje jako nevyhnutelná a ztrácí svou drtivou moc: pacient se necítí opuštěn a odsouzen k smrti. Pravda, která je mu sdílena, jej neuzavírá naději, protože mu dává zakoušet, že je živý ve *vztahu společenství a sdílení*. Není sám se svou nemocí: cítí se být chápán v pravdě, smířen se sebou a s druhými. Je osobou, jejíž život má navzdory všemu smysl a jíž se otevírá smysl mnohem pravdivějšího a transcendentního významu umírání.

1. 16 Čtyři komponenty pravdy pro dobro nemocného¹¹⁰

¹⁰⁸ srv. Papežská rada „Cor unum“, *Některé etické otázky týkající se těžce nemocných a umírajících*:

Enchiridion Vaticanum, 7. Documenti ufficiali della Santa Sede 1980-1981. EDB, Bologna 1985, s.

1159, č. 6.1.1

¹⁰⁹ srv. Papežská rada „Cor unum“, *Některé etické otázky týkající se těžce nemocných a umírajících*:

Enchiridion Vaticanum, 7. Documenti ufficiali della Santa Sede 1980-1981. EDB, Bologna 1985, s.

1159, č. 6.1.2

¹¹⁰ MUNZAROVÁ, M.: Vnitřní mravnost lékařství. In: *Causa subita*, Praha 2006, r. 9, č. 4, s. 125

1. Dobro „lékařské“

Souvisí s lékařským uměním, směřujícím k navrácení funkcí těla a mysli, k úlevě v bolestech a v utrpení atd. Na této úrovni se jedná o správné použití znalostí a dovedností, jež jsou ve vnitřním vztahu s technickou stránkou medicíny. Avšak lékařské dobro musí být zvažováno s patřičným ohledem na ostatní komponenty dobra nemocného. Jinak by mu mohlo dokonce i uškodit. Pokud je totiž myšleno jen na fyziologický efekt toho kterého postupu, pak by mohlo narušovat to, co nemocný sám jako dobro vnímá.

2. Dobro vnímané jako dobro nemocným

Jde o jeho osobní preference, výběry a hodnoty, o jeho představy, jaký život chce vést. Jde i o jeho osobní zvažování zátěže a zisku, které by mu ten který lékařský postup přivodil. Taková rozhodnutí nemůže za něj učinit ani jeho lékař, ani jeho rodina anebo kdokoliv jiný.

3. Dobro člověka

Obě předchozí složky je třeba vztahovat k dobru člověka – jako člověka, k dobru, jež je vlastní lidským bytostem. Je nutné zachovat důstojnost lidské osoby, respekt k její rozumnosti, respekt k lidské bytosti, která je vždy cílem sama v sobě a nikoliv prostředkem k jinému cíli. Je nutné si uvědomit, že člověk má inherentní hodnotu proto, že je člověkem, a rovněž to, že tato hodnota není určena jeho bohatstvím nebo jeho postavením. Mezilidská solidarita a vzájemný respekt musí být součástí i vztahu mezi lékařem a jeho nemocným.

A je to právě na této rovině, v níž jsou již dávno zakořeněny ony principy „nové“ lékařské etiky. Respekt k autonomii člověka – v rámci hojivého vztahu – je samozřejmostí, pošlapávání autonomie by porušovalo důstojnost osoby a lidskost. Spravedlnost, která je jak obsahem principu tak i ctností, je v samozřejmé úzké vazbě k dobru člověka – jako člověka a je důležitým prvkem v jednání s jednotlivcem i se společností. Dobřečinění a neškození jsou přirozenými principy etiky, které ladí s dávným doporučením – čiň dobro a vyhýbej se zlu. Měly by být ohniskem i cílem jakékoliv teorie a profesní aktivity, jež se prohlašují za mravně obhajitelné.

4. Dobro spirituální

Pacient má určité představy o konečném cíli a smyslu svého vlastního života a směřování k tomuto cíli je pro něj důležitější než jeho materiální „well-being“. Dobro duchovní může, ale nemusí, být vyjádřeno náboženskou terminologií. I když v praxi řešení etických dilemat může vést k těžkostem ve svědomí v rámci terapeutické odpovědnosti lékaře, nelze tuto komponentu nezahrnovat do veškerého uvažování o dobru. Člověk v roli nemocného může mít zcela jiné priority ve svých hodnotách a může mít zcela jiný názor na smysl svého života než jeho ošetřující lékař.

Na druhé straně však je třeba si uvědomit, že lékař není povinen vycházet vstříc nemocnému v mravně pochybných žádostech anebo dokonce plnit taková jeho přání, jež protřečí veškeré mravnosti (lze zde připomenout zabíjení nemocných, tzv. eutanazii). Plnění jakéhokoliv pacientova přání není žádným závazným mravním zákonem pro lékaře. Nelze souhlasit s těmi, kteří navrhují, aby se lékař v takových situacích postavil do jakési hodnotově neutrální polohy. Nejen z pohledu mravního, ale i z pohledu psychologie člověka, je to představa zcela absurdní a takové rady mohou udílet pouze lidé nemoudří. Přítomnost složitostí a konfliktních situací rozličného druhu naprosto neznamená, že by v oblasti lékařství měla převážít rozhodování bez jasných základů.

Vnitřní mravnost medicíny pochopitelně záleží především na těch, kteří jsou aktéry tohoto dění. Do celého tohoto pojetí je jistě vhodné zahrnout i ctnosti v souvislosti s charakterem člověka-lékaře. Rozbor tak závažné oblasti by mnohonásobně přesáhl vymezený prostor. Všichni bychom se však o „ctnostný charakter“ měli snažit. Vždyť již přece Aristoteles říkal, že „ctnostný člověk, totiž, o všem soudí správně – a pravda se mu ve všem zjevuje.“¹¹¹ ***Memento: Odchází člověk, ne případ !***

1. 17 Primum non nocere

Základní zásada, která platí v životě i v medicíně. Platí i pro kategorii nazývanou pravda. V této souvislosti vyvstává léta diskutovaná otázka ve zdravotnictví: říci či neříci pacientovi se závažnou diagnózou pravdu. Nelze opominout i eventuální podotázky: Kdy říci a kdy neříci, tedy implicitně i komu říci. Všem? Či s výjimkami, například nevyléčitelně nemocnému v bezvýhodném stádiu choroby? Případná podotázka jak říci, je zde irelevantní. Téma je závažné a navíc složité. Je tak i trochu z oblasti filozofie. Připomeňme, že „medicína je humanistická věda, která má nejužší vztah k filozofii“ (Lukl). Někdo možná namítne, že jde o věci dávno známé. Domnívám se, že není na škodu, dokonce že je prospěšné, aby se čas od času připomínalo všeobecně známé a vyvolávaly se opakovaně diskuse. Návraty bývají startem revize i opravy názorů na cestě vývoje.

Je proto vhodné definovat tak často užívané pojmy pravda a lež. Jde o dvě kategorie, vyjadřující odraz skutečnosti ve vědomí člověka. Debaty, které se vedou bez sjednocení názvosloví, se scvrkávají do souboru výkřiků či blábolení. Pitvat definici do známých vod absolutní a relativní pravdy je zde bezvýznamné.

Pravda je objektivně zjištěná skutečnost v jakékoli oblasti prostoru a času, odrážející se ve vědomí člověka. Říci pravdu znamená sdělit objektivně zjištěnou skutečnost, prověřenou ze všech dostupných hledisek. Kritérium pravdy je praxe. Souhlasně s tím je v medicíně kritériem pravdy to, čeho je dosaženo ve prospěch nemocného. Zároveň jde i o kritérium úspěšnosti práce lékaře, i v etice.

Lež je vědomé popření skutečnosti různým způsobem. Lhát, neříkat pravdu, znamená vydávat za fakta vykonstruovanou imitaci skutečnosti. Ke lži vede škála různorodých důvodů. Z hlediska uvěření je nejlepší lží polopravda.

Jaký význam mají pravda a lež v oblasti psychiky, může ukázat krátké srovnání několika epitet konstans. Zkratka nahradí detailní rozvádění tématu. Pia fals – existuje,

¹¹¹ ARISTOTELÉS: *Etika Nichomakova*. Petr Rezek, Praha 1996, s. 493

synonymum milosrdenství, pomoci. Pia veritas – neexistuje, nonsens. Krutá pravda – existuje, označitelná někdy jako nelidská. Krutá lež – existuje, podlost, pohrdání okolím. Pravda není schopna být milosrdná, lež ano.

V medicíně na rozdíl od jiných oborů vědy jsou informace podstatou práce zdravotníka s pacientem, mají intimní charakter, hrají mnohdy i rozhodující roli v procesu léčení. (Že do průběhu choroby a do jejího ovlivňování mluví velkým hlasem psychika, je známo i laikům). Podávají se zprávy o stavu, o průběhu. Informuje se o dílčích i konečných výsledcích. Sdělují se závěry, prognózy. Vyjadřuje se i osobní názor lékaře. Jsou známy tři způsoby sdělení: otevřená pravda, upravená informace a zamlčení, které je na hranici lži. A zde začíná složitost odpovědi na otázku zda říci či neříci pravdu.

1.

Záleží, čeho se chce dosáhnout podle stavu a okolností, ve kterých se nachází informovaná individualita: pomoci v době, kdy je čas na absolutní či dočasnou nápravu = otevřená pravda. Dodat naději u infaustního stavu = upravená informace. Dosáhnout smíření se s trvalými následky = otevřená pravda. Uvrhnout do beznaděje u infaustních stavů = otevřená pravda, v tomto případě označitelná jako nelidská.

2.

Záleží, kdo má říci či neříci pravdu: týká se to celé mozaiky zdravotníků – lékařů, sester, laboratorních pracovníků, rehabilitačních pracovníků, dokonce i pomocného personálu! Neboť ti všichni mají na odpovídající úrovni kontakt s nemocným od oficiální vizity přes převazy po donesení jídla. Záleží na tom, kdo podává informaci. Eticky na výši, laskavý člověk. Indolent, úřednický dodržující i ty nejhlupejší výplody oficiálních míst, odvolávajících se v současnosti na módní pochlebování často citovaným „americkým vzorům“ ve zdravotnictví. „Moderní člověk dnes nemá svědomí, má jen instrukce“, jak říká český filozof Josef Šafařík.

Otázka říci či neříci pravdu je právě tak delikátní, jako v onkologii pokračovat či nepokračovat v mučivé a již neúčinné chemoterapii do posledního vzdechu odsouzeného k smrti nebo jako otázka odpojit či neodpojit od přístrojů člověka, který prokazatelně ztratil schopnost plnit program života lidského tvora a stal se nezvratitelně biologickým preparátem.

Jsou dvě skupiny, jak mezi zdravotníky, tak mezi laiky, které mají rozdílný názor na sdělování pravdy. Skupina „pravda vždy a za každou cenu“, jíž pomáhají senzacechtivá média rozmazáváním tématu. Skupinu reprezentují hlavně zdravotní sestry v nemocnicích a mladí lékaři. Příklady mohu na požádání uvést, dokonce i ze špičkových pracovišť v hlavním městě ČR. Druhá skupina podmiňuje sdělení pravdy individuálními okolnostmi, zohledňujícími osobnost pacienta. Posunuje se tak slepá zásada, respektive předpis do logických, lidských rozměrů. V této skupině se vyskytují zkušenější zdravotníci a ti, kdo mají vyšší morální i kulturní úroveň bez ohledu na věk a pohlaví. První skupina odůvodňuje svůj názor různými argumenty: „Musí se říci pravda i beznadějnému případu, kterému nezbyvá moc času, aby si mohl dát do pořádku své

věci“. Co kdo nemá v pořádku? Má dluhy ? Nenapsal závěť ? Má si dávat něco do pořádku, když je v bolestech a po sdělení otevřené pravdy v indukované beznaději, ve strachu před blízkým neúprosným koncem? Jiné strohé odůvodnění: „Každý má nárok znát pravdu“. Víc nic. I laici zastávají požadavek plné pravdy v každém případě. Mluví však o ní pouze ti, kdo právě nemají žádné zdravotní potíže. Je to něco podobného, jako když zdravý člověk vyhláší, že se nebojí smrti, tedy že postrádá základní kámen pudu sebezáchovy, vlastní všemu živému na této planetě (žádost o eutanazii je ovšem naprosto něco jiného).

Otázka, zda je možné snést plnou pravdu či ne, je zavádějící a nesouvisí s problémem sdělení pravdy tam, kde skončila jakákoli naděje odvrátit konec. Vždy hraje roli individualita nemocného.

Na možnou námitku, že úprava informace pravděpodobnou příznivější alternativou infaustní diagnózy je nemorální, zní odpověď: stará moudrost, kterou zopakoval Albert Einstein – jediný smysl života člověka je být prospěšný druhým. Sdělím-li plnou pravdu, která není prospěšná nemocnému, jsem nemorální, když ji neupravím.

Informovat nemocného a jeho rodinu – tu vždy naprosto pravdivě s poučením o zachování ohleduplnosti k nemocnému – má právo pouze ošetřující lékař. Je nemorální, aby v přítomnosti nemocného byl zmiňován zdravotnickým personálem jeho stav, jeho diagnóza či dokonce prognóza dalšího průběhu onemocnění.

Vysloví-li sám pacient žádost či prosbu o sdělení plné, otevřené pravdy, je povinnost mu vyhovět, když je jeho postoj vyrovnaný a žádost je prosta emocí. V případě věřících je sdělení plné pravdy pro lékaře snadnější.

Pravdu je nutné říci vždy, když má smysl, pomůže-li v jakémkoli směru, povzbudí-li obranu, mobilizaci rezerv a neuškodí-li. *Primum non nocere*. Je jí nutno vždy předem pečlivě zvážit v každém individuálním případě, bez schematického drilu „oznámení-politování-odchod“. Nelze pustě lhát či mlčet. Nelze také udělat z informovaného hlupáka. Je nemožné zde podat univerzální návod obsahu a formy sdělení, které nesmí podceňovat pacienta, nesmí způsobit beznaději, ale musí být klidně povzbuzující. Musí být taková, aby prokazatelně beznadějně odsouzený strávil zbytek svého času nejen v somatickém klidu, ale i ve stavu víry ve zlepšení. Dá se to dokázat, příklady však do závěru nepatří. *Pia fals* ve formě polopravd a promyšlené záměny skutečné etapy choroby za uvěřitelné podobné příznaky méně závažné příčiny obtíží (tím lépe, když byly v minulosti prožité) je nejen omluvitelné, ale naprosto humánní a etické. Život člověka není sbírka zákonů, neumírá se podle paragrafů, ani učebnic.¹¹²

Kritériem pravdy v lékařství je člověk.

¹¹² srv. HAMPL, Z.: *Kritériem pravdy v lékařství je člověk*. in: *Causa subita*, Praha 2006, r. 9, č. 4, s. 152

II. d í l

**Cíle práce, hypotézy,
sonda názorového spektra a její vyhodnocení**

2. kapitola

Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

Cílem práce je zjistit pomocí dotazníkové sondy informovanost, postoje, hodnocení a osobní zkušenosti zdravotnických pracovníků v oblasti náboženské víry a duchovních nauk, potažmo k pastorační rehabilitaci jako k součásti paliativní péče o nemocné.

Mimo to je druhým cílem práce zjistit zájem o výše uvedenou problematiku u zdravotnických pracovníků a současně i možnosti nabídkového spektra pro další vzdělávání v této oblasti.

Návazností na konstatované cíle je předpoklad patřičné informovanosti zdravotnických pracovníků v oblastech duchovních, psychologických a pastoračně kreativních, o čem pojednává první díl magisterské práce.

2.2 Hypotézy:

Zařízení hospicového typu praktikují více duchovní rehabilitaci ve srovnání se zařízeními nehospicového typu a současně v tomto směru jsou jejich zaměstnanci informovanější a mají větší afinitu k celostní péči o nemocné.

3. Metodika

Statistická šetření a problémy s nimi spojené jsou všeobecně známé. Jednou je kámen úrazu s počtu respondentů, podruhé v logičnosti položených otázek, potřetí v šířce zkoumaného tématu, jindy v porovnávání dat a jistě v neposlední řadě i ve způsobu zpracování a interpretaci zjištěných výsledků.

Všech uvedených problémů i mnoha dalších jsem si byla vědoma nejen před rozesláním dotazníků, ale také při studiu vyplněných materiálů.

Pokud jde o počet dotazovaných osob, musela jsem respektovat množství hospicových zařízení v České republice a tím pádem i omezený počet v nich působících zdravotnických pracovníků. Jejich počtu jsem musela přizpůsobit alespoň přibližný počet pracovníků Domovů důchodců a Léčeben dlouhodobě nemocných.

Pokud jde o položené otázky, byla jsem limitována rozdílnou mírou znalostí terminologie jak mezi pracovníky hospiců a mimohospicových pracovišť, tak i rozdílností mezi kategoriemi zdravotnických pracovníků v pojmech nižší nebo střední, eventuálně zdravotník s vysokoškolským vzděláním. Byly pojaty jako jednotná skupina s označením „zdravotník“. Pokud jde o dotazované osoby, všechny byly pojaty jako jednotná, uzavřená skupina ať už šlo o pracovníky v hospicových zařízeních nebo na druhé straně nehospicových zařízeních (oddělení nemocnic a Domovů důchodců).

Provedený výzkum byl kvantitativní, kdy technikou sběru dat byl dotazník. Jednalo se o dotazník sestavený dle vlastního uvážení. Použity byly otázky jak polootevřené, tak uzavřené. Otázka nástrojová sloužila k získání informací o respondentech, otázky výsledkové se vztahují přímo k výzkumu samotnému. Na začátku dotazníku je úvodní formule, ve které je označeno k jakému účelu slouží, je zde zdůrazněna anonymita respondentů, dále jsou zde uvedeny pokyny, pokyny pro vyplnění a poděkování respondentům. Otázky byly zaměřené na informovanost o duchovním životě, spirituálních potřebách a jejich vlivu na pacienta v těžké nemoci event. terminálním stádiu života. (příloha č. 1)

Kriteriem výběru byly dvě skupiny, jak již uvedeno, a to zdravotnických pracovníků v hospicové a nehospicové sféře. Výzkum probíhal :

- a) v hospicích Prachatice, Rajhrad, Praha-Bohnice, Červený Kostelec, Most, Plzeň, Brno, Sv. Kopeček, Mladá Boleslav, Litoměřice, Zlín a Valašské Meziříčí,
- b) v Domovech důchodců Proseč Obořiště, Pacov, Pošná a v Léčebnách dlouhodobě nemocných v Pelhřimově a Počátkách.

Dotazníků bylo rozesláno 260, návratnost byla 209 dotazníků, z toho 113 z hospiců a 96 z DD a LDN.

Dotazníkové šetření probíhalo od začátku září 2006 do konce října 2006.

Obvyklou metodou zpracování dotazníků je metoda kontingenční tabulky nebo metoda faktorové analýzy. To v závislosti na rozsahu šetření ve smyslu šíře spektra cílů – hypotéz k ověření a hloubky kvality sledovaných jevů – vyjádřené strukturou položených otázek a předpokládaných odpovědí.

V dotazníku jsem dala přednost otázkám s jednoduchými odpověďmi také proto, že jsem vnitřně očekávala výrazný rozdíl mezi duchovní rehabilitací poskytovanou pracovníky hospiců a zdravotníky LDN.

Získané odpovědi jsem nejprve vyhodnotila v rámci každé otázky. Poté jsem k porovnávání prostředí pro duchovní rehabilitaci výběrem sdružila odpovědi do čtyř tématických okruhů.

1. Rozdíl v postojích zdravotnických pracovníků v hospicích a podobných nehospicových zařízeních. (str. 85-87)
2. Celkový postoj zdravotnických pracovníků k duchovní rehabilitaci jako komplexní péči o vážně nemocné a umírající. (str. 88-89)
3. Rezervy ve výuce a výchově zdravotníků ke komplexnímu pohledu na péči o vážně nemocné a umírající. (str. 90-97)
4. Spiritualita v životě člověka v názorech a postojích zdravotníků. (str. 98-99)

Výzkum, kde hraje značnou roli otázka religiozity je spojený s mnohými problémy v metodice práce. Metodologickým analýzám v psychologii náboženství se věnoval slovenský psycholog Stríženec.¹¹³ Nejednotnost obsahů pojmů jako je náboženství, religiozita, spiritualita, kult, víra, zbožnost, morálka a jiné, se odrážejí i v množství metodologických přístupů k religiozitě.

Už před pětadvaceti roky polský psycholog Chliewinsky navrhl v tomto směru sedm teoreticko-metodologických postupů.¹¹⁴ Jde o následující:

- 1) fenomenologický – introspektivní přístup považuje náboženství za autonomní fakt, principiálně neredukovatelný na jiné jevy, přičemž klade důraz na náboženské zážitky a zkušenost, které je možné zkoumat vlastními empirickými metodami.
- 2) introspektivní a redukcionistický přístup považuje náboženství za projekci duševních potřeb, které není možné uspokojit čistě empiricky. Transcendentní svět považuje za produkt lidských emocí.
- 3) historicko-psychologický přístup, který chápe náboženství jako důsledek primitivního způsobu vnímání a myšlení. Za první etapu vývoje náboženství považuje fetišizmus, totemizmus a magii.

4)

¹¹³ STRÍŽENEC, M.: *Aktuálne problémy psychológie náboženstva*. Ústav experimentálnej psychológie, Bratislava 1999, 100 s.

¹¹⁴ CHLIEWINSKY, Z.: *Psychologia religii*. KUL, Lublin 1982, 283 s.

marxistický přístup, který považuje náboženství za mystifikaci, kterou využívá náboženství k třídnímu cíli. Člověk si „stvořil“ Boha podle svých přání a potřeb.

5)

sociologický a funkcionalistický přístup považuje náboženství výlučně za formu společenského života, které odevzdává budoucím generacím určité mravní hodnoty.

6)

Behavioristický přístup považuje náboženské názory a praktiky za výsledek učení.

7)

psychoanalytický přístup odhaluje skryté mechanismy osobnosti, které vytvářejí náboženství.

Jiný autor, americký statistik Malony uvádí, že do současnosti bylo ve zkoumání religiozity jen v psychologii použito 21 různých metod, jako jsou dotazníky, případové studie, rozhovory, pozorování, různé analýzy a jiné.¹¹⁵

Nejčastěji se při výzkumu náboženství a s tím souvisejících výzkumů (jako je ten náš) používají písemné dotazníky, které mají připravené série otázek. Dotazníky jsou buď jednodimenzionální, nebo vícedimenzionální.

Jednodimenzionální zkoumají jednu charakteristiku více položkami, kdežto více dimenzionální studují různé aspekty náboženství.

Otevřenými otázkami je důvěryhodnost a kvalita dotazníků, které by odhalily nejen náboženské přesvědčení, ale také motivační úroveň v aplikaci náboženského přesvědčení k aktivaci a službě (v našem případě v duchovní rehabilitaci v oblasti paliativní péče). Právě tento faktor bude důležitým při hodnocení vlivů religiozity ve zdravotně-sociální práci. Důležitá je také správná délka dotazníku, aby nebyl příliš dlouhý, nebo příliš krátký, aby otázky byly jednoduché, jednoznačné a srozumitelné.

Jiný přístup diskutovaný v psychologii náboženství je faktorová analýza, kterou rozpracoval Gorsuch a zahrnul ji do jedenácti faktorů religiozity:¹¹⁶

1. souhlas s tvrzeními věrouky
2. osobní náboženské zážitky
3. spojení s církví
4. práce v církevním společenství
5. účast známých na aktivitách církve
6. věnování se náboženským otázkám
7. finanční příspěvky církvi
8. náboženské poznatky
9. náboženský růst
10. jistota víry
11. vnější orientace

Diskutovanou metodou výzkumu náboženství je experimentální metoda. Předností experimentu je možnost studia kauzálních vztahů mezi jevy. Experiment umožňuje

¹¹⁵ MALONY, H.N.: *Psychology of religion*. Baker encyclopedia od Psychology, Baker Book House

1990, s. 938-942

¹¹⁶ GORSUCH, L.: *Psychology of religion*. Ann. Rev. Psychol. 39, 1988, s. 201-211

záměrné vyvolání jevu, dává možnost jeho opakování, vyřazuje rušivé elementy a nakonec umožňuje také plánování podnětů a situací ke studiu chování individua nebo skupiny. Experimentální model je vhodný například ke studiu religiozního přesvědčení a chování se v reálném životě. Vhodný model se ukázal pomocí experimentu z milosrdným Samaritánem. Experiment se připravil tak, že sledovaná skupina se postupně setkávala na ulici s imitovaným raněným člověkem v různé časové tísní a sledovala se jejich reakce na naléhavost pomoci raněnému ve vztahu s nedostatkem času nebo povinností plnit předem určené jiné zadané povinnosti. Všeobecně se experimentální přístup setkává s těžkostmi i přes to, že se použije situace analogická z každodenního života. Tento experiment je známý pod názvem From Jerusalem to Jericho a měl imitovat příběh Samaritána z Evangelia.

Právě uváděné těžkosti v experimentálním přístupu vedli m.j. Wulffa k upřednostňování korelačního přístupu před experimentálním. Ale i zde je interpretace výsledků náročná a často dokonce i chybná.

Není cílem mé práce analyzovat kriticky výše uvedené metodologické přístupy. Pokud jsem o nich hovořila, tak proto, abych poukázala na složitost problému výzkumu religiozity a spirituality vůbec. Ve zdravotně-sociální práci se metody výzkumu religiozity a spirituality stále jen hledají.

Je tedy nesnadné vypracovat dotazník, který by odhalil nejen míru přesvědčení účastníků šetření, ale také ochotu ke spolupráci v duchovní oblasti a v aktivitách ve sféře spirituální pomoci nebo by odhalil vnitřní postoje, které vedou k transformaci náboženského cítění do konkrétní služby a k prospěchu nemocných, jejich rodinných příslušníků a ostatních potřebných. Vždy bude rozhodující osobní přístup jednotlivce nebo skupiny a z něho vyplývající možnost na zkoumaných aktivitách.

4 Výsledky

1. Pracujete v zařízení	hospicová péče	odb. oddělení nemocnice (LDN, DD)	Celkem	
	113	96	209	

2. Považujete, Vy osobně, duchovní péči o vážně nemocného pacienta, na jeho přání, za:

vhodnou	113	96	209	VHODNOU
zbytečnou	0	0	0	ZBYTEČNOU
škodlivou	0	0	0	ŠKODLIVOU

3. Setkal-a jste se někdy se žádostí nemocného o službu duchovního?

ano	105	72	177	ANO
ne	8	24	32	NE

4. Považujete duchovní péči za vhodnou součást celkové rehabilitace v paliativní péči?

ano	97	74	171	ANO
ne	6	3	9	NE
nevím	10	19	29	NEVÍM

5. Máte osobní zkušenost s duchovní péčí u nevléčitelně nemocných?

kladnou	97	48	145	KLADNOU
zápornou	6	0	6	ZÁPORNOU
žádnou	10	48	58	ŽÁDNOU

6. Pokud bych byl-a pacientem požádán-a o zprostředkování kontaktu na osobu poskytující duchovní službu,

vyhověl-a bych	113	95	208	VYHOVĚL
odmítl-a bych	0	0	0	ODMÍTL
vysvětlil-a bych pacientovi, že jeho stav není vážný a tedy duchovní útěchu nepotřebuje	0	0	0	VYSVĚTLIT
váhal-a bych	0	1	1	VÁHAL

7. Setkal-a jste se při přednáškách nebo studiu s tématy jakými jsou: "duchovní služba, rozhovor s knězem, modlitba za uzdravení, poslední věci člověka ?

ano	72	43	115	ANO
ne	41	53	94	NE

8. Studoval-a jste odbornou školu, zdravotní nebo sociální, po roce 1898?

ano	59	50	109	ANO
ne	54	46	100	NE

9. Pokud není dostupný duchovní, který by službu poskytl, považujete se za schopného poskytnout alespoň částečně "náhradní duchovní pomoc"?

ano	71	20	91	ANO
ne	42	76	118	NE

10. Máte již nějakou osobní zkušenost s duchovním rozhovorem u některého pacienta?

ano	83	28	111	ANO
ne	30	68	98	NE

11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk?

ano	72	18	90	ANO
ne	41	78	119	NE

12. Pokud se o probírané téma zajímáte, odkud čerpáte informace?

z odborné literatury náboženské	39	6	45	NÁBOŽ.LIT.
z odborné literatury duchovní	60	14	74	DUCHOVNÍ.LIT.
z konferencí pořádaných na dané téma	42	10	52	KONFERENCE
nezajímám se	41	66	107	NEZAJÍMÁM

13. Je hodnotové klima v naší společnosti otevřené tématu duchovní péče u nemocných?

ano	41	27	68	ANO
ne	51	28	79	NE
nepřemýšlím o tom	21	41	62	NEZAJÍMÁM SE

14. Pokud by byla možnost vzdělávat se v oboru duchovní pče o umírající, zúčastnil-a byste se ji?

ano	91	46	137	ANO
ne	22	50	72	NE

15. Domníváte se, že duchovní potřeby má každý člověk?

ano	98	57	155	ANO
ne	15	39	54	NE

16. Považujete osobně náboženskou víru za pozitivní faktor v lidském životě?

ano	108	79	187	ANO
ne	5	17	22	NE
za škodlivý	0	0	0	ŠKODLIVÝ

17. Domníváte se, že je nabídka studijních a školících možností v oblasti lékařské etiky, bioetiky nebo duchovní péče pro zdravotnický personál dostačující?

ano	10	24	34	ANO
ne	103	72	175	NE

Dotazník

1. Působíště respondenta

	odpovědi	
	počet	procento
hospic	113	100,00%
LDN+DD	96	100,00%
celkem	209	

2. Považujete, Vy osobně, duchovní péči o vážně nemocného pacienta, na jeho přání, za:

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
vhodná	113	96	100,00%	100,00%
zbytečná	0	0	0,00%	0,00%
škodlivá	0	0	0,00%	0,00%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

3. Setkal-a jste se někdy se žádostí nemocného o službu duchovního?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	105	72	92,92%	75,00%
ne	8	24	7,08%	25,00%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

4. Považujete duchovní péči za vhodnou součást celkové rehabilitace v paliativní péči?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	97	74	85,84%	77,08%
ne	6	3	5,31%	3,13%
nevím	10	19	8,85%	19,79%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

5. Máte osobní zkušenost s duchovní péčí u nevléčitelně nemocných?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
kladnou	97	48	85,84%	50,00%
zápornou	6	0	5,31%	0,00%
žádnou	10	48	8,85%	50,00%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

6. Pokud bych byl-a pacientem požádán-a o zprostředkování kontaktu na osobu poskytující duchovní službu,

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
vyhověl-a bych	113	95	100,00%	98,96%
odmítl-a bych	0	0	0,00%	0,00%
vysvětlil-a bych pacientovi, že jeho stav není vážný a tedy duchovní útěchu nepotřebuje	0	0	0,00%	0,00%
váhal-a bych	0	1	0,00%	1,04%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

7. Setkal-a jste se při přednáškách nebo během studia na oborné škole s tématy jakými jsou: "duchovní služba, rozhovor s knězem, modlitba za uzdravení, poslední věci člověka..." a podobně?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	72	43	63,72%	44,79%
ne	41	53	36,28%	55,21%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

8. Studoval-a jste odbornou školu, zdravotní nebo sociální, po roce 1989?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	59	50	52,21%	52,08%
ne	54	46	47,79%	47,92%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

9. Pokud není dostupný duchovní, který by službu poskytl, považujete se za schopného poskytnout alespoň částečně "náhradní duchovní pomoc"?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	71	20	62,83%	20,83%
ne	42	76	37,17%	79,17%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

10. Máte již nějakou osobní zkušenost s duchovním rozhovorem u některého pacienta?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	83	28	73,45%	29,17%
ne	30	68	26,55%	70,83%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	72	18	63,72%	18,75%
ne	41	78	36,28%	81,25%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

12. Pokud se o probírané téma zajímáte, odkud čerpáte informace?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
z odborné literatury náboženské	39	6	21,43%	6,25%
z odborné literatury duchovní	60	14	32,97%	14,58%
z konferencí pořádaných na dané téma	42	10	23,08%	10,42%
nezajímám se	41	66	22,53%	68,75%
dílčí součet celkem	182	96	100,00%	100,00%
	278			

13. Je hodnotové klima v naší společnosti otevřené tématu duchovní péče u nemocných?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	41	27	36,28%	28,13%
ne	51	28	45,13%	29,17%
nepřemýšlím o tom	21	41	18,58%	42,71%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%

14. Pokud by byla možnost vzdělávat se v oboru duchovní péče o umírající, zúčastnil-a byste se jí?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	91	46	80,53%	47,92%
ne	22	50	19,47%	52,08%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%

15. Domníváte se, že duchovní potřeby má každý člověk?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	98	57	86,73%	59,38%
ne	15	39	13,27%	40,63%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%

16. Považujete osobně náboženskou víru za pozitivní faktor v lidském životě?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	108	79	95,58%	82,29%
ne	5	17	4,42%	17,71%
za škodlivý	0	0	0,00%	0,00%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

17. Domníváte se, že je nabídka studijních a školicích možností v oblasti lékařské etiky, bioetiky nebo duchovní péče pro zdravotnický personál dostačující?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	10	24	8,85%	25,00%
ne	103	72	91,15%	75,00%
dílčí součet celkem	113	96	100,00%	100,00%
	209			

Dotazník

1. Působíště respondenta

	odpovědi		procento	
	počet			
hospic	113		100,00%	
LDN+DD	96		100,00%	
celkem	209			

2. Považujete, Vy osobně, duchovní péči o vážně nemocného pacienta, na jeho přání, za:

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
vhodná	113	96	100,00%	100,00%
zbytečná	0	0	0,00%	0,00%
škodlivá	0	0	0,00%	0,00%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

3. Setkal-a jste se někdy se žádostí nemocného o službu duchovního?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	105	72	92,92%	75,00%
ne	8	24	7,08%	25,00%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

4. Považujete duchovní péči za vhodnou součást celkové rehabilitace v paliativní péči?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	97	74	85,84%	77,08%
ne	6	3	5,31%	3,13%
nevím	10	19	8,85%	19,79%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

5. Máte osobní zkušenost s duchovní péčí u nevléčitelně nemocných?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
kladnou	97	48	85,84%	50,00%
zápornou	6	0	5,31%	0,00%
žádnou	10	48	8,85%	50,00%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

6. Pokud bych byl-a pacientem požádán-a o zprostředkování kontaktu na osobu poskytující duchovní službu,

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
vyhověl-a bych	113	95	100,00%	98,96%
odmítl-a bych	0	0	0,00%	0,00%
vysvětlil-a bych pacientovi, že jeho stav není vážný a tedy duchovní útěchu nepotřebuje	0	0	0,00%	0,00%
váhal-a bych	0	1	0,00%	1,04%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

7. Setkal-a jste se při přednáškách nebo během studia na odborné škole s tématy jakými jsou: "duchovní služba, rozhovor s knězem, modlitba za uzdravení, poslední věci člověka..." a podobně?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	72	43	63,72%	44,79%
ne	41	53	36,28%	55,21%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

8. Studoval-a jste odbornou školu, zdravotní nebo sociální, po roce 1989?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	59	50	52,21%	52,08%
ne	54	46	47,79%	47,92%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

9. Pokud není dostupný duchovní, který by službu poskytl, považujete se za schopného poskytnout alespoň částečně "náhradní duchovní pomoc"?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	71	20	62,83%	20,83%
ne	42	76	37,17%	79,17%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

10. Máte již nějakou osobní zkušenost s duchovním rozhovorem u některého pacienta?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	83	28	73,45%	29,17%
ne	30	68	26,55%	70,83%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	72	18	63,72%	18,75%
ne	41	78	36,28%	81,25%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

12. Pokud se o probírané téma zajímáte, odkud čerpáte informace?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
z odborné literatury náboženské	39	6	21,43%	6,25%
z odborné literatury duchovní	60	14	32,97%	14,58%
z konferencí pořádaných na dané téma	42	10	23,08%	10,42%
nezajímám se	41	66	22,53%	68,75%
dílčí součet	182	96	100,00%	100,00%
celkem	278			

13. Je hodnotové klima v naší společnosti otevřené tématu duchovní péče u nemocných?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	41	27	36,28%	28,13%
ne	51	28	45,13%	29,17%
nepřemýšlím o tom	21	41	18,58%	42,71%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

14. Pokud by byla možnost vzdělávat se v oboru duchovní péče o umírající, zúčastnil-a byste se jí?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	91	46	80,53%	47,92%
ne	22	50	19,47%	52,08%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

15. Domníváte se, že duchovní potřeby má každý člověk?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	98	57	86,73%	59,38%
ne	15	39	13,27%	40,63%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

16. Považujete osobně náboženskou víru za pozitivní faktor v lidském životě?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	108	79	95,58%	82,29%
ne	5	17	4,42%	17,71%
za škodlivý	0	0	0,00%	0,00%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

17. Domníváte se, že je nabídka studijních a školících možností v oblasti lékařské etiky, bioetiky nebo duchovní péče pro zdravotnický personál dostačující?

	odpovědi			
	počet		procento	
	hospic	LDN+DD	hospic	LDN+DD
ano	10	24	8,85%	25,00%
ne	103	72	91,15%	75,00%
dílčí součet	113	96	100,00%	100,00%
celkem	209			

Rozdíl mezi postoji zdravotnických pracovníků v hospicích a podobných nehospicových zařízeních

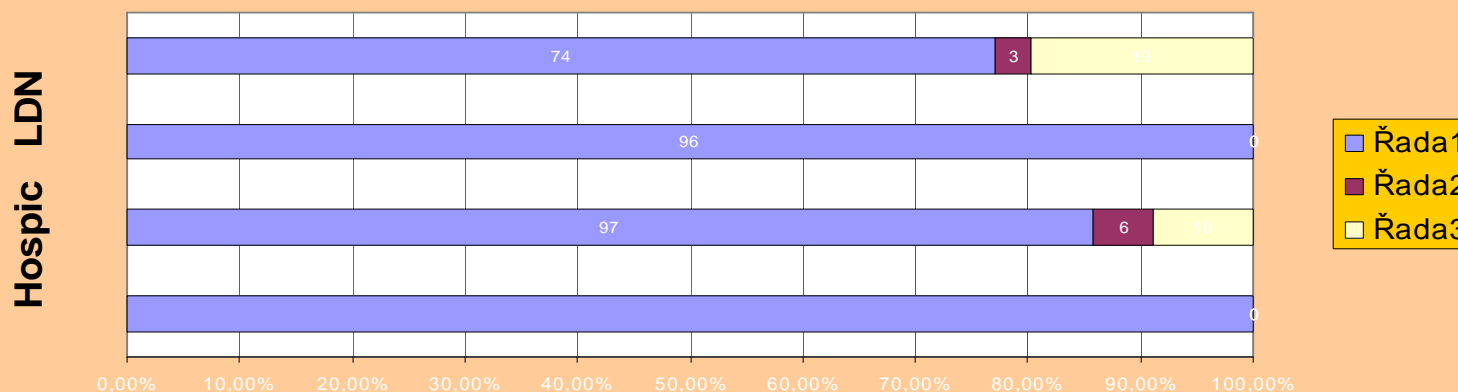
2. Považujete, Vy osobně, duchovní péči o vážně nemocného pacienta, na jeho přání, za:

	odpovědi	
	hospic	LDN+DD
vhodná	113	96
zbytečná	0	0
škodlivá	0	0
dílčí součet	113	96

4. Považujete duchovní péči za vhodnou součást celkové rehabilitace v paliativní péči?

	odpovědi	
	hospic	LDN+DD
ano	97	74
ne	6	3
nevím	10	19
dílčí součet	113	96

Služba duchovního: Žádost pacienta versus vnitřní názor zdravotníka



Závěr srovnání :

1. Zdravotníci v obou skupinách ZZ se podřizují přání pacienta - to je pozitivní jev
Služba duchovního není vnímána zdravotníky jako 100% vhodná - přežívající čistě materialistický pohled na život člověka
- 2.

Rozdíl mezi postoji zdravotnických pracovníků v hospicích a podobných nehospicových zařízeních

Považujete duchovní péči za vhodnou

součást celkové rehabilitace v paliativní péči?

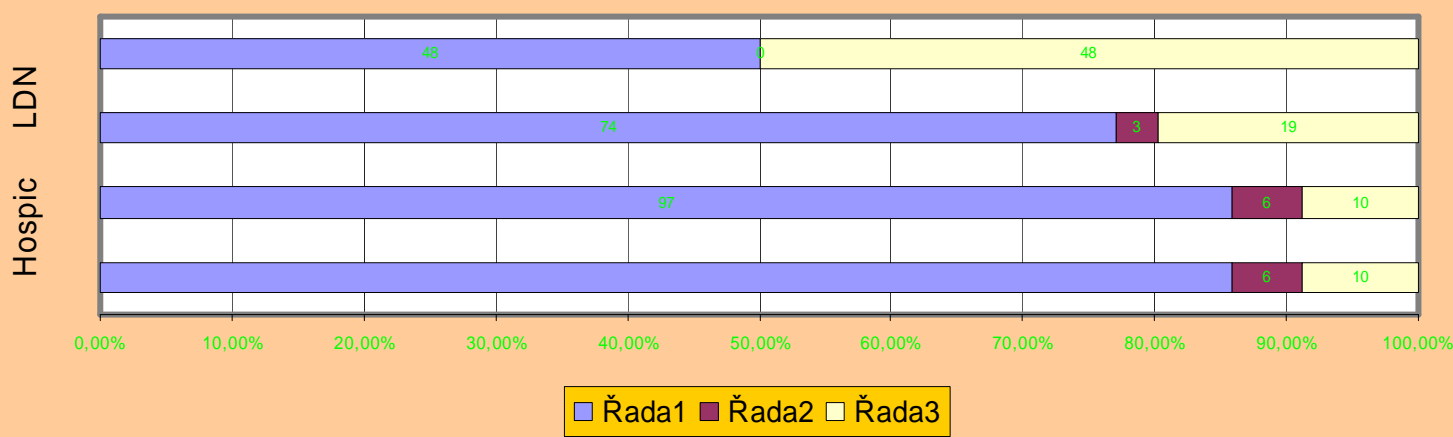
	odpovědi	
	hospic	LDN+DD
ano	97	74
ne	6	3
nevím	10	19
dílčí součet	113	96

5. Máte osobní zkušenost s duchovní péčí

u nevléčitelně nemocných?

	odpovědi	
	hospic	LDN+DD
kladnou	97	48
zápornou	6	0
žádnou	10	48
dílčí součet	113	96

Duchovní péče u pacienta : Názor versus vlastní zkušenost zdravotníka



Závěr srovnání :

1. **Vlastní zkušenost s duchovní péčí u pacienta je příčinou postoje zdravotníka v hospicu k této složce paliativní péče - zlepšení úrovně duchovní péče je nanejvýš žádoucí**
2. **Postoj zdravotníka LDN a spol. je značně ovlivněn zprostředkovaně, resp. vlastním nepřijetím duchovní složky jako součásti života člověka - intenzivnější výuka a výchova pracovníků je nanejvýš žádoucí**

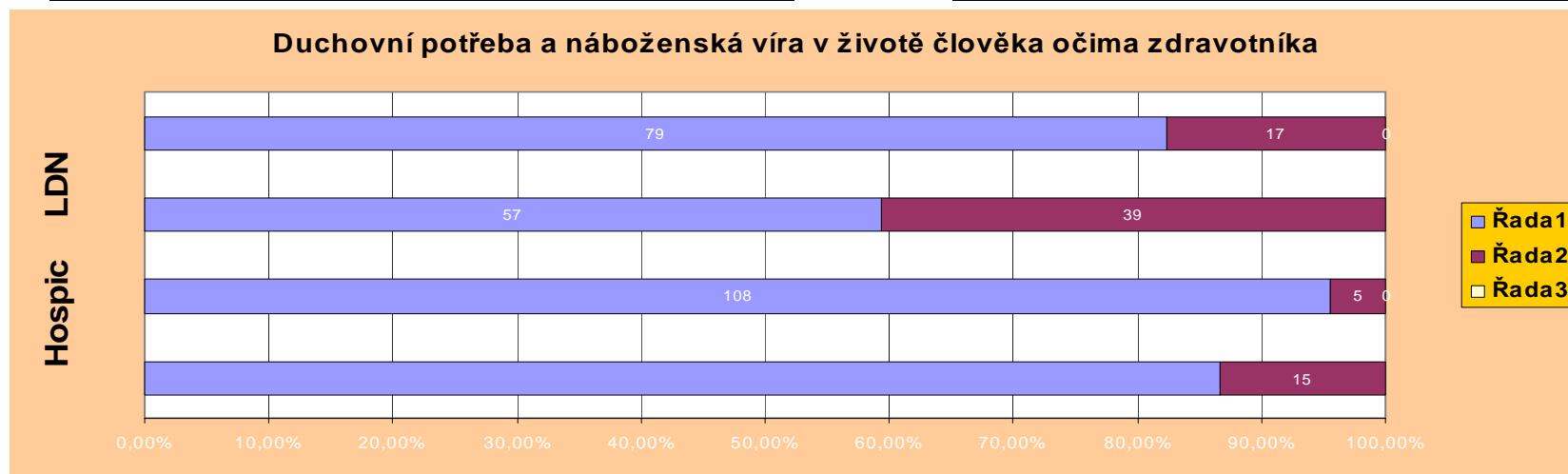
Rozdíl mezi postoji zdravotnických pracovníků v hospicích a podobných nehospicových zařízeních

15. Domníváte se, že duchovní potřeby má každý člověk?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	98	57
ne	15	39
dílčí součet	113	96

16. Považujete osobně náboženskou víru za pozitivní faktor v lidském životě?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	108	79
ne	5	17
za škodlivý	0	0
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

1. Náboženská víra už není tmářství - alespoň to nikdo ze zdravotníků veřejně neuvedl - dílčí pozitivum
2. Zmatek pojmů v myslích zdravotníků - tušení obsahu pojmu " náboženská víra ", tápání v otázce duchovní potřeba nebo materialistické odmítání duchovní potřeby a náboženské víry jako složky života člověka ?
3. Alarmující skutečnost pro výchovu a výuku zdravotníků !

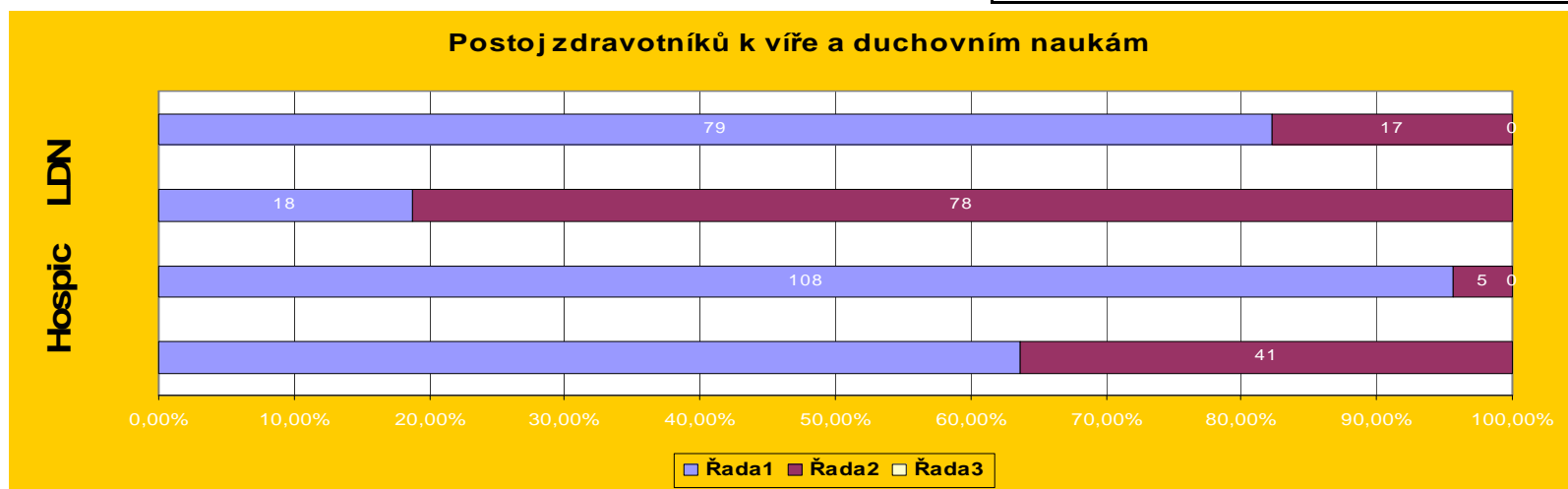
Celkový postoj zdravotnických pracovníků duchovní rehabilitaci jako komplexní péči o vážně nemocné a umírající

11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	72	18
ne	41	78
dílčí součet	113	96

16. Považujete osobně náboženskou víru za pozitivní faktor v lidském životě?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	108	79
ne	5	17
za škodlivý	0	0
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

1. Duchovní nauky nejsou významným zdrojem formování postoje zdravotníků k duchovní rehabilitaci
2. Duchovní nauky a jejich uplatnění v praxi zdravotníka čekají na své objevení , zejména u pracovníků LDN a spol.

Celkový postoj zdravotnických pracovníků duchovní rehabilitaci jako komplexní péči o vážně nemocné a umírající

4. Považujete duchovní péči za vhodnou součást celkové rehabilitace v paliativní péči ?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	97	74
ne	6	3
nevím	10	19
dílčí součet	113	96

15. Domníváte se, že duchovní potřeby má každý člověk?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	98	57
ne	15	39
dílčí součet	113	96

16. Považujete osobně náboženskou víru za pozitivní faktor v lidském životě?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	108	79
ne	5	17
za škodlivý	0	0
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

1. Duchovní rehabilitace , její obsahová náplň , její potřeba není zcela zřejmá zdravotníkům
2. Výrazný rozdíl v postoji zdravotníků hospiců versus LDN a spol. k obsahu duchovní rehabilitace
Duchovní rehabilitace je pro pracovníky LDN ještě nezažitý pojem.

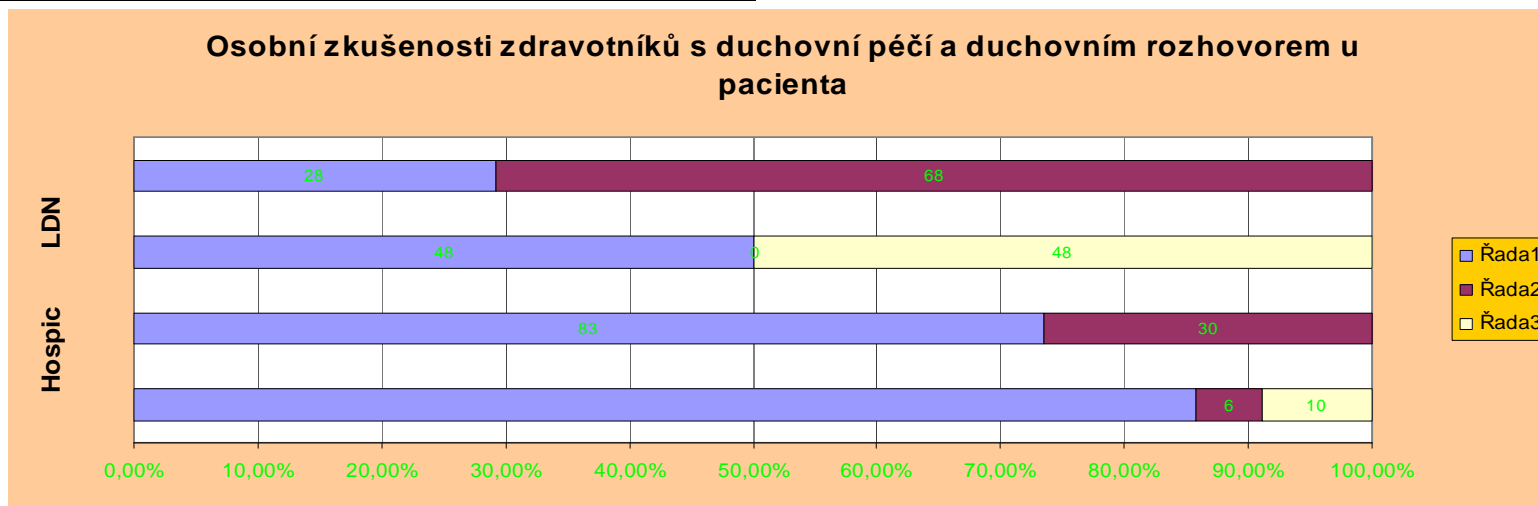
Rezervy ve výuce a výchově zdravotníků ke komplexnímu pohledu na péči o vážně nemocné a umírající

5. Máte osobní zkušenost s duchovní péčí u nevléčitelně nemocných?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
kladnou	97	48
zápornou	6	0
žádnou	10	48
dílčí součet	113	96

10. Máte již nějakou osobní zkušenost s duchovním rozhovorem u některého pacienta?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	83	28
ne	30	68
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

1. **Bez osobní zkušenosti s duchovní péčí a jejími složkami aplikovanými pacientovi ve vážné situaci zůstane komplexní péče nenaplněným přáním.**
Kvalita výchovy zdravotníka roste s množstvím jeho pozitivních osobních zkušeností
2. **Kvalitní výchovu zabezpečí kvalitní vedení při praktických stížích na pracovištích ,kde komplexní péče funguje**

Rezervy ve výuce a výchově zdravotníků ke komplexnímu pohledu na péči o vážně nemocné a umírající

5. Máte osobní zkušenost s duchovní péčí u nevléčitelně nemocných?

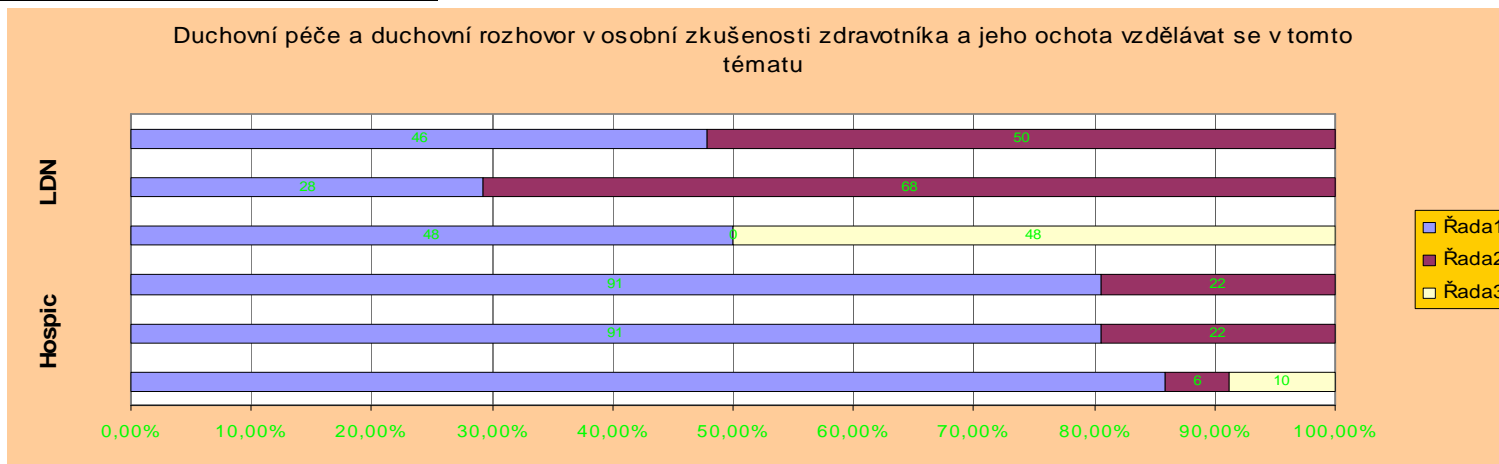
	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
kladnou	97	48
zápornou	6	0
žádnou	10	48
dílčí součet	113	96

10. Máte již nějakou osobní zkušenost s duchovním rozhovorem u některého pacienta?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	83	28
ne	30	68
dílčí součet	113	96

14. Pokud by byla možnost vzdělávat se v oboru duchovní péče o umírající, zúčastnil-a byste se jí?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	91	46
ne	22	50
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

- Zkušenosti zdravotníků jsou ztelně nedostatečné:**
 - přetrvávající nezájem ze strany zdravotníků o uvedená témata jakožto pracovní nástroje v kontaktu s pacientem
 - nevhodná volba školení , která ,protože se o duchovní péči a spol.nezmiňují , ani nemotivují k používání daných prvků v práci s pacientem
- Velký rozdíl mezi zdravotníky hospiců a LDN . Jestliže u pracovníků hospiců je osobní zkušenost hodna zlepšení , pak u pracovníků LDN je nezkušenost alarmující , už vzhledem k počtu pacientů , kteří tam jsou umístěni.**

Rezervy ve výuce a výchově zdravotníků ke komplexnímu pohledu na péči o vážně nemocné a umírající

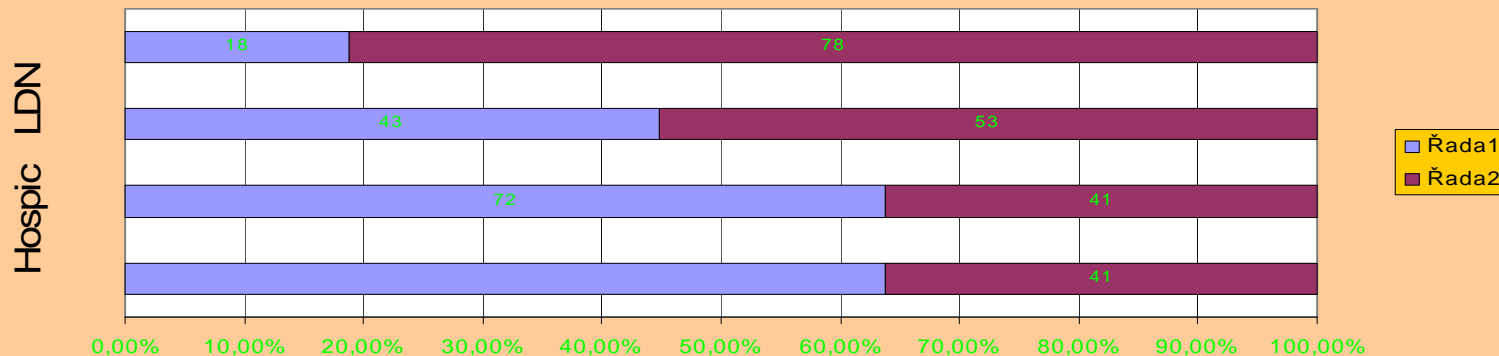
7. Setkal-a jste se při přednáškách nebo během studia na odborné škole s tématy jakými jsou: "duchovní služba, rozhovor s knězem, modlitba za uzdravení, poslední věci člověka..." a podobně?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	72	43
ne	41	53
dílčí součet	113	96

11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	72	18
ne	41	78
dílčí součet	113	96

Základní témata duchovní rehabilitace



Závěr srovnání :

1. Školení má vhodným způsobem doplnit chybějící vědomosti a znalosti
Vhodná výuka je nezbytnou součástí celkové výchovy vedoucí k osvojení komplexní péče o pacienta
2. Zvládnutí komplexní péče v celém rozsahu znamená vysoký zájem zdravotníka o každou její část

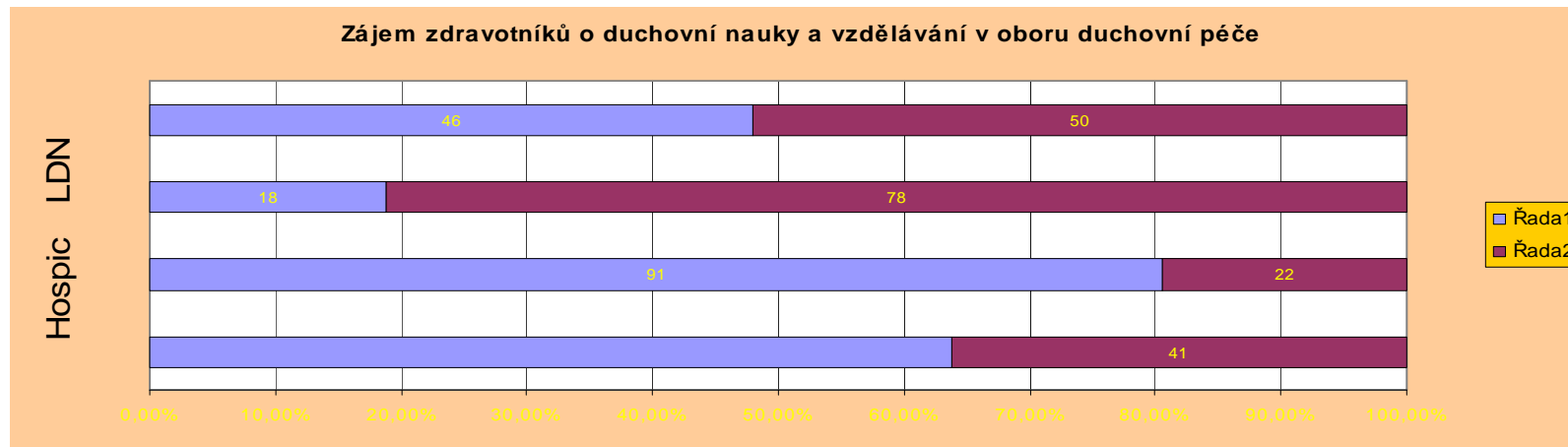
Rezervy ve výuce a výchově zdravotníků ke komplexnímu pohledu na péči o vážně nemocné a umírající

11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk?

	odpovědi	
	hospic	LDN+DD
ano	72	18
ne	41	78
dílčí součet	113	96

14. Pokud by byla možnost vzdělávat se v oboru duchovní péče o umírající, zúčastnil-a byste se jí?

	odpovědi	
	hospic	LDN+DD
ano	91	46
ne	22	50
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

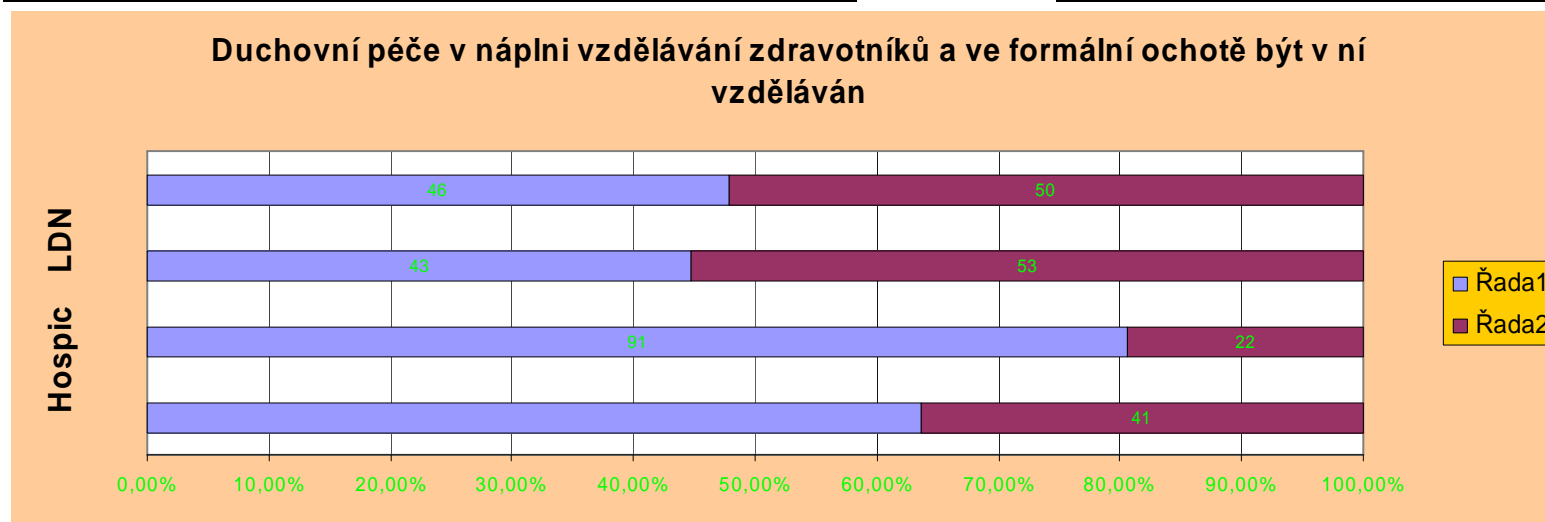
1. **Určitý chaos v mysli zdravotníků.**Duchovní péče na úrovni profesionální zdravotní služby není myslitelná bez znalosti duchovních nauk. Intenzita zájmu o vzdělávání v oblasti duchovní péče musí odpovídat intenzitě zájmu o vzdělávání v oblasti duchovních nauk.
2. **Školení zdravotníků , zejména z LDN v celé šíři pastorální rehabilitace je velmi žádoucí .**
Když se učíme číst a psát také se neomezujeme jen na některá písmenka , protože se nám např.líbí apod. , ale učíme se celou abecedu a spojení písmen do celých slov a vět a tak dále.
Tak je to i s duchovní rehabilitací.

7. Setkal-a jste se při přednáškách nebo během studia na odborné škole s tématy jakými jsou: "duchovní služba, rozhovor s knězem, modlitba za uzdravení, poslední věci člověka..." a podobně?

	odpovědi	
	hospic	LDN+DD
ano	72	43
ne	41	53
dílčí součet	113	96

14. Pokud by byla možnost vzdělávat se v oboru duchovní péče o umírající, zúčastnil-a byste se jí?

	odpovědi	
	hospic	LDN+DD
ano	91	46
ne	22	50
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

- Ochota ze strany zdravotníků vzdělávat se v tématu duchovní péče není stoprocentní - to je negativum pro obě strany , pacienta i zdravotníka ,pacient na duchovní péči čeká , zdravotník ji neumí nebo dokonce nechce poskytnout. Přesto ochota vzdělávat se v duchovní péči převyšuje stupeň realizace . Poptávka převyšuje nabídku. Buď sami školitelé ještě potřebu duchovní péče o pacienta nezaregistrovali , nebo si zdravotníci nevybírají vhodný typ školení. To je další negativum v procesu výchovy a vzdělávání zdravotníků v oblasti duchovní péče.

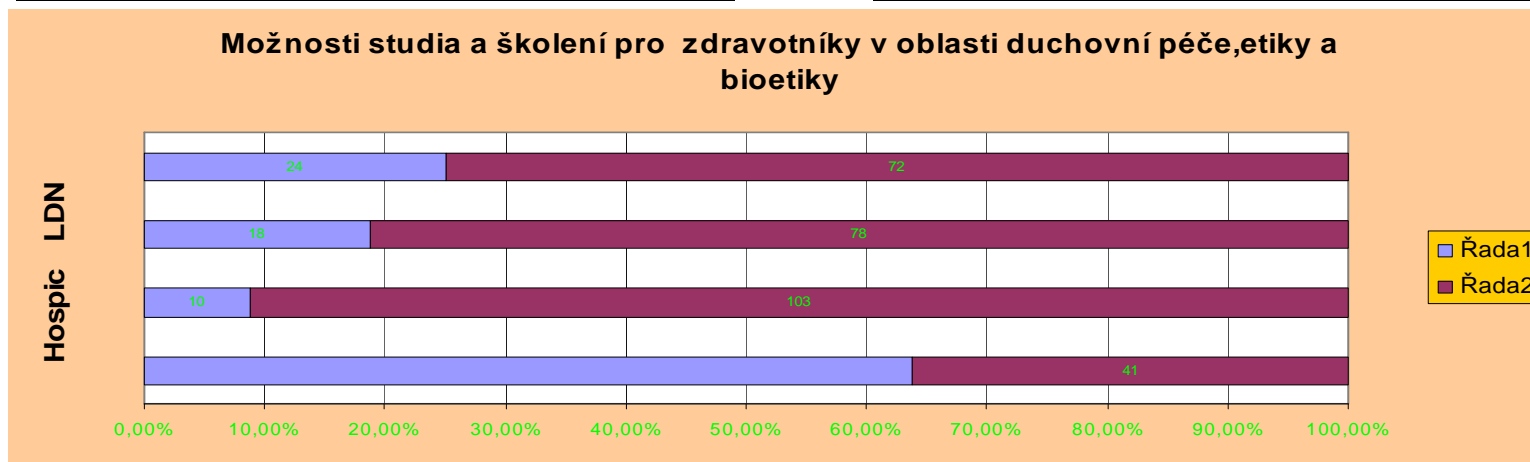
Rezervy ve výuce a výchově zdravotníků ke komplexnímu pohledu na péči o vážně nemocné a umírající

11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	72	18
ne	41	78
dílčí součet	113	96

17. Domníváte se, že je nabídka studijních a školicích možností v oblasti lékařské etiky, bioetiky nebo duchovní péče pro zdravotnický personál dostačující?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	10	24
ne	103	72
dílčí součet	113	96



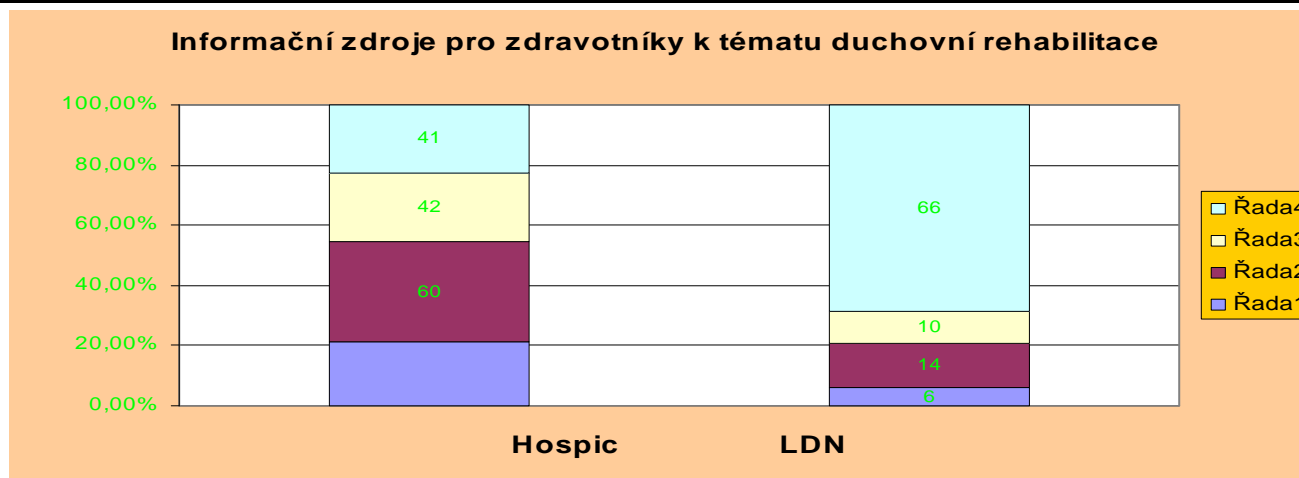
Závěr srovnání :

1. Skutečně to vypadá na absenci nabídky na straně školicích a vzdělávacích středisek v oblasti duchovní péče o pacienta. Je-li tomu tak, potom je opravdu hodně, hodně co zlepšovat. Aktivní, vzdělaný koordinátor s republikovou působností v oblasti nabídky studia a školení problematiky duchovní péče by mohl hodně pomoci nápravě tohoto stavu.

Rezervy ve výuce a výchově zdravotníků ke komplexnímu pohledu na péči o vážně nemocné a umírající

12. Pokud se o probírané téma zajímáte, odkud čerpáte informace?

	odpovědi	
	počet	
	hospic	LDN+DD
z odborné literatury náboženské	39	6
z odborné literatury duchovní	60	14
z konferencí pořádaných na dané téma	42	10
nezajímám se	41	66
dílčí součet	182	96



Závěr srovnání :

1. Zdravotníci (pracovníci hospiců) používají více zdrojů při hledání informací na téma duchovní rehabilitace - to je pozitivum
2. Zarážející je reziduum zdravotníků (hospice i LDN), kterých se duchovní rehabilitace netýká , jde mimo ně .

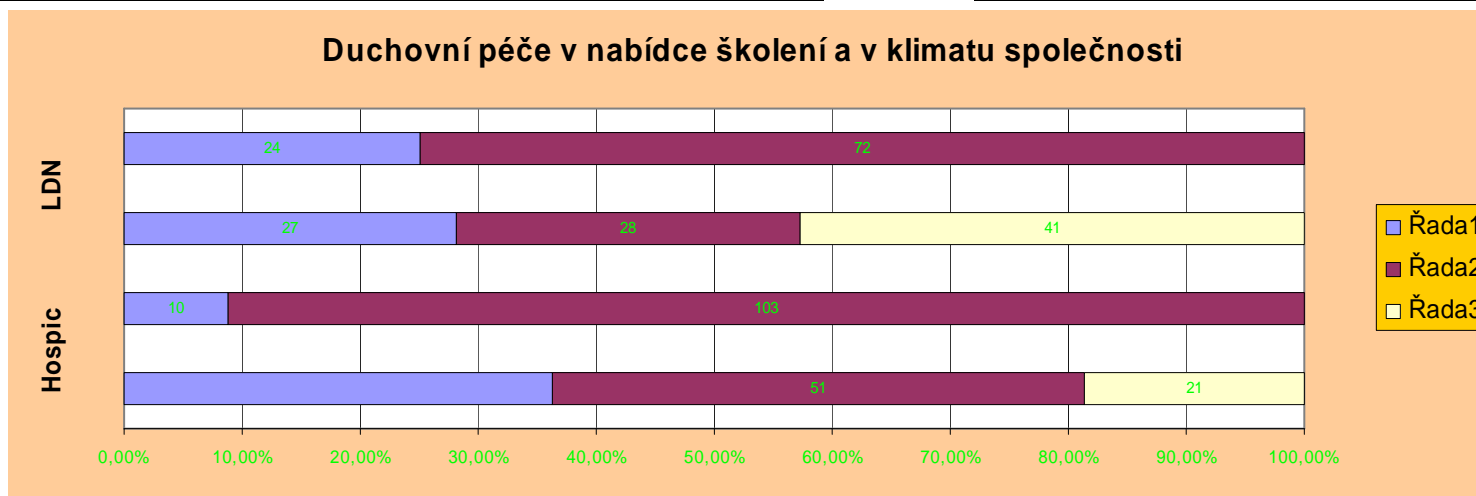
Rezervy ve výuce a výchově zdravotníků ke komplexnímu pohledu na péči o vážně nemocné a umírající

13. Je hodnotové klima v naší společnosti otevřené tématu duchovní péče u nemocných?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	41	27
ne	51	28
nepřemýšlím o tom	21	41
dílčí součet	113	96

17. Domníváte se, že je nabídka studijních a školících možností v oblasti lékařské etiky, bioetiky nebo duchovní péče pro zdravotnický personál dostačující?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	10	24
ne	103	72
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

1. Společenská poptávka po duchovní péči jako nástroje v kontaktu s pacientem je nízká . Humanismus hedonismu zřejmě nezná a nepotřebuje duchovní péči o pacienta.
2. Nabídka kvalitních školení chybí . Jako by i zde šel někdo duchu doby vstříc, ověřen prázdnými frázemi o péči o pacienta. Jak dlouho ještě budeme spát a do čeho se asi probudíme , my , kteří si říkáme křesťané ?

"Spiritualita v životě člověka" v názorech a postojích zdravotníků .

11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk?

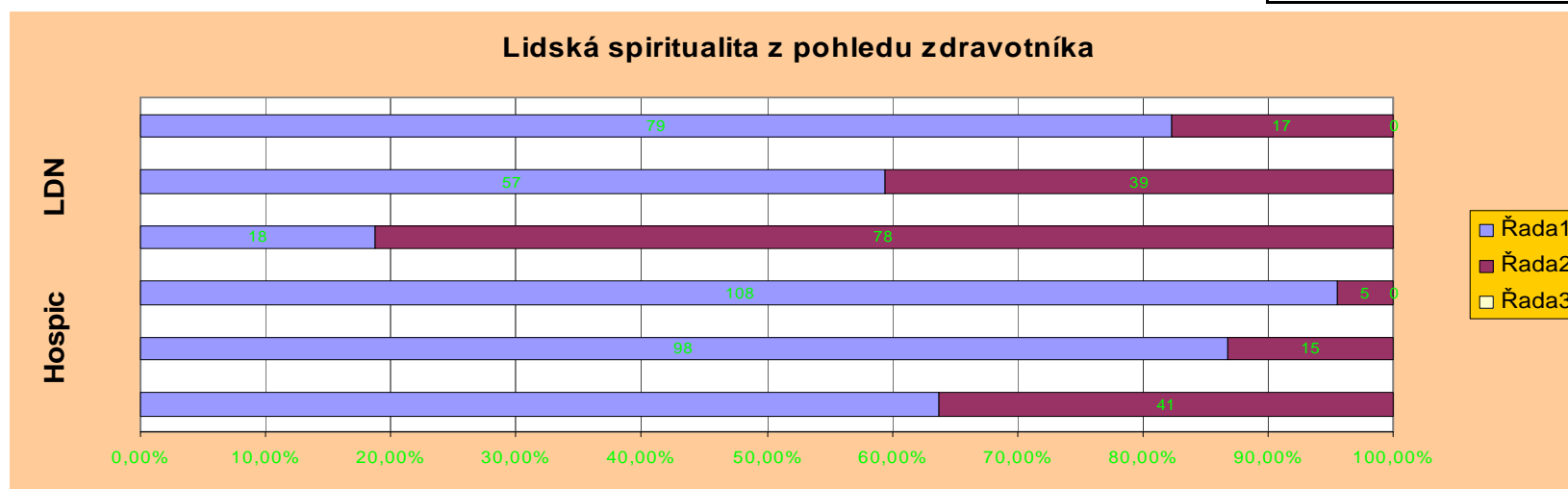
	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	72	18
ne	41	78
dílčí součet	113	96

15. Domníváte se, že duchovní potřeby má každý člověk?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	98	57
ne	15	39
dílčí součet	113	96

16. Považujete osobně náboženskou víru za pozitivní faktor v lidském životě?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	108	79
ne	5	17
za škodlivý	0	0
dílčí součet	113	96



Závěr srovnání :

1. Jisté zmatení mysli ,větší u "světštějších" zdravotníků LDN . Spiritualita teprve čeká na docenění v lidském životě , zejména pak v životě zdravotníka .

"Spiritualita v životě člověka" v názorech a postojích zdravotníků .

5. Máte osobní zkušenost s duchovní péčí u nevyléčitelně nemocných?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
kladnou	97	48
zápornou	6	0
žádnou	10	48
dílčí součet	113	96

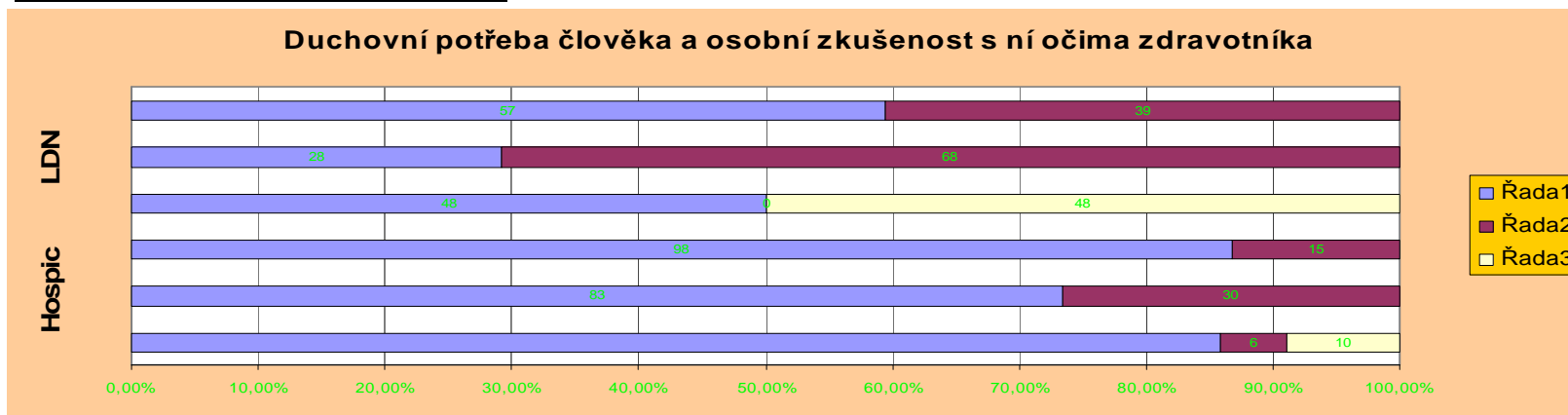
10. Máte již nějakou osobní zkušenost s duchovním rozhovorem u některého pacienta?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	83	28
ne	30	68
dílčí součet	113	96

15. Domníváte se, že duchovní potřeby má každý člověk?

	odpovědi	
	počet hospic	LDN+DD
ano	98	57
ne	15	39
dílčí součet	113	96

Duchovní potřeba člověka a osobní zkušenost s ní očima zdravotníka



5 Diskuze

Otázka č. 1 rozdělila respondenty na část zdravotnických pracovníků v hospicové a nehospicové sféře. Jejich počet byl přibližný, jak ukazují výsledky na straně 68 a to v počtech **113** a **96**. Celkem **209**

Otázka č. 2 ve výsledcích vykazala plnou shodu pracovníků obou zařízení v pohledu na vhodné zařazení duchovní péče do celkové starostlivosti o nemocné.

Otázka č. 3 uvádí, že v hospicových zařízeních se pracovníci setkali se žádostí o duchovní péči v **92,92** % a v nehospicových v **75** %. (viz str. 71)

Otázka č. 4 se týkala názoru vhodnosti či nevhodnosti duchovní péče v paliativní starostlivosti obecně. Výsledky ukázaly, že v hospicovém zařízení souhlasí **85,84** % a v nehospicových zařízeních **77,08** % (viz str. 72)

Otázka číslo 5 zjišťovala osobní zkušenost pracovníků obou zařízení s duchovní péčí u nevléčitelně nemocných. Kladná odpověď v hospicích tvoří **85,84** % a v nehospicových ústavech pouze **50,00** %

Otázka číslo 6 se týkala ochoty pracovníků zprostředkovat možnost kontaktu nemocného s osobou provádějící duchovní pomoc. Výsledkem bylo zjištění, že v hospicích je to **100** % ochota, v nehospicových ústavech **98,96** %, což je skoro stejný výsledek. (viz str. 72)

Otázka č. 7 zjišťovala, zda se zdravotničtí pracovníci během svého studia setkali s tématy o duchovní službě či jiné intervenci ve spirituální oblasti. Výsledek ukazuje, že v hospicích je to **63,72** % a v nehospicových zařízeních **44,79** %.

Otázka č. 8 zjišťovala, zda respondenti našeho šetření studovali zdravotní školu před rokem 1989 nebo po tomto roce. V hospicích je to **52,21** % a v nehospicových ústavech **52,08** procent.

Otázka č. 9 byla cílená ke zjištění zda zdravotní pracovník se cítí být schopen poskytnou sám alespoň částečně náhradní duchovní pomoc. Výsledky ukázaly, že v hospicích je to pouze **62,83** % a v nehospicových zařízeních je to jen **20,83** (viz str. 83)

Otázka č. 10 byla cílená k osobní zkušenosti s duchovním rozhovorem respondentů u svých klientů. Výsledek ukázal, že v hospicích tuto zkušenost má **73,45** % a v LDN **29,17** %.

Otázka č. 11 směřovala ke zjištění, zda se o otázky z oboru duchovních nauk respondenti zajímají. Výsledek ukázal, že v hospicích je to **63,72** % a v LDN pouze **18,75** %.

Otázka č. 12 se týkala zdrojů informací, které se týkaly duchovních témat. V hospicích dané téma čerpají nejvíce z odborné literatury duchovní **32,97 %** a u LDN také z literatury duchovní a to **14,58 %** dotázaných. Další výsledky viz str. 74.

Otázka č. 13 byla cílena ke zjištění, zda hodnotové klima naší společnosti je otevřené tématu duchovní péče o nemocné. Výsledky ukázaly, že v hospicích se kladně vyjadřuje **36,28 %** a v LDN **28,13 %**.

Otázka č. 14 měla ukázat, zájem zdravotnických pracovníků o další vzdělávání se v oboru duchovní péče o nemocné. Výsledky ukázaly, že v hospicích má o další vzdělání v tomto směru zájem **80,53 %** a v LDN **47,92 %**.

Otázka č. 15 měla zjistit, zda se zdravotničtí pracovníci domnívají, že duchovní potřeby má každý člověk, tedy že jsou typicky lidskou vlastností. Výsledky ukázaly, že v hospicích se domnívá **86,73 %** a v nehospicových **59,38 %**. (viz str. 75)

Otázka č. 16 byla cílená ke zjištění, zda se respondenti domnívají, že je náboženská víra v lidském životě pozitivním nebo negativním faktorem. Výsledky ukázaly, že v hospicích se o jejím kladném vlivu vyjádřilo **95,58 %** a v LDN **82,29 %**.

Otázka č. 17 směřovala ke zjištění, zda se respondenti domnívají, že stávající nabídka školicích akcí v oblasti lékařské etiky, bioetiky nebo duchovní péče je pro zdravotnický personál dostačující. V hospicích odpovědělo **8,85 %** ano, v LDN **25,00 %** ano.

K posouzení vyslovené **hypotézy** posloužily **především** otázky č. 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15 a 17.

Získané výpovědi pracovníků obou zařízení potvrzují významný rozdíl mezi hospicovým zařízením a nehospicovými zařízeními. Oba typy ústavů vykazují značné rezervy v poskytované duchovní péči. To na straně jedné, na straně druhé se jednoznačně potvrdila hypotéza v tom směru, že je i rozdíl mezi oběma typy zařízení v poskytování těchto služeb tamním personálem.

Rozdíl až 30 procent vykazuje osobní zkušenost zdravotníků v hospicích se zjišťovanou problematikou. Otázkou zůstává, zda je to způsobeno klientelou nebo samotným typem zařízení. To by mohla zjistit nová statistická sonda, která by byla provedena mezi pacienty obou sledovaných typů ústavů.

Dále se potvrdilo, že zdravotníci v obou zařízeních se nesetkali s tématem duchovní péče o nemocné při svém studiu. Pokud výsledky ukázaly, že skoro polovina ze zkoumaných respondentů studovala již do roce 1989 a mohla se s touto oblastí svobodně seznámit, neměla k tomu během porevolučního studia možnost. To ovšem není vina studentů, ale zdravotnických učilišť a také celkové klima a postoje společnosti k těmto otázkám.

Dále se ukázalo, že nabídka dalšího vzdělání, dle respondentů, je nedostatečná v této oblasti a je po ní větší poptávka, než jakou zdravotnická učiliště nabízejí. To se ovšem netýká Lékařských fakult, kde je studium etiky samozřejmě součástí výuky. Je tedy, jak bylo potvrzeno v hypotéze, potřeba věnovat více pozornosti této oblasti ve středním zdravotnickém školství. Viz otázka č. 7 na str. 73 a otázka č. 17 na str. 76.

Dále se potvrdilo, že pracovníci v hospicových zařízeních mají větší schopnost a interní vybavenost k poskytnutí duchovní první pomoci místo chybějících profesionálů (63%) v této oblasti, zatímco v LDN je to (jen 21%). Viz otázka č. 9 na str. 73.

Osobní zkušenost je v hospicích s duchovním rozhovorem také větší, než v LDN a DD. Jedná se o rozdíl přibližně 40% ! Viz otázka 10 na str. 74.

Dále se potvrdila v hypotéze předpokládaná skutečnost, že pracovníci v hospicích mají o duchovní nauky větší zájem, než pracovníci nehospicových ústavů.

Potěšující je skutečnost, že jak zájemci z hospiců tak LDN pracovníci, kteří mají o duchovní oblast zájem, čerpají z obdobné literatury. Negativním v tomto směru ovšem zůstává, že skoro 23 % v hospicích se o dané téma nezajímá a přímo zarážející je skutečnost, že se o ně nezajímá skoro 69 % zaměstnanců LDN a DD.

Skoro 81 % pracovníků v hospicu má zájem se dále v oblasti duchovní rehabilitace vzdělávat. Na druhé straně mezi pracovníky LDN a DD nemá o další vzdělávání v tomto směru zájem 52% !

Dále se ukázalo, že jen 59 procent zdravotníků v LDN se domnívá, že duchovní potřeby má každý člověk. V hospicích je to skoro 87 %. Viz str. 75.

Především školní a doškolovací zařízení by měla zajímat ta skutečnost, že v hospicích se domnívá 91 % pracovníků, že vzdělání v tomto směru je nedostačující. V LDN a DD je to 75%. Což je na celkové výsledky našeho zjištění poměrně vysoký zájem.

Výše uvedený rozbor dokazuje, že vyslovená **hypotéza je souborem respondentů jednoznačně potvrzena.**

6 Závěr

Celkový obsah magisterské práce je rozdělen do dvou částí.

V první části je popsán obsah pojmu pastorální medicína, pastorální teologie, duchovní rehabilitace, duchovní intervence, svátosti, spiritualita, etika a komunikace.

Jedná se o koloraturu, která je nutná k pochopení druhé části, jenž je věnovaná rozboru statistického dotazníku.

První část, která je čistě teoretická, je postavená na interakci medicíny, psychologie a teologie. Jedná se o interdisciplinární pohled, který má dokumentovat symbiózu jednotlivých částí pro blaho nemocného člověka. Současně je zde poukázáno na to, že tato oblast byla v posledních desetiletích zanedbávána a dosud nebyla sama rehabilitována v očích zdravotnického personálu.

Domnívám se, že rozbírat opakovaně již analyzované výsledky statistické sondy, je na tomto místě zbytečné, protože jim byla věnovaná dostatečná pozornost na předcházejících stránkách této práce.

Dle mého názoru byl cíl výzkumu a statistického šetření splněn co do potvrzení hypotézy a byl přínosný i v tom směru, že jeho výsledky by měly zajímat také školská zařízení především na střední vyučovací úrovni.

Je vhodné zopakovat, že v oblasti duchovní rehabilitace mají všechna zdravotnická zařízení všech typů v naší zemi ještě rezervy.

Předpokládám, že se nejedná o finančně náročnou otázku, protože jak profesionální duchovní, tak i dobrovolníci nemají nároky na odměnu při výkonu duchovenské služby.

Na rozdíl od státních škol, které, jak se ukázalo, nemají výrazný zájem na zavedení výuky duchovní péče do svých osnov, jsou zde vysoké školy, jak lékařské, tak teologické, které se tomu to oboru věnuje, ovšem tam, kde není ze strany zdravotnických ústavů poptávka, není možné, aby se vnucovala nabáídka.

Je nejen velmi důležité, jak ukazuje teoretická, ale i praktická část této práce, aby náš vlastní duchovní život byl humánní, zdravý, střízlivý, aby se naše duchovní služba nestala pro svěřené pacienty obtěžující nebo škodlivou. Stejně tak je důležité, abychom svůj vlastní duchovní život živil z kvalitních kořenů. V naší tradici je křesťanství ve své humanitě zatím nepřekonatelným zdrojem, ze kterého může každý terapeut v jakékoliv oblasti své zdravotnické specializace čerpat motivací nejenom pro svoji duchovní práci s klientem, ale i pro etický a morální rozměr své činnosti.

Zážitky bolesti a utrpení a jejich překonávání jak z hlediska antropologického, tak teologického představují v širší souvislosti zkušenost složité situace trpícího člověka. Každá negativní událost, jakou je bolest nebo nemoc či katastrofa se z křesťanského hlediska vnímá jako následek, respektive příznak narušeného vztahu nebo ztroskotání vztahu člověka k sobě samému, ke své somaticko-materiální skutečnosti, ke své duševně-duchovní realitě a je chápána také jako narušený vztah ke svému okolí, k sociálnímu, ekonomickému a životnímu prostředí.

V židovsko-křesťanském chápání světa a člověka i v představách jiných náboženství je finální příčinou takto narušených vztahů ztroskotání interakce člověka k Bohu. Víra v Boha, v dobro člověka a jeho láskyplná náklonnost má nemocného motivovat, aby uvěřil ve vlastní dobro i v dobro světa a aby se ke světu choval laskavě. Znamená to

také sebe a svět nepřetěžovat, neznásilňovat vzájemné vztahy, ale chovat se k sobě navzájem přejícně a snažit se pomáhat jeden druhému.

Vzhledem na takto široce spektrálně nabízený obraz duchovního života v člověku, zvláště ve styku s utrpením, je ve veškeré zdravotnické péči - především v rehabilitační činnosti - patřičná formace, aby z ní mohla být podávána nejen kvalifikovaná služba medicínská, ale současně nabízená i služba duchovní.

Duchovní formace všech zdravotníků – zvláště se to týká veškeré činnosti v péči hospicové – vychází z potřeby zabezpečit nevyčerpitelně nemocnému člověku komplexní péči. To vyžaduje od sloužícího, jak již bylo naznačeno výše, nejen odbornou: ošetrovatelskou, pečovatelskou, psychologickou, lékařskou, právníckou, rehabilitační, dobrovolnickou, rodinnou terapii, ale i šanci duchovního doprovázení nemocných. Určitou mírou se na tomto duchovním doprovázení pacienta zúčastňuje každý člen týmu, který přistupuje k pacientovi pod úhlem své profesionality a specializace. Svoji odbornou vyspělostí odevzdává pacientovi celou řadu informací, které mají vliv na atmosféru, ve které se nemocný nachází. K tomu patří neodmyslitelně i duchovní formace těch, kteří jí poskytují. Jde nejen o cílevědomou práci na sobě samém, o práci, která je podporována sebereflexním poznáváním, ale která slouží současně pro zkvalitnění atmosféry ostatním spolupracovníkům v psychicky namáhavém prostředí zdravotnického zařízení.

Je dobré nechat se inspirovat analytickou psychologií C. G. Junga a současně se držet poučení sv. Pavla: „... všechno zkoumejte a co je dobré, toho se držte.“ (srv. 1 Sol 5,21). Vybrat si z rozsáhlého díla tohoto psychologického velikána to, co koresponduje s vírou, přesvědčením a životní zkušeností. Držet se toho dobrého. Což je hodně inspirativního i pro křesťana. Neznám žádný jiný psychologický směr, který by s takovou samozřejmostí věděl tolik o hlubinách lidské duše. Hlubinách, ve kterých se člověk může a má dostat do kontaktu s rovinou své vlastní psýché, která ho přesahuje a která se stává branou ke komunikaci a prostorem setkání s tím, koho křesťanská tradice nazývá Bohem v nás.

7 Seznam použité literatury

- ARISTOTELÉS: *Etika Nichomakova*. Praha: Petr Rezek, 1996
- AUGUSTYN, J.: *Praxe duchovního vedení*. Velehrad, Olomouc 1997, ISBN 80-85966-02-6, 115 s.
- AUGUSTYN, J.: *Bolest' krivdy, radost' odpustenia*, Dobrá kniha, Trnava 1999, ISBN 80-7141-498-0
- BAUMGARTNER, F. et all. : *Vliv religiozity na některé postupy zvládání náročných situací*. in: Psychologické dny Českomoravská psychologická společnost, Praha 1998 (červen)
- BECKER, I. et all.: (Hrsgb.) *Handbuch der Seelsorge*. EVA, Berlin 1983
- BENNER, D.G.: *Strategic Pastoral Counseling*. Baker Books, Grand Rapids, Michigan 1992
- Bible*, Ekumenický překlad, Praha 1985
- BOUCHAL, M.: *Pastorální medicína*. in: Věda- víra- pověra. Brno 1961
- BOULAND, H.: *Všechno je milost*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1994, ISBN 80-85527-51-0, 176 s.
- COLLINS, J. et GARY, R.: *Christian Counseling. A Comprehensive Guide*. Word Books, Waco, Texas 1980
- CORETH, E.: *Co je člověk ?* Zvon, Praha 1994, ISBN 80-85527-70-7, 263 s.
- CSONTOS, L.: *Sila a moc slova i jazyka*. In: Viera a život, Dobrá kniha, Trnava 2007, roč. XVII, ISSN 80-7178-547-4, 325 s.
- DAČOK, J.: *Človek, utrpenie, nemocnica*. Dobrá kniha, Bratislava 2000, ISBN 80-89170-07-2
- Evangelium vitae*. enc. Jana Pavla II.
- FRANKL, V.E.: *Lékařská péče o duši*. Cesta, Brno 1996, ISBN 80-85319-50-0, 237 s.
- FRANKL, V.E.: *A přesto říci životu ano*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1996, ISBN 80-7192-095-9, 125 s.
- FRANKL, V.E.: *Vůle ke smyslu*. Cesta, Brno 1997, ISBN 80-85139-63-2, 212 s.
- FRIELINGS DORF, K.: *Falešné představy o Bohu*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 1995, ISBN 80-85527-94-4
- GORRES, A.: *Kennt die Psychologie den Menschen ?* „Internationale Katholische GORSUCH, L.: *Psychology of religion*. Ann.Rev. Psychol.39, 1988
- GRABB, L.: *Umění přiblížit se*, Návrat domů, Praha 2000
- HALAMA, P. et all.: *Religiozita, spiritualita a osobnost*. Ústav experimentální psychologie SAV, Bratislava 2006, ISBN 80-88910-22-6, 165 s.
- HAMPL, Z. : *Kriteriem pravdy v lékařství je člověk*. In: Causa subita 2006, r.9, č. 4 *Handbuch der Pastoraltheologie*. I – IV. Freiburg 1964
- HANZLÍČEK, L.: *Psychiatrická encyklopedie*. Díl "P", Psychiatrické centrum, Praha 1982, evid. číslo ÚVTEI 73 142, 1366 s.
- Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Papežská rada pro pastorační mezi zdravotníky.

- Zvon, Praha 1996, ISBN 80-7113-168-7, 109 s.
- CHLIEWINSKY, Z.: *Psychologia religii*. KUL, Lublin 1982
- Jan Pavel II. - Z proslovu k vědcům a zdravotnickým pracovníkům, 12.11.1987:
Insignamenti X / 3 (1987), 1088
- Jan Pavel II. - motu proprio *Dolentium hominum*. 11.2.1985 : in segnamenti VII/1 (1985), 473 – 474
- Jan Pavel II.: Z proslovu k dvěma pracovním skupinám Papežské akademie věd (z 21.10.1985) In segnamenti VIII/2 (1985), 1083, č. 6
- Jan Pavel II. - Z proslovu ke světovému dni katolických lékařů, 3.10.1982,
In segnamenti V / 3 (1982), 675, č. 6
- JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Triton, Praha 2003,
ISBN 80- 7254-329-6, 220 s.
- Jesus als Therapeut*. in: Christ in der Gegenwart im Bild, J. 2001, No. 3
- KAŠPARŮ, M.: *Lékařské konsilium v oboru pastorální teologie*. Licenciátní práce z oboru pastorální teologie, TFRU Košice 2005
- KAŠPARŮ, M.: *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*. Cesta, Brno 2002,
ISBN 80-7295-031-2, 153 s.
- Katechismus katolické církve. Zvon, Praha 1994, ISBN 80-7113-132-6, 793 s.
- Kodex kanonického práva. Zvon, Praha 1997, ISBN 80-7113-082-6
- KŘIŠŤAN, A.: Vztah pastorální teologie ke společenským vědám. In: *Fórum pastorálních teologů I.*, Centrum Aletti - Roma, Olomouc 2000
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Pastorální péče*. Oliva, Praha 2000, ISBN 8085527944, 177 s.
- KUBÍČEK, L.: *Zapalují? Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 2006,*
ISBN 80-7192-861-5, 111 s.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O dětech a smrti*. Nakladatelství Klíček ERMAT,
Praha 2003, ISBN 80-903086-1-9, 311 s.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Arica, Trutnov 1993,
ISBN 80-85878-12-7, 148 s.
- LACHMANOVÁ, K.: *Vězení s klíčem uvnitř*. Karmelitánské nakladatelství,
Kostelní Vydří 1996, ISBN 80-7192-127-0, 123 s.
- LANDSBERG, P.L.: *Zkušenost smrti*. Vyšehrad, Praha 1990,
ISBN 80-7021-054-0, 203 s.
- LIEBMAN, J.L.: *Peace of Mind*. Schuster a. Sons, New York 1947
- MALONY, H.N.: *Psychology of religion*. Baker encyclopedia of Psychology.
Baker Book House 1999
- MARSCH, M.: *Uzdravování skrze svátosti*. Portál, Praha 1992,
ISBN 80-85282-34-8, 93 s.
- MODA, F.: *Maturité umana e vacanza*. in: La Civilté cattolica, 131 (1980)
- MUNZAROVÁ, M.: Vnitřní mravnost lékařství. In: Causa subita. 2006, r. 9, č. 4,

- MÜLLER, W.: *I láska má svá pravidla*. Karmelitánské nakladatelství 2005, ISBN 80-7192-787-2
- Některé etické otázky týkající se těžce nemocných a umírajících*. Papežská rada „Cor unum“, Enchiridion Vaticanum, 7. Documenti ufficiali della Santa Sede 1980-1981. EDB, Bologna 1985, č. 1.1
- Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné*. Sekretariát České liturgické komise. Praha 1974
- OPATRNÝ, A.: *Cesty pastorače v pluralitní společnosti*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 2005, ISBN 80-7192-930-1, 231 s.
- PERGAMENT, K.I.: *Religion and the Problem Solving Process*. Journ. for the Scientific Study of Religion, 27, 1988, č.1
- PFEIFER, S.: *Slabé nésti*. JUPOS, Ostrava 1995
- POMPEY, H.: *Zomieranie*. Dobrá kniha, Trnava 2004, ISBN 80-7141-462-X, 181 s.
- RADKOVÁ, L.: *Religiozita a spiritualita v sociálnej práci*. GaK. Bratislava 2004, ISBN 13550579, 196 s.
- ROHR, R.: *Všetchno má své místo*. Vyšehrad, Praha 2003
- ROTH, G.: *Pastorální medicína v rámci teologické fakulty a Univerzity západního typu*. In: *Současná medicína a náš obraz člověka*. Kolegium katolických lékařů, Praha 1996, 264 s.
- RŮŽIČKA, J.: *Rozhovor s Petrem Příhodou*, In: *Perspektivy 9*, příloha Katolického týdeníku č. 39, 24. 9. r. 2000
- Sacrosanctum Concilium*. Konstituce o posvátné liturgii. Zvon, Praha 1995, ISBN 807113-089-3
- SHERIDAN, J.,M. et BULLIS, R.K.: *Praktioners personal and profession ettitudes and behaviors toward religion and spirituality*. Journal of Social Work education, 28,1992
- SCHARFENBERG, J.: *Einführung in die Pastoralpsychologie*. Göttingen 1986
- SIDE, A. et ROWE, C.: *Psychiatry, Ministri and Pastoral Counseling*. Collegeville 1984
- SKOBLÍK, J.: *Přehled křesťanské etiky*. Karolinum, Praha 1997
- SLABÝ, A.: *Pastorální medicína v teologickém vzdělání*. In: *Současná medicína a náš obraz člověka*. Kolegium katolických lékařů, Praha 1996
- Gaudium et spes*, Dokument 2. Vatikánského koncilu, Zvon, Praha 1995, ISBN 80-7113-089-3
- SMÉKAL, V.: *Psychospirituální čtení sebe samého*. in: *Četba v procesu formace*. (M.L. Cincialová, Ed.) Refugium Velehrad – Roma, Velehrad 2003
- STRIŽENEC, M.: *Aktuálne problémy psychológie náboženstva*. Ústav exper. psychológie, SAV, Bratislava 19996, ISBN 80-89170-07-2
- SUMEC, M.: *Rodina a medzigeneračné vzťahy*. Vydavateľstvo STU, Bratislava 2005, ISBN 80-227-2212-X, 111 s.
- SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo, Praha 1995, ISBN 80-902049-9-2, 144 s.
- SZENTMÁRTONI, M.: *Úvod do pastorálnej teológie*. Dobrá kniha, Trnava 1999, ISBN 80-7141-259-7, 125 s.

ŠTEFKO,A.: *Dostojnosť človeka v starobe, chorobe, zomieraní*. Dobrá kniha,

Bratislava 2003, ISBN 80-7141-429-8, 113 s.

VELLA, E.: *Duch svatý – pramen života*. Karmelitánské nakladatelství,

Kostelní Vydří 2006, ISBN 80-7195-043-2, 291 s.

Velký klinický manuál. Psychiatrie III, 88/89, Translation, Praha 1995

Veritatis splendor. Enc. Jana Pavla II.

VIRT, G.: *Žít až do konce*. Vyšehrad, Praha 2000

VORLÍČEK, J.et ADAM, Z.: *Paliativní medicína*.. Grada, Praha 1998,

ISBN 80-247- 0279-7, 537 s.

Zpráva ČTK ze dne 4.1.2007 ve 12:00 hodin, srv.: www.christnet.cz

Zpráva ČBK ze dne 15.2.2007 v 06:20 hodin, srv.: www.christnet.cz

8 Klíčová slova

Pastorální medicína

Pastorální teologie

Duchovní rehabilitace

Psychoterapie

Svátosti

Poslední věci člověka

9 Přílohy

Vážené, vážení;

jmenuji se Mária Kašparů a v rámci zpracování diplomové práce na téma **Pastorální rehabilitace v paliativní péči o nemocné** si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku. Dotazníky jsou zcela anonymní a dané údaje budou využity jen ke zpracování tohoto úkolu, jednotlivé dotazníky nebudou nikde samostatně zveřejňovány.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas, který dotazníku věnujete.

Dne 27.8.2006

Bc. Mária Kašparů

DOTAZNÍK

Zatrhnete, prosím odpověď, v dotazníku není žádná nesprávná odpověď. Je možné zatrhnout i více možných odpovědí. Děkuji.

1. Pracujete v zařízení
 - a) Hospicové péče
 - b) Domova důchodců
 - c) Odborného oddělení nemocnice LDN

2. Považujete, vy osobně, duchovní péči o vážně nemocného pacienta, na jeho přání, za
 - a) vhodnou
 - b) zbytečnou
 - c) škodlivou

3. Setkal/a jste se někdy se žádostí nemocného o službu duchovního?
 - a) ano
 - b) ne

4. Považujete duchovní péči za vhodnou součást celkové rehabilitace v paliativní péči ?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

5. Máte osobní zkušenost s duchovní péčí u nevléčitelně nemocných

- a) kladnou
 - b) zápornou
 - c) žádnou
6. Pokud bych byl/a a pacientem požádán/a o zprostředkování kontaktu na osobu poskytující duchovní službu,
- a) vyhověl/a bych
 - b) odmítl/a bych
 - c) vysvětlil/a bych pacientovi, že jeho stav není vážný a tedy duchovní útěchu nepotřebuje
 - d) váhal/a bych
7. Setkal/a jste se při přednáškách nebo během studia na odborné škole s tématy jakými jsou: „duchovní služba, rozhovor s knězem, modlitba za uzdravení, poslední věci člověka ...“ a podobně ?
- a) ano
 - b) ne
8. Studoval/a jste odbornou školu, zdravotní nebo sociální, po roce 1989 ?
- a) ano
 - b) ne
9. Pokud není dostupný duchovní, který by službu poskytl, považujete se za schopného poskytnout alespoň částečně „náhradní duchovní pomoc“ ?
- a) ano
 - b) ne
10. Máte již nějakou osobní zkušenost s duchovním rozhovorem u vašich pacientů ?
- a) ano
 - b) ne
11. Zajímáte se o otázky z oboru duchovních nauk ?
- a) ano
 - b) ne
12. Pokud se o probírané téma zajímáte, odkud čerpáte informace?
- a) z odborné literatury nenáboženské
 - b) z odborné literatury duchovní

- c) z konferencí pořádaných na dané téma
- d) nezajímám se

13. Je hodnotové klima v naší společnosti otevřené tomuto tématu?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlím o tom

14. Pokud by byla možnost vzdělávat se v oboru duchovní péče o umírající, zúčastnil/a byste se ji?

- a) ano
- b) ne

15. Domníváte se, že duchovní potřeby má každý člověk?

- a) ano
- b) ne

16. Považujete osobně náboženskou víru za pozitivní faktor v lidském životě?

- a) ano
- b) ne
- c) za škodlivý

17. Domníváte se, že je nabídka studijních a školicích možností v oblasti lékařské etiky, bioetiky nebo duchovní péče pro zdravotnický personál dostačující ?

- a) ano
- b) ne

Děkuji