

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

Katedra sociální práce

# **Bakalářská práce**

Dana Lauerová

**Rozbor zkušeností s pastorační péčí v nemocnicích**

Analysis of the experience of pastoral care in hospitals

Praha 2016

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Vodáčková

**Poděkování:**

Chtěla bych velmi poděkovat PhDr. Daniele Vodáčkové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Písku, dne 1. května 2016

.....  
Dana Lauerová

**Klíčová slova (česky)**

*Pastorační péče, role nemocničního kaplana, duchovní péče o nemocné, provázení nemocných, kompetence nemocničních kaplanů*

**Klíčová slova (anglicky):**

*Pastoral care, the role of the hospital chaplain, spiritual care for patients, accompanying patients, competence of hospital chaplains*

## **Abstrakt (česky)**

*Téma pastorační péče v nemocnicích zavádí do oblasti, která není pro širokou veřejnost příliš známá. Každý asi tuší, co se pod tímto pojmem skrývá, ale ne každý je schopen přesně vysvětlit, co vše pastorační péče nabízí, kdo ji poskytuje, kdo a kde ji může vyhledat.*

*Má práce si dala za cíl objasnit, popsat a přiblížit roli nemocničního kaplana, definovat obsah a možnosti pastorační péče. Dále jsem se pokusila zjistit, zda a kde je v současném zdravotnickém systému prostor pro pastorační, duchovní či spirituální péči, kdo pastorační péči využívá, zda a jak je potencionálními příjemci služby vnímána.*

*Nejvíce si na své práci cením možnosti získání otevřených informací od poskytovatelů této služby, od kaplanů, duchovních, pracovníků oddělení spirituální péče, které velmi výstižně a reálně popisují jejich službu. Výstupy z dotazníků vysvětlují způsob a metodiku poskytování pastorační péče, jmenují cílové skupiny, uvádějí dilemata, kolizní situace služby, odkrývají způsob hledání síly pro službu, dávají doporučení pro kvalitativní posun pastorační péče ze strany jejího poskytovatele i ze strany zdravotnického zařízení.*

*Výsledkem mé práce je objasnění role, obsahu a významu pastorační péče ve zdravotnictví. Práce přináší obecné i konkrétní poznatky a výstupy, které mohou být zdrojem informací, inspirace, poučení, anebo přinejmenším námětem na zamyšlení.*

## **Abstract (in English):**

*The topic of pastoral care in hospitals leads us to places that are not very well known to the public. Almost everyone knows what the words mean, but not everyone is able to explain what pastoral care offers, who provides it, and where people can seek it.*

*My thesis aims to explain and document the role of a hospital chaplain, and to define the contents and the potential of pastoral care.*

*Furthermore, I have tried to find out, whether and where there is place for pastoral, spiritual care within our health care system. Also who is using this type of care and whether and how the care is perceived by its potential recipients.*

*What I value the most about my work is the opportunity to gain knowledge from chaplains, clerics, workers of the spiritual care wards, who describe their duties accurately. They explain the ways and methods of providing pastoral care, name target groups, introduce dilemmas and situations of crises within their service. They reveal the way of finding the power to do their duties, give recommendations for the improvement of pastoral care coming from both the provider and the medical facility.*

*The objective of my thesis is to clarify the role, contents and meaning of pastoral care in the health care system. The thesis brings both general and specific pieces of knowledge which can be informative, inspirational, educational, or at least thought-provoking.*

## OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>PASTORAČNÍ PÉČE .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>OBECNĚ O PASTORAČNÍ PÉČI .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2</b>	<b>PASTORAČNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉM ZARÍZENÍ .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.1</b>	<i>Náplň činnosti nemocničního kaplana .....</i>	<i>17</i>
<b>2.2.2</b>	<i>Smysl pastorační péče .....</i>	<i>17</i>
<b>2.2.3</b>	<i>Cíle péče pastorační a péče zdravotnické .....</i>	<i>19</i>
<b>2.2.4</b>	<i>Cílové skupiny .....</i>	<i>20</i>
<b>2.2.5</b>	<i>Vztah pastorační a spirituální péče k sociální práci .....</i>	<i>21</i>
<b>2.2.6</b>	<i>Pozice nemocničního kaplana v týmu zdravotníků .....</i>	<i>22</i>
<b>3</b>	<b>POZICE NEMOCNIČNÍHO KAPLANA .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1</b>	<b>PROFESNÍ SDRUŽENÍ NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ V ČR.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1.1</b>	<i>Katolická asociace nemocničních kaplanů .....</i>	<i>24</i>
<b>3.1.2</b>	<i>Asociace nemocničních kaplanů .....</i>	<i>25</i>
<b>3.1.3</b>	<i>Spolupráce České biskupské konference a Ekumenické rady církví.....</i>	<i>25</i>
<b>3.2</b>	<b>ODBOBNÉ PŘEDPOKLADY PRO VÝKON SLUŽBY .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ ČINNOSTI NEMOCNIČNÍHO KAPLANA.....</b>	<b>27</b>
<b>3.4</b>	<b>POSTOJ MANAŽERŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZARÍZENÍ.....</b>	<b>28</b>
<b>3.5</b>	<b>POHLED DO ZAHRANIČÍ.....</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>METODOLOGICKÉ POSTUPY.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1.1</b>	<i>Cíle a předpoklady výzkumu .....</i>	<i>35</i>
<b>4.1.2</b>	<i>Volba výběrového souboru.....</i>	<i>36</i>
<b>4.1.3</b>	<i>Výzkumná metoda .....</i>	<i>37</i>
<b>4.1.4</b>	<i>Průběh sběru dat .....</i>	<i>38</i>
	<b>4.1.4.1</b> Dotazníkové šetření .....	38
	<b>4.1.4.2</b> Polostrukturovaný rozhovor .....	41
<b>4.2</b>	<b>INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2.1</b>	<i>Dotazníkové šetření .....</i>	<i>42</i>
	<b>4.2.1.1</b> Popis souboru .....	42
	<b>4.2.1.2</b> Rozbor dle jednotlivých hledisek / otázek .....	42

4.2.2	<i>Polostrukturovaný rozhovor</i> .....	61
4.2.2.1	Zápis z rozhovorů .....	61
4.2.2.2	Shrnutí rozhovorů .....	66
4.2.3	<i>Exkurz - Osobní zkušenost s pastorační službou</i> .....	67
4.3	VYHODNOCENÍ DAT .....	68
4.4	OVĚŘENÍ PRACOVNÍCH PŘEDPOKLADŮ .....	70
4.5	DISKUZE .....	72
5	ZÁVĚR .....	75
6	ZDROJE .....	78
7	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	81
8	SEZNAM GRAFŮ .....	81
9	SEZNAM TABULEK .....	81
10	SEZNAM ZKRATEK .....	82
11	SEZNAM PŘÍLOH .....	82

# 1 Úvod

S pastorační péčí v nemocnici jsem se setkala poprvé před více než dvěma roky, tedy v době, kdy jsem začala pracovat v Nemocnici Písek, a.s. Její velký význam a hluboký smysl u mne vzbudily zájem o tuto oblast. Současně, jak jsem poznávala činnost nemocničního kaplana a pronikala do problematiky současné pastorační péče v nemocnicích, jsem docházela ke zjištění, že ve společnosti existuje o této činnosti poměrně malé povědomí.

Pastorační péče v nemocnicích přispívá k vnímání pacienta nejen z pohledu somatického onemocnění, ale odpovídá i aktuálnímu bio – psycho – sociálně – spirituálnímu pojetí člověka. Stejně jako pomoc sociálního pracovníka, také služba nemocničního kaplana doplňuje péči lékařskou a zdravotní. Ty jsou logicky ve zdravotnických zařízeních prioritní, samy o sobě k uzdravení ale vždy nedostačují.

Současná medicína ve svém moderním pojetí uznává skutečnost, že péče o pacienta spočívá nejen v léčení a odstranění či zmírnění jeho somatických potíží, tj. „péči o tělo“, ale současně připouští důležitost tzv. „péče o duši“.

Ve zdravotnických zařízeních mají vedle lékařů, zdravotních sester a pomocného zdravotnického personálu své nezastupitelné místo psychologové, kteří pomáhají při řešení psychických obtíží, sociální pracovníci, kteří se zabývají problémy sociálního charakteru a další odborní pracovníci (např. logopedi a podobně). Vedle těchto již tradičních profesí se ve zdravotnických zařízeních v období po roce 1989 začali objevovat stále častěji také nemocniční kaplani, kteří poskytují pacientům péči pastorační, duchovní, spirituální.

Cílem mé bakalářské práce je identifikovat roli nemocničního kaplana v současném zdravotnickém zařízení, pozici a význam jeho činnosti, objasnit současnou praxi při poskytování pastorační, spirituální, duchovní péče ve zdravotnictví v České republice.

Bakalářská práce se skládá ze tří základních kapitol. V první kapitole se zabývám pastorační péčí obecně a jejími specifiky ve zdravotnických zařízeních, popisuji náplň činnosti nemocničního kaplana, hledám smysl pastorační péče a její cíle v porovnání s péčí zdravotní. Jmenuji cílové skupiny a definuji vztah pastorační a spirituální péče k sociální práci. Kapitulu uzavírám pojednáním o postavení nemocničního kaplana v multioborovém týmu.

Druhá kapitola se věnuje pozici nemocničního kaplana, informuje o profesních sdruženích kaplanů a spolupráci mezi církevními společenstvími v oblasti zdravotnictví. Definuje odborné předpoklady pro výkon služby a její legislativní ukotvení, pohlíží na službu pohledem manažerů zdravotnických zařízení a předkládá pohled na tuto službu v zahraničí.

Třetí kapitola popisuje praktickou část práce, sběr dat, jejich zpracování, vyhodnocení a získané výstupy. Zaměřuje se na konkrétní roli nemocničního kaplana ve zdravotnickém zařízení, na jeho spolupráci s týmem zdravotníků, hledá prostor pro ukotvení místa nemocničního kaplana ve zdravotnickém systému.

Vypracování práce pro mne osobně bylo velkým obohacením a částečně i dobrodružstvím. Pomohlo mi odpovědět na mnohé otázky a současně mi jiné otázky otevřelo. Doufám, že i pro případné čtenáře bude má práce zajímavým zdrojem informací, hodným jejich pozornosti.

## 2 Pastorační péče

### 2.1 Obecně o pastorační péči



Obrázek 1 - Nemocniční kaplan Mgr. R. Homola, B. Th.

„Člověk je jediná bytost na této planetě, která předjímá svou smrt a z vědomí smrti u něj vyrůstá otázka po smyslu existence lidského života i smyslu světa, který nás obklopuje. Uvádí se, že 90 % populace v současné době umírá na chronická – měsíce i roky trvajících – onemocnění. A tak život ohrožující choroba neponechává výše uvedené otázky jen filozofům a teologům, ale staví je do centra tázání a prožívání nemocného člověka.“<sup>1</sup>

Pojem pastorační péče, pastorační práce nebo pastorační činnost je v České republice obecně známý. Při podrobnějším dotazování ale zjistíme, že jeho vysvětlení je často nejasné, neurčité a mnohdy i pomýlené.

„Pastorační péči v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho hledání, obtížích, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry, s perspektivou jejího možného rozvoje.“<sup>2</sup>

„Kořeny klinické pastorační péče sahají hluboko do minulosti. V křesťanství má péče o spirituální potřeby nemocných velmi dlouhou tradici (v historii patřily k léčbě modlitby, čtení Písma či udílení svátostí), která přetrvala do dnešní doby právě v osobě nemocničního

<sup>1</sup> OPATRŇÁ, Marie. *Klinická pastorační péče a její poskytovatel*, s. 746.

<sup>2</sup> OPATRŇÝ, Aleš. *Pastorační práce zvláštních skupin*, s. 16.

kaplana. Podle Kodexu kanonického práva katolické církve je kaplan kněz, kterému „je natrvalo alespoň z části svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů“. Zmíněnou zvláštní skupinou jsou myšleni právě například členové církve v nemocnicích (ale také v armádě, věznicích nebo na univerzitách).

V terminologii římskokatolické církve byl pojmem kaplan původně označován pomocný duchovní – například kněz působící ve farnosti, v níž však nebyl farářem (dnes farní vikář). Označení kaplan nicméně užívají i církve protestantské. Ve 20. století došlo k určitému posunu v chápání tohoto termínu (především díky ekumenické spolupráci jednotlivých křesťanských církví) – v západních zemích je tak označován člověk, který má patřičné vysokoškolské vzdělání a pověření od své mateřské církve vykonávat pastorační péči v nemocnicích či v jiných institucích. V minulém století se ve zdravotnických zařízeních začali objevovat i kaplani židovští.

V islámu nemá pastorační péče o nemocné v podstatě žádnou tradici, nicméně se o ni v posledních letech začali zajímat i někteří muslimové.

Původně se práce kaplanů spojovala převážně s paliativní péčí, dnes jsou kaplani součástí týmů nejrůznějších oddělení. V roce 2002 byly Evropskou sítí zdravotní kaplanské služby přijaty Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě. Ty definují nemocniční kaplanství jako službu, která (s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují) přivádí ke zdrojům osobním i kulturním, ke zdrojům víry i ke zdrojům společenství.“<sup>3</sup>

Křesťanská spiritualita je základem kultury, vzdělanosti a etických principů fungování především v evropské společnosti. Pojmenovat a uspokojovat spirituální potřeby pacientů zdravotnických zařízení není jednoduchý úkol. Stávající postmoderní společnost je sice typická relativně velkým zájmem o spiritualitu, ale vyznačuje se značnou nedůvěrou k tradičním náboženským institucím. Pastorační péče má za svůj cíl uspokojovat duchovní potřeby svých klientů, pacientů. Do listopadu 1989 byla určena pouze pro členy církve a poskytována jejich duchovními vůdci (faráři, vikáři, kněžími atd.). Po roce 1989 se začala rozvíjet mnoha různými směry.

„Pastorační péče se odehrává v křesťanském kontextu, ten, kdo ji poskytuje, je křesťanský věřící člověk. V pastorační péči se počítá s uzdravným vlivem křesťanské víry (evangelia), nejen s vlivem psychoterapeutickým, farmakologickým nebo vlivem poradenských postupů.“<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> HAVLOVÁ, Květa. *Klinická pastorační péče v České republice*.

<sup>4</sup> BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*, s. 436.

„V současné pastoraci se vyskytují čím dál častěji problémy lidí, které souvisí s vírou, ale nejsou řešitelné jen cestou zbožnosti, svátostné praxe a sdílení v křesťanském společenství. Úkolem pastorační péče jistě není vše vyřešit, ale spíš doprovázet k lidsky důstojnému zvládnutí situace ve světle evangelní zvěsti a s pomocí i jiných vědních disciplín, než jen teologických. Věřící mají někdy představu, že jediným cílem pastorační péče je, aby se posílila víra člověka, kterému je pastorační péče poskytována. Cílem však je, aby daný člověk svoji situaci zvládl nebo ji zpracoval co možná lidsky důstojným způsobem.“<sup>5</sup>

Kříšťan<sup>6</sup> označuje pastoraci jako „soubor činností, v nichž církev navenek i dovnitř realizují své poslání“. Rozděluje pojetí pojmu na evropské a anglosaské pojetí. V evropském pojetí se pastorační péče „úzce pojatá“ zaměřuje převážně na dimenzi duchovní, „široce pojatá pastorační péče“ označuje úsilí církve směřující k plnému rozvinutí člověka ve všech dimenzích (biologická, psychologická, sociální a spirituální).

Pastorační péče spočívá v doprovázení člověka. Prokazuje mu úctu, respektuje jeho osobnost a důstojnost. Nabízí porozumění, naslouchání, přijímání, pomoc při hledání cesty, síly a smyslu života. Její součástí je také mlčenlivost, sounáležitost s druhým člověkem. I pouhá přítomnost u nemocného či trpícího má velký význam.

Při pastoraci nemůže kaplan převzít celé břemeno nemocného člověka, může mu ale pomoci udělat jej lehčím, najít smysl jeho utrpení. Je to nabídka opory a pomoci, která zahrnuje člověka v celé jeho šíři, s jeho trápením, bolestí, s jeho schopnostmi, možnostmi. Nedává si za cíl řešit, anebo najít řešení a odpověď pro všechny těžkosti, bolesti a otázky. Měla by dopomoci ke zvládnutí obtížné situace. Hledá poselství a význam včerejška, smysl dneška a cestu a cíl pro zítřek.

Na počátku 21. století je pojem pastorační péče chápán v širokém smyslu slova jako konání, jehož cílem je podpora kvality lidského života ve všech oblastech. Tato podpora je ukotvena v křesťanském pojetí života, čerpá z evangelia a v evangeliu nachází motivaci a svůj smysl.

„Pro současné pojetí katolické pastorační péče (praktické teologie) má stále velký význam dokument II. vatikánského koncilu *Radost a naděje* z r. 1965. Myšlenkový rámec celého textu vystihuje úvodní věta: „Radost a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby, zvláště chudých a všech, kteří nějak trpí, je i radostí a nadějí, smutkem a úzkostí Kristových učedníků, a není nic opravdu lidského, co by nenašlo v jejich srdci odezvu.“<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> OPATRŇY, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné.*, s. 53.

<sup>6</sup> MATOUŠEK, Oldřich, *Alois KŘIŠŤAN*. *Encyklopedie sociální práce*, s. 149 - 151.

<sup>7</sup> MATOUŠEK, Oldřich, *Alois KŘIŠŤAN*. *Encyklopedie sociální práce*, s. 150.

## 2.2 *Pastorační péče ve zdravotnickém zařízení*

Každý člověk, který je přijat k hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, prožívá pocit velké změny. Jeho dosavadní rytmus života, každodenní povinnosti, pracovní nasazení, volný čas, to vše se změní. Stává se „pacientem“, najednou již není tím, kým byl doposavad. Mění se jeho role, jeho identita. Někdy pouze na krátkou dobu, ale někdy na dobu neurčitě dlouhou. Bývá zaplaven nejistotou a strachem z fyzické bolesti a utrpení, obavami o svoji budoucnost, otázkami nad pocity svých blízkých.

Pacientův svět se zúží na prostor jeho lůžka a nočního stolku, předmětem zájmu zdravotníků se stává především jeho tělesná schránka, nikoli on jako osobnost. Důležité a sledované jsou výsledky vyšetření, naměřené laboratorní hodnoty zkoumaných odběrových materiálů, teplota, krevní tlak, moč, stolice.

V každé nemocnici je velké množství hospitalizovaných pacientů, kteří svoji dočasnou hospitalizaci zvládají bez větších problémů, berou ji jako součást životního cyklu, nemoc překonají v relativně krátkém časovém období, bez somatických či psychických následků. Vedle nich ale jsou ti, jejichž onemocnění je natolik závažné, dlouhotrvající nebo s nejistou prognózou, těch, kteří trpí „tělem i duší“. Právě pro tyto pacienty je pastorační péče velkou oporou a pomocí.

Duchovní témata se stala v posledních letech určitou módní záležitostí. Je to pochopitelné, neboť každý člověk disponuje duchovními potřebami. „Všichni potřebujeme v něco věřit, ale navzdory tomu je mezi lidmi mnoho nedůvěry a „nevíry“ (nedostatku víry).“<sup>8</sup> V situaci vážného onemocnění či blížícího se konce života přichází duchovní téma zcela přirozeně a vystupuje do popředí zájmu.

Pastorační péče v českých zemích není žádnou novinkou. Po více než půlstoletí se v posledních letech znovu nachází to, co zde již dávno bylo a nemocným lidem dobře sloužilo. Za ono půlstoletí „jiných názorů a hodnot“ se ale hodně věcí změnilo. Především se změnila úroveň poskytované medicínské péče, prodloužila se průměrná délka života. Objevily se tzv. civilizační a psychosomatické choroby, dnešní pacient často trpí nejen bolestí somatickou, fyzickou, ale také bolestí spirituální.

Řešením nedostatku času, kompetencí a odbornosti ze strany zdravotníků je zařazení nemocničních kaplanů jakožto součástí zdravotnických týmů. Podle Svatošové<sup>9</sup> minorita praktikujících věřících křesťanů není stěžejní skupinou, která postrádá pomoc kaplanů. Tato

---

<sup>8</sup> VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*, s. 315.

<sup>9</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 86 - 87.

část pacientů většinou velmi dobře nachází pomoc v rodině nebo u dalších spoluvěřících. Mnohem větší potřeba pastorační péče vzniká u „nepřehlédnutelné, bohužel však často přehlížené a opomíjené „majoritní šedé zóny“.“ Touto skupinou Svatošová míní početnou skupinu nemocných, kteří jsou názorově nevyhranění, tápají, hledají a pochybují. Sami sebe označují za nevěřící, ale skutečný stav jejich spirituálních prožitků a potřeb je velmi často odlišný od těch deklarovaných.

Zcela nezpochybnitelné místo kaplana ve zdravotnickém zařízení je také při poskytování péče paliativní.

„Jedním z hlavních cílů paliativní péče je udržovat nebo zlepšit kvalitu života pacientům, kteří trpí nevléčitelným onemocněním. Pacienti kromě satureování základních potřeb, které jsou v paliativní péči uspokojovány většinou s dopomocí zdravotníků, přikládají nemalou důležitost také potřebám psychologickým, sociálním a v neposlední řadě i spirituálním. Saturace spirituálních potřeb se nedotýká jenom pacientů věřících, ale pacientů všech. Vyhledávání a uspokojování duchovních potřeb by se mělo stát součástí komplexní ošetrovatelské péče o nemocné. Zjišťování bio – psycho - sociálních a spirituálních potřeb u terminálně nemocných a jejich rodinných příslušníků je nezbytnou součástí péče o umírajícího pacienta. Hodnocení saturace potřeb může být důležitým indikátorem pro měření kvality života.“<sup>10</sup>

„Duchovní pohoda pomáhá vytvářet ochranu proti úzkosti, která je spojena s konečností života, i ochranu proti obavám ze ztráty důstojnosti.“<sup>11</sup>

Pro vážně nemocné a umírající pacienty bývá velmi často problémem pochopit smysl jejich ochromeného žití, smysl toho, čím procházejí. Je velmi těžké najít vysvětlení pro prožívané utrpení a bolest. Podle rakouského lékaře Viktora Emila Frankla je základní potřebou každého člověka vyjádření jeho duchovní motivace, tj. hledání smyslu v životě. Tuto potřebu nazývá „vůlí ke smyslu“.<sup>12</sup> Proto mnozí nemocní potřebují vedle sebe člověka, který by je tímto těžkým obdobím provázel, naslouchal by jim a pomáhal jim nalézt smysl pro prožívané strádání. Pokud se jim podaří navzdory objektivnímu stavu nalézt smysl a zaujmout k vlastní situaci postoj, dochází ke zlepšení jejich duševního stavu, stabilizaci emocionálních prožitků a tím také k lepšímu vyrovnání se s utrpením a bolestí.

---

<sup>10</sup> HAJNOVÁ, Erika, Radka BUŽGOVÁ a David FELTL. *Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči* [online].

<sup>11</sup> KISVERTOVÁ, Helena. *Důstojnost pacienta jako součást NIC intervence Duchovní podpora* [online].

<sup>12</sup> FRANKL, Viktor. *Člověk hledá smysl*, s. 66 - 67.

Frankl rozlišuje životní hodnoty člověka na tvůrčí, zážitkové a postojové. U vážně nemocných pacientů lze uplatnit již pouze hodnoty postojové. Pacient má vždy možnost zaujetí určitého hodnotného postoje k objektivním i subjektivním skutečnostem ve svém životě, nehledě na to, jakou mají podobu.<sup>13</sup> Pokud se podaří změnit postoj pacienta k jeho vážné situaci, nalézt smysl a význam toho, co nemocný cítí, prožívá významnou úlevu jak nemocný, tak jeho okolí – rodina, blízcí i pečující personál ve zdravotnickém zařízení.

Při hledání smyslu utrpení a bolesti, které vážnou nemoc doprovázejí, vyvstává potřeba ujasnění si vztahů ke svému okolí, ale také s sobě samotnému. Často přicházejí obavy z toho, co přijde, budoucnost se jeví velmi nejistá, vlastními silami již neovlivnitelná a nezvládnutelná. Právě v těchto chvílích je pro nemocného přítomnost člověka, který jej vyslechne, vyjádří pochopení pro jeho obavy a i třeba pouze svou přítomností mu usnadní pochopení a přijetí vážné situace, často emocionálním vysvobozením.

Ve zdravotnických zařízeních bohužel pacienti musí často tyto těžké situace prožívat o samotě. Zdravotnický personál zajistí péči o fyziologické potřeby, přiděl medikace, vyšetření a rozklíčování patologických symptomů. Nemá ale dostatek času, síly, chuti či schopností reagovat na spirituální potřeby pacienta. Chybně často reagují i příbuzní nemocného, kteří se snaží při rozhovorech s nemocným odvádět pozornost od témat nemoci a umírání v naivní představě, že tím nemocného povzbudí a „přivedou na jiné myšlenky“. Nemocniční kaplan je právě tím, který nechá nemocného hovořit bez obav o svých starostech, umožní mu srovnat si myšlenky, porozumět své situaci, přehodnotit životní hodnoty a cíle.

MUDr. E. Kalvínská, Ph.D. z oddělení psychospirituální péče ve Fakultní nemocnici v Motole říká, že „je velmi důležité hovořit s pacienty o jejich úzkostech, stescích, nejistotách apod. Pokud se podaří zjistit, co nemocní potřebují vyřešit (a to nejen umírající), bývá to pro pacienty i jejich okolí velkou pomocí“.<sup>14</sup>

Pastorační péče není přínosem ale pouze pro pacienty samotné. „Za provázení bývají často vděční nejen sami pacienti, ale i jejich příbuzní, kteří v motolské nemocnici vědí, že mohou požádat o podporu také pro sebe. To jim pomáhá náročnou a často dlouhotrvající zátěž zvládat. Lépe pak snášejí utrpení, které prožívá jejich blízký i oni sami.“<sup>15</sup>

V současnosti je ale financování zdravotnictví v ČR zaměřeno převážně na vykazování a proplácení výkonů, které zabezpečují ošetřování pacientů z pohledu jejich

---

<sup>13</sup> FRANKL, Viktor. *Člověk hledá smysl*, s. 61 - 63.

<sup>14</sup> PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*, s. 181.

<sup>15</sup> PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*, s. 181.

fyzického stavu. Důsledkem této situace je fakt, že mnozí pacienti se pak v situaci, kdy se obávají o svůj život, nemají se svými naléhavými otázkami na koho obracet.

„Tím, že se medicína uzavře jen ve své „věrnosti tělu“ jako biologická věda, může se stát, že se octne ve stavu, kdy nebude „v souladu se současnými dostupnými poznatky“ nebo nebude „v předstihu zajišťovat dostatek potřebných poznatků a uplatňovat je na všech úsecích“, které mají vliv na „rozvíjení tělesného a duševního zdraví“ (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu).“<sup>16</sup>

„Nemocní i zdravotníci se tak dostávají do náročných situací, zvláště v obdobích plných utrpení, bolesti a beznaděje při vážném onemocnění či umírání. Sestry i lékaři většinou nemívají příležitost se při svém vzdělávání blíže seznámit se způsoby poskytování psychosociální a spirituální péče. Proto se v těchto situacích mohou hůře orientovat a necítí se dobře. Současná medicína totiž umožňuje stále většímu počtu nemocných prodlužovat období končícího života i několik let. Umírání se u mnohých stává jednou z částí života. Vážně nemocní i jejich blízcí mívají dost času přemýšlet nad různými otázkami, které je v době aktivního života nenapadaly. Začínají se s nimi pak svěřovat i svým lékařům a sestřím, u nichž však někdy vyvolávají rozpaky.“<sup>17</sup>

Ze strany zdravotníka je z pohledu spirituálních potřeb především důležité při každodenním kontaktu s pacientem rozpoznat jeho duchovní potřebu a nouzi. Jeho role pak spočívá ve vyjádření podpory a pochopení pacienta a následném zajištění péče příslušného odborníka. Zdravotnický personál ale často pociťuje obtíže a zábrany při komunikaci s vážně nemocným či umírajícím pacientem. Podle Kalvínské zde může hrát roli únava zdravotníků, nevšímavost, obavy z naslouchání existenciálním otázkám pacientů nebo jejich blízkých či nechuť až strach hovořit o smrti, která pro ně bývá často tabu z důvodů profesionálních (smrt pacienta je pro ně synonymem selhání a prohry) i z důvodů osobních, neboť sami nejsou vyrovnáni s pocitem vlastní smrtelnosti. „Lékaři ani sestry dosud nemívají běžně možnost pozvat si na pomoc nemocničního duchovního, který by byl schopen poskytovat spirituální podporu v širším slova smyslu, tedy ne pouze v náboženském. V jiných případech se zdráhají to udělat, protože se obávají náboženského ovlivňování pacienta nebo přímého odmítnutí této péče pacientem samotným.“<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> KONEČNÁ, Hana, *Danica SLOUKOVÁ a Tonko MARDEŠIĆ. Medicína založená na důvěře*, s. 138.

<sup>17</sup> PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*, s. 363.

<sup>18</sup> PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*, s. 367.

### 2.2.1 Náplň činnosti nemocničního kaplana

V roce 2004 bylo uveřejněno v českém překladu Doporučení Rady Evropy o organizaci paliativní péče.<sup>19</sup> Doporučení s následnou přílohou zmiňuje duchovní potřeby (obtíže atp.), existenciální otázky a nezbytnost péče o ně. Totožné požadavky na zabezpečení péče o duchovní rozměr pacienta a jeho blízkých osob najdeme i v Mezinárodních akreditačních standardech pro nemocnice.<sup>20</sup>

V roce 2002 reagovala na potřeby evropské medicíny Evropská síť zdravotní kaplanské služby, která vydala „Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě“. Zdravotní kaplanská služba, jinak řečeno pastorační péče ve zdravotnických zařízeních, poskytuje pastorační službu či poradenství ve zdravotnických zařízeních, a to „... s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují. Přivádí ke zdrojům osobním, ke zdrojům víry, ke zdrojům kulturním i zdrojům společnosti“<sup>21</sup>.

Osoby, které vykonávají klinickou pastorační péči, lze označit různě - podle víry, denominace, tradice nebo národa. Evropská síť kaplanů volila ve svém textu označení „kaplan“ a „pastorační“ jakožto nejčastěji používané.

Náplň činnosti nemocničního kaplana je velmi různorodá a obsáhlá. V příloze č. 1 je uveden přehled činností nemocničního kaplana stanovený Asociací nemocničních kaplanů<sup>22</sup> a rámcová nabídka služby členů Katolické asociace nemocničních kaplanů pro pacienty, jejich příbuzné, pozůstalé a pracovníky ve zdravotnictví.<sup>23</sup>

Z těchto zdrojů je zřejmé, že náplň činnosti kaplana ve zdravotnickém zařízení vychází z jeho poslání a smyslu jeho činnosti – doprovázet, být nablízku, pomoci, nabídnout modlitbu, svátost, anebo zprostředkovat kontakt s knězem či duchovním z jiné církve.

### 2.2.2 Smysl pastorační péče

Pacient hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení se velmi často nachází ve zvláštním rozpoložení – má čas a příležitost přemýšlet o svém životě, hledá odpovědi na

---

<sup>19</sup> SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce v paliativní péči* [online].

<sup>20</sup> *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*.

<sup>21</sup> OPATRná, Marie. *Klinická pastorační péče a její poskytovatel*, s. 746.

<sup>22</sup> *Nemocnicnikaplan.cz* [online]. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/10-Nemocnicni-aplan-v-prostredi-emocnice/index.htm>.

<sup>23</sup> *Kaplan-nemocnice.cz* [online]. Dostupné z: <http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/10/let%C3%A1%C4%8DekKANK.pdf>.

existenciální otázky, mnohdy si pokládá i otázky o smyslu života, o své budoucnosti, o životní cestě, kterou kráčí. A právě v těchto chvílích mu pastorační péče nabízí určitou možnost, jak se zorientovat, najít odpovědi na nově vzniklé otázky, a napoví, jak obstát důstojně v této nelehké životní situaci.

Člověk dnešní doby v evropské kultuře vnímá obavy v mnoha oblastech. Není to pouze utrpení a bolest. Obává se situací, které jsou pro něho nové, se kterými se nesešel a nemůže se proto opřít o svoji zkušenost. Ačkoli mnozí v rámci svého vzdělávání a přípravy na povolání absolvují trénink psychické a někdy i fyzické zátěže, příprava na situaci, kdy člověk ulehne do nemocničního lůžka, není součástí žádného tréninkového programu.

Hospitalizace a závažná nemoc přinášejí také často strach z osamění. S tím souvisí obava z omezení funkčnosti člověka, ze ztráty samostatnosti, nezávislosti na druhých. Mnoho pacientů vnímá svoji nemoc jako osobní ponížení, sociální ochromení, jistou formu diskvalifikace.

Tyto a mnohé další obavy je často velmi obtížné sdílet se svými blízkými, s rodinou a přáteli. Pastorační péče významně přispívá k posílení a podpoře psychického a duchovního stavu pacienta, který má následně velmi významný vliv na jeho stav fyzický, na posílení obranyschopnosti organismu, na rychlejší regeneraci a proces uzdravování.

Aleš Opatrný (kap. Eutanazie z pohledu pastorálního teologa) vnímá nemoc také jako výzvu a úkol.<sup>24</sup> Nezahrnuje pouze funkce tělesné, ale odráží se také v psychice a často přivádí nemocného k otázkám existenciálním a spirituálním, v jejichž řešení by měl být okolím podporován. Na prvním místě je přirozeně v době hospitalizace léčení a odborné ošetřování ze strany lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Nemocný ale potřebuje často také pomoc někoho, kdo mu rozumí, snaží se chápat jeho stavy beznaděje, úzkosti a nejistoty, které nemoc doprovázejí.

Nemocný se musí zorientovat v nové situaci, přijmout dočasnou nebo i trvalou nemohoucnost a závislost na druhých. Řeší velmi obtížný úkol - svůj dosavadní, často aktivní a šťastný život, dát do souvislosti s životem v nemocnici, přijmout omezení daná nemocí a hospitalizací. V případě nepříznivé prognózy stojí před úkolem integrovat nemoc do svého života a najít smysl života i za těchto nových, nežádoucích podmínek.

Nastupuje strach o sebe a o své blízké. Fyzická bolest, bezmoc, ztráta duševních schopností, umírání, jsou umocňovány obavou o své bližní, jejich zabezpečení v případě závislosti, ale i o zvládnutí nově vzniklé situace z jejich strany.

---

<sup>24</sup> PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*, s. 202 - 205.

Nemocný bilancuje svůj život, rekapituluje, vnímá a více si uvědomuje své výhry a prohry, úspěchy i ztráty, přemýšlí nad úkoly, které má před sebou, přemýšlí o šanci na jejich splnění vlastními silami, hledá nové varianty pro jejich uskutečnění. Vyrovnává se s životními křivkami a neúspěchy, skutečnými či domnělými, s chybami a porušeními pravidel. Tehdy je velmi důležité nalézt rovinu smíření a odpuštění sám se sebou i s těmi, kterým se nemocný cítí být odpovědný – s partnerem, dětmi, rodiči, Bohem, „osudem“.

Někteří nemocní cítí potřebu o těchto otázkách komunikovat a postupovat při jejich zodpovězení po boku s někým, kdo je bude na této nelehké cestě provázet, směřovat, podporovat a chápat.

„Individuální specifické rozdíly v pojetí smyslu pastorační péče svědčí o rozsahu spirituality a poměru jejího zastoupení v životě každého člověka. Přesto lze konstatovat, že v posledních záležitostech se s blížícím koncem zvýší i potřeba náboženskosti (a někdy dokonce i oné pragmatičnosti ve smyslu kalkulace se smrtí). Na druhé straně zde platí, že i kdyby měla duchovenská služba posloužit právě jednomu člověku, je smysluplná, stejně jako každá pomoc, například přímo-obslužná.“<sup>25</sup>

### **2.2.3 Cíle péče pastorační a péče zdravotnické**

Je s podivem, že po tolika letech poskytování pastorační péče v mnoha českých nemocnicích, je zdravotníky i teology spirituální péče ve zdravotnictví stále ještě považována za výhradně náboženskou, tj. zaměřenou pouze k posilování víry, náboženského přesvědčení a na prohloubení vztahu pacienta k jeho domovské církvi. Tento fakt velmi negativně ovlivňuje integraci pastorační péče do péče zdravotní. Zdravotnický personál pak často přistupuje k této formě péče s nedůvěrou a obává se nevhodného ovlivňování pacientů náboženskou ideologií.

Cílem pastorační péče je především pomoci těžce nemocnému nebo umírajícímu člověku se vyrovnat s mnohdy tragickou a nevyhnutelnou skutečností, která se ho bytostně dotýká, napomoci mu ji akceptovat a také se s ní vypořádat, hledat a najít naději a přispět k nalezení smíření a pokory. Její důležitost je také v přítomnosti při procesu uzdravování.

Cílem je služba samotná. „Duchovní péče, tak jak se s ní setkáváme v Bibli, se primárně neptá po onom „proč“, nýbrž pomáhá pochopit ono „k čemu“ a zaměřit život k novému „kam“.“<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. *Geriatrická problematika v pastorační péči*, s. 99.

<sup>26</sup> PFEIFER, Samuel. *Slabé nésti*, s. 169.

Oproti tomu cílem péče zdravotníků je především dosažení zlepšení zdravotního stavu nebo dokonce uzdravení pacienta. Lékař klade důraz na výsledky – průběžné i konečné.

„Nemocnice je zdravotnickým zařízením k soustavné odborné péči o lidi nemocné. Úkolem tohoto zařízení je léčit – a to i tam, kde jsme si vědomi toho, že „lékař léčí, ale Pán Bůh uzdravuje“. Léčení jako úspěšná forma boje s nemocí je však něco podstatně jiného nežli jen péče o umírající. Když pacient umírá, je to častokrát nejen lékařem, ale i celým zdravotnickým týmem viděno jako „porážka v boji“ (obdoba prohraného zápasu). Pro lékaře je jedním z nejtěžších poznání, dochází-li k závěru „tady jsme bezmocní“.“<sup>27</sup>

Pro nemocničního kaplana ale zdravotní stav pacienta není zásadním a rozhodujícím měřítkem jeho přístupu. Pouze mu napovídá, jakým směrem se jeho péče má ubírat, naznačuje možnosti komunikace a cíle, kterých lze dosáhnout. Cíl každého setkání se konkretizuje při setkání s pacientem, často se mění i v jeho průběhu. Pastorační rozhovor je vedle modlitby, náboženských zážitků a zpovědi hlavním způsobem, kterým věřící člověk může dosáhnout duchovní stability a síly – na principu víry. Stejného cíle při rozhovoru může dosáhnout i pacient nevěřící, pokud je mu duchovním poskytnut prostor a porozumění.

## 2.2.4 Cílové skupiny

Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě popisují cílovou skupinu služby velmi rozsáhle. „Kaplanství poskytuje pastorační služby v různých zdravotnických zařízeních, a to tak, že prokazuje službu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují. Přivádí ke zdrojům osobním, zdrojům víry, kulturním i zdrojům společenství.“<sup>28</sup>

Stěžejní cílovou skupinou pro pastorační péči v nemocnicích jsou samozřejmě pacienti hospitalizovaní ve zdravotnických zařízeních. Potřeba pastorační péče ale vzniká často také u příbuzných a známých pacientů, u personálu zdravotnického zařízení, převážně u pomáhajících profesí, u návštěvníků.

Pastorační pracovníci vidí smysl své služby v ulehčení, doprovázení, vyslechnutí. Jejich cílovou skupinou jsou všichni potřební.

---

<sup>27</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 85.

<sup>28</sup> *Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě* [online]. Dostupné z: [www.nemocnicnikaplan.cz/data/2/A/i/evropske-standardy.rtf](http://www.nemocnicnikaplan.cz/data/2/A/i/evropske-standardy.rtf).

## 2.2.5 Vztah pastorační a spirituální péče k sociální práci

Pastorační péče a sociální práce mají mnoho společného. Cílem obou činností je pomoci člověku v obtížné životní situaci. Hospitalizace v lůžkovém zařízení, závažné onemocnění, blížící se konec života, onemocnění či ztráta blízkého člověka, jsou situace velmi těžké, často pro člověka vlastními silami nezvládnutelné. Obtížnost situace nelze řešit pouze ekonomickými, technickými či faktickými procesy. I sebevhodnější pomoc často uvázne na bariéře duchovní rány, nejistoty a bolesti.

„Sociální práce jako obor orientovaný na řešení lidských problémů hraničí s řadou akademických i praktických disciplín, které se zabývají životem člověka.“<sup>29</sup> Sociální práce hledá řešení, cesty, způsoby pomoci. Provází klienta obdobím sociální krize, bezradnosti, pomáhá mu najít cíl a cestu k němu. A na této cestě je většinou hledání a nalezení duchovní rovnováhy a síly jedním ze základních předpokladů úspěchu a dosažení cíle.

Podle Kaňáka diskurz spirituality můžeme v sociální práci najít ve všech fázích jejího vývoje. Především na jejím počátku. Postupně se znovuobjevuje od osmdesátých let minulého století, v Čechách po roce 1990. „První změna postavení diskurzu spirituality byla zřejmě dána potřebou definovat sociální práci jako profesní aktivitu postavenou na vědeckých základech. Druhý posun byl zřejmě umožněn postupným přechodem od objektivistického uchopení světa, i vědy, směrem ke konstruktivismu. V „pozici sociální práce“ se pak tato změna projevila možností přítomnosti více diskurzů, přičemž jedním z nich byl i diskurz spirituality.“<sup>30</sup>

Pastorální teolog Opatrný zdůrazňuje, že při své činnosti se zabývá člověkem, jehož součástí je jeho životní cesta.<sup>31</sup> Pokud tedy chceme pomoci konkrétnímu člověku, musíme znát a mít na mysli jeho celou životní cestu se sociálními vazbami a s jeho spirituální hloubkou.

Cílem a předmětem pastorační péče je „člověk ve své jednotě, úplnosti a životní situaci“.<sup>32</sup> Zaměření pozornosti na trpící, potřebné a chudé, snaha o to jim pomoci, to jsou témata, která spojují pastorační péči a sociální práci.

---

<sup>29</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*, s. 192.

<sup>30</sup> KAŇÁK, Jan. *Postavení diskursu spirituality v sociální práci*.

<sup>31</sup> PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Eutanazie - pro a proti*, s. 205.

<sup>32</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*, s. 150.

## 2.2.6 Pozice nemocničního kaplana v týmu zdravotníků

„Ve Standardech Evropské sítě je uvedeno, že: „Kaplanské služba je poskytována v rámci multidisciplinárního týmu“. Mezi řadou vyjmenovaných aktivit v tomto dokumentu je pak znovu připomenuto, že kaplani mají sloužit jako členové multidisciplinárního zdravotnického týmu.“<sup>33</sup>

V evropských západních zemích a státech severní Ameriky nedošlo k přerušení křesťanské tradice, jak tomu bylo v zemích bývalého východního bloku. Nemocniční kaplan zde měl již po staletí svoji roli, jejíž smysl spočíval v poskytování služby vážně nemocným a potřebným pacientům. Tato role však byla většinou jasně vymezená, bez nutnosti spolupráce a kooperace s dalším personálem zdravotnického zařízení. V podstatě se jednalo výhradně o vztah mezi kaplanem a pacientem.

Ve 20. letech 20. století se tento zavedený úhel pohledu na kaplanskou službu začal v protestantských církvích v USA měnit. Velký posun přinesly práce dr. Kübler-Rossové a dr. Saundersové (koncept hospicové péče). Byly zveřejněny studie, které vyzdvihují důležitost duchovní dimenze člověka a význam pastorační péče pro pacienty se závažným onemocněním. Pozice nemocničního kaplana zůstala i nadále u lůžka pacienta, ale začala se současně přibližovat týmu zdravotníků.

Současné zařazování kaplana do zdravotnického týmu vychází z potřeb jak akutní medicíny, tak paliativní péče, která je mimo jiné definována jako „interdisciplinární a multiprofesní činnost, jež obvykle zahrnuje práci lékaře, zdravotní sestry a dalších zdravotnických pracovníků, kteří mají nezbytnou kvalifikaci k řešení fyzických, psychologických a duchovních potřeb pacienta a rodiny.“<sup>34</sup> Kaplani jsou tedy ve světě jak členy týmů jednotlivých oddělení nemocnic s akutní péčí, tak i členy týmů oddělení paliativní medicíny.

Podle Opatrné<sup>35</sup> je při zařazování kaplanů do týmů u nás nutno vzít v úvahu těžkosti, které mohou vyvstat. Především to mohou být určité předsudky vůči potřebnosti kaplana v týmu ze strany zdravotnického personálu. Upřednostňování zdravotní péče o fyzickou stránku a potlačení psychických a duchovních aspektů péče jsou ve zdravotnických zařízeních dosud častým jevem. Je nutná edukace personálu zdravotnických zařízení. Stejně tak intimita komunikace kaplana s pacientem může ve zdravotnickém personálu vyvolávat

---

<sup>33</sup> OPATRŇÁ, Marie. *Klinická pastorační péče a její poskytovatel*, s. 747.

<sup>34</sup> SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce v paliativní péči* [online].

<sup>35</sup> OPATRŇÁ, Marie. *Klinická pastorační péče a její poskytovatel*, s. 747.

dojem určité nežádoucí výjimečnosti role kaplana a může vést k nepochopení až k averzi vůči pastorační péči.

Kaplan pro svoji práci ale spolupráci týmu potřebuje. Pokud je nemocným vnímám jako součást týmu pomáhajících profesí, snadněji získá pacientovu důvěru a naváže s ním kontakt. Může být mostem pro komunikaci pacienta s personálem, s rodinou a dalšími zúčastněnými. Důležitá je jeho role v a po období sdělení závažné diagnózy, v období komplikací, krizí, v závěru života pacientů a často doprovází pozůstalé v období smutku.

Průběžná přítomnost kaplana na odděleních pak nevyvolává trauma z vžitě představy, že duchovní přichází pouze v situaci, kdy poskytuje tzv. poslední pomazání.

Pastorační péče v nemocnici vychází ze svého názvu. „Ten, kdo se o pacienta stará jako jeho pastýř, je s ním jako jeho „doprovázeč“. Tímto termínem je třeba rozumět funkci do určité míry obdobnou té, kterou má pianista, jenž doprovází na klavír sólového zpěváka. Pastýř doprovází nemocného a má starost o pacienta vedle starostí, které o něho projevuje zdravotní tým.“<sup>36</sup>

Nemocniční kaplan Vítězslav Vurst ve svém rozhovoru v Českém rozhlase Dvojka svoji roli označil jako „zasévače“, který zasévá ne náboženství, ale život, který se někdy ve spěchu doby vytrácí. Vysvětluje, že při pobytu v nemocnici jsou pacientovi často otázky hodnot kladeny naprosto vážně, a pacient se s odpovědí musí nějak vyrovnávat. Cílem kaplana je, aby během pobytu v nemocnici tyto otázky hodnot pomohl pacientům otevřít a dovedl je k tomu, aby o nich začali přemýšlet.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> KAŠPARŮ, Jaroslav. *Základy pastorální psychiatrie pro zповědníky*, s. 40.

<sup>37</sup> VURST, Vítězslav. *ČR Dvojka* [online].

### **3 Pozice nemocničního kaplana**

#### **3.1 Profesní sdružení nemocničních kaplanů v ČR**

V Evropě působí Evropská síť nemocničních kaplanů (The European Network of Health Care Chaplaincy - ENHCC). Je tvořena zástupci církví a národních či denominačních kaplanských asociací a vychází z tradice křesťanské Evropy. Jejím cílem je umožnit jejím členům, kteří slouží v oblasti multidisciplinární zdravotní péče, aby společně sdíleli své zkušenosti a navzájem se od sebe učili, aby si byli nápomocní při vytváření profesionálních standardů nemocničního kaplanství a aby pracovali na zvyšování jeho kvality v evropském regionu.<sup>38</sup> Síť byla založena v průběhu šesté konzultace evropských nemocničních kaplanů na Krétě v listopadu roku 2000.

V roce 2014 při konferenci v Salzburgu vydala ENHCC prohlášení: „Nemocniční kaplanství uprostřed proměn“, ve kterém reagovala na změny, které se dotýkají všech zdravotnických systémů v Evropě. Úmyslem tohoto prohlášení bylo:

- Podnítit diskuzi a výměnu názorů ve společenství evropských nemocničních kaplanů.
- Pomoci vedení zdravotnických organizací, církví a náboženských společností, aby lépe porozuměli roli a vizi nemocničních kaplanů.
- Informovat zdravotníky a pracovníky církví a náboženských společností o rozsahu nemocničního kaplanství a jeho trendech napříč Evropou.

V České republice působí dvě asociace nemocničních kaplanů. Jedná se o Katolickou asociaci nemocničních kaplanů v České republice a Asociaci nemocničních kaplanů.

##### **3.1.1 Katolická asociace nemocničních kaplanů**

Katolická asociace nemocničních kaplanů (KANK) v České republice byla založena Českou biskupskou konferencí ke dni 24. 10. 2013 na neurčito. Její sídlo je v Praze 6, ulice Thárukova 676/3. Je účelovým zařízením Církve římskokatolické.

K 31. 12. 2014 měla v ČR celkem 90 členů, z toho bylo 65 nemocničních kaplanů, 15 dobrovolníků v pastorační péči a 9 odborníků. KANK spolupracuje s křesťanskými i občanskými sdruženími a společnostmi obdobného zaměření na národní i mezinárodní úrovni (Charita ČR, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, Maltézská pomoc, Milosrdní bratři Čechy a Morava, Asociace nemocničních kaplanů, Evropská síť nemocničních kaplanů).

---

<sup>38</sup> *Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě* [online]. Dostupné z: [www.nemocnicnikaplan.cz](http://www.nemocnicnikaplan.cz).

Asociace sdružuje své členy (vyznání římskokatolické), nabízí jim možnosti vzdělávání, organizuje odborné konference, zastřešuje odbornost svých členů, prezentuje činnost nemocničních kaplanů v médiích.

### **3.1.2 Asociace nemocničních kaplanů**

Za účelem koordinace, osvěty, vzdělávání a péče o kaplany, kteří působí v nemocnicích a jsou jiného vyznání než římskokatolického, byla v květnu 2011 založena Asociace nemocničních kaplanů (dále ANK), profesní společenství těch, kteří vykonávají práci nemocničních kaplanů. Sídli v Praze 10, ulice Donská 5.

ANK měla k červnu 2015 celkem 62 členů (37 řádných a 25 přidružených členů). Klade si za cíl propagovat pastorační péči v nemocnicích (osvěta) a současně vnášet zásady týmovosti a standardy ve smyslu etických pravidel. Podporuje vzdělávání stávajících a budoucích nemocničních kaplanů, zajišťuje jim podporu a péči.<sup>39</sup>

### **3.1.3 Spolupráce České biskupské konference a Ekumenické rady církví**

Česká biskupská konference (ČBK) byla zřízena Apoštolským stolcem a je sborem biskupů České republiky, kteří společně vykonávají některé pastorační úkoly ve prospěch křesťanů na území ČR. Církev tvoří jednotlivé diecéze (římskokatolická církev) a exarcháty (řeckokatolická církev).<sup>40</sup>

Ekumenická rada církví (ERC) v České republice je společenstvím křesťanských církví, které vyznávají Pána Ježíše Krista jako Boha a Spasitele podle Písma Starého a Nového Zákona a uskutečňují své poslání společně ke slávě jednoho Boha, Otce i Syna i Ducha svatého. O členství v ERC se mohou ucházet všechny křesťanské církve, které jsou jako církve registrovány v České republice, pokud souhlasí s věroučnouází ERC. Církev římskokatolická je pro ERC církví tzv. přidruženou.<sup>41</sup>

Obě společenství - ČBK i ERC – mají vytvořenu vlastní asociaci nemocničních kaplanů. Toto rozdělení kaplanů dle příslušnosti k jednotlivým církvím bylo a je komplikací při prosazování pastorační péče v oblasti zdravotnictví, neboť tříští a rozměšňuje jednotlivé snahy o zavedení kaplanské služby v nemocnicích.

Významným krokem ke spolupráci kaplanů v oblasti zdravotnictví je dohoda mezi ERC a ČBK - Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí

---

<sup>39</sup> *Nemocniční kaplan.cz* [online]. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/>.

<sup>40</sup> *Církev.cz* [online]. Dostupné z: <http://www.cirkev.cz/>.

<sup>41</sup> *Ekumenická rada* [online]. Dostupné z: <http://www.ekumenickarada.cz/>.

a Ekumenickou radou církví v České republice, která byla uzavřena dne 20. 11. 2006 a dodatek k této dohodě - Dodatek č. 1 ze dne 12. 12. 2011, který upřesňuje a upravuje ujednání obsažená v Dohodě i v jejích přílohách č. 1 a 2 (zde příloha 2. a 3.).

Dohoda zdůrazňuje vědomí společného poslání nemocničních kaplanů a dobrovolníků sloužit potřebným s cílem prospět trpícím v těžkých situacích bez ohledu na jejich vyznání. Stanovuje zvláštní předpis k vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče, kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana a dobrovolníka a přechodná ustanovení pro zajištění splnění požadavků Dohody v praxi nemocničních kaplanů.

### **3.1.4 Odborné předpoklady pro výkon služby**

Požadavky na vzdělávání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v pastorační péči (Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR, Část IV. Přechodná ustanovení, odst. 4 – 6):

#### **A. pro nemocničního kaplana v užším slova smyslu**

- dokončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni
- kurs v oblasti pastorece nemocných
- praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy (doporučeno 2 roky)
- pověření vlastní církví

#### **B. pro pastoračního asistenta**

- alespoň úplné středoškolské vzdělání
- kurs v oblasti pastorece nemocných
- praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy (doporučeno 2 roky)
- pověření vlastní církví

#### **C. pro dobrovolníka v oblasti pastorační péče**

- pověření vlastní církví
- teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví – např. v katolické církvi toto minimum zahrnuje komentovaný výklad Kréda a Desatera a základní znalosti svátostí a zásad duchovního života)
- základní znalosti pastorece nemocných
- praxe v průběhu přípravy

Splnění výše uvedených kvalifikačních předpokladů pro vyslání nemocničního kaplana a pastoračního asistenta v oblasti pastorační péče se ověřuje pohovorem (zkouškou)

před komisí, jmenovanou příslušnou autoritou katolické církve (zpravidla biskupský vikář pro pastorační nemocných) či členské církve ERC. Způsobilost dobrovolníka ověřuje nemocniční kaplan.

Vysílající církev pak zajistí v brzké době následné vzdělání nemocničních kaplanů a pastoračních asistentů v těchto oblastech:

- pastorační a spiritualita nemocných
- speciální kapitoly z religionistiky: náboženství, nová náboženská hnutí a sekty
- kontakty a spolupráce s představiteli jiných křesťanských církví na území, kde se zdravotnické zařízení nachází
- základní orientace v medicínských oborech
- základní znalosti z lékařské a zdravotnické etiky
- duchovní formace (účast na formačně vzdělávacích setkáních)<sup>42</sup>

Podle Vodáčkové v posledních letech roste počet duchovenských i laických pastoračních pracovníků, kteří absolvovali také standardní psychoterapeutický výcvik, případně studovali psychologii. V ČR také funguje systém klinické pastorační výchovy (CPE), který prohlubuje komunikační dovednosti u pastorů.<sup>43</sup>

### **3.2 *Legislativní ukotvení činnosti nemocničního kaplana***

Právní rámec duchovní služby ve zdravotnických zařízeních ČR nemá v současnosti konkrétní samostatné ukotvení. Chybí jasná zákonná ustanovení, která by přiznávala práva nemocničním kaplanům na jejich plnohodnotné místo ve zdravotnickém zařízení a na jejich zařazení do týmu zdravotnického personálu.

Z tohoto důvodu není ochrana práva na náboženské přesvědčení u hospitalizovaných osob a jejich blízkých, stejně jako praktické aspekty realizace tohoto práva při činnosti duchovních, konkrétně nemocničních kaplanů, jasně vymezena. Chybí zákonná ustanovení, která by tento souhrn práv v konkrétní formě přiznávala.

Výkon kaplanské služby v nemocnicích proto čerpá z obecných ustanovení jiných zákonných norem, úmluv a deklarací. Jedná se především o Listinu základních práv a svobod (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.) článek 15 a 16; Zákon o církvích a náboženských společnostech (zákon č. 3/2002, § 2 Svoboda náboženského vyznání); Ústavu Světové zdravotnické organizace WHO: (zákon 189/1948); Úmluvu o lidských právech v biomedicíně (č. 96/2007 Sb. m.s.); Koncepci ošetrovatelství

---

<sup>42</sup> *Kaplan-nemocnice.cz* [online]. Dostupné z: [www.kaplan-nemocnice.cz](http://www.kaplan-nemocnice.cz).

<sup>43</sup> VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*, s. 326.

(metodické opatření Ministerstva zdravotnictví 9/2004); Mezinárodní akreditační standardy: Práva pacientů a jejich blízkých a Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR.

„V srpnu roku 2006 byla mezi katolickou Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví uzavřena „Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví“. Podle této dohody budou křesťané lidem v těžkých životních situacích věnovat péči bez ohledu na jejich vyznání. „Ve vězeňství a armádě v naší zemi funguje systém vězeňských a vojenských kaplanů již řadu let. Pro nemocnice a další zdravotnická zařízení v ČR ale obdobný systém nemocničních kaplanů dosud neexistuje. Péče o duchovní dimenzi nemocných, jejich blízkých a případně personálu je prováděna nesystematicky a velmi různorodě,“ tvrdí předsedkyně České společnosti pro klinickou pastorační péči ČLS JEP MUDr. Marie Opatrná, Ph. D.“<sup>44</sup>

Česká společnost pro klinickou pastorační péči České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) vznikla v listopadu 2008. Cílem této společnosti je interdisciplinární dialog mezi lékařskou a teologickou vědou, vzdělávání odborné i laické veřejnosti, zajištění spolupráce mezi lékařskými a teologickými fakultami, podpora ekumenické spolupráce a dialogu, spolupráce se zahraničními univerzitami a dohled nad dodržováním etických zásad. „Naším přáním je na základě navazování a rozvíjení mezioborového dialogu vytvořit či zlepšit spolupráci lékařů i dalších zdravotnických pracovníků a nemocničních kaplanů v rámci multidisciplinárních týmů a takto dosáhnout zkvalitnění celkové péče o pacienty i jejich blízké.“<sup>45</sup>

### **3.3 *Postoj manažerů zdravotnických zařízení***

Zřizovatelé a vedoucí manažeři zdravotnických zařízení nesou odpovědnost za komplexnost a kvalitu poskytované péče. Saturace duchovních potřeb nedílnou součástí poskytovaných služeb určitě tvoří. Ovšem žádné zákonné opatření, vyhláška či předpis zdravotnickým zařízením možnost či povinnost zajištění pastorační péče ve zdravotnickém zařízení neukládá ani nenabízí.

Management nemocnice musí být tedy hluboce přesvědčen o potřebnosti služby duchovního ve svém zařízení a pro posílení týmu zdravotníků nemocničním kaplanem musí učinit mnoho nezbytných kroků, které jdou nad rámec „tradičního“ poskytování zdravotní péče. To vyžaduje od vedení nemocnice odvahu, osvědčenost a angažovanost.

---

<sup>44</sup> HAVLOVÁ, Květa. Klinická pastorační péče v České republice, s. 19 - 21.

<sup>45</sup> Česká společnost pro klinickou pastorační péči [online]. Dostupné z: [www.cskpp.wz.cz](http://www.cskpp.wz.cz).

Pro duchovní službu je nutno zajistit personální, materiální, provozní a organizační podmínky. Finančně se jedná o čistý náklad, neboť žádná ze zdravotních pojišťoven tento typ péče nehradí, žádný dotační či příspěvkový titul tuto činnost nepokrývá.

Realizace kaplanské služby ve zdravotnických zařízeních v praxi přináší velké množství otázek a dilemat. Jedno z nich je např. financování služby. Náklady na provozování služby jsou někdy hrazeny vysílající církví, někdy zdravotnickým zařízením, v některých případech se zdroje kombinují.

Např. ve Velké Británii, kde pastorační péče ve zdravotnických zařízeních má mnohem delší tradici než u nás, před několika lety vyvstaly spory o zdroje financování nákladů na činnost kaplanů v nemocnicích. Např. Národní sekulární společnost (National Secular Society, NSS) navrhovala, aby činnost kaplanů hradily pouze církve. Národní zdravotní služba (NHS) by pak mohla ročně ušetřit ca. 40 milionů liber.<sup>46</sup>

Nejasnost financování kaplanské služby ve zdravotnických zařízeních souvisí s politickou vůlí vládnoucích stran. Za celé období po r. 1989 se nepodařilo otevřít diskuzi k úpravě zákona o nelékařských zdravotnických povoláních<sup>47</sup> směrem ke kaplanské službě a o zařazení spirituální péče do povinností plynoucích ze zákona o péči o zdraví lidu.<sup>48</sup> Z těchto důvodů nelze ani iniciovat jednání se zdravotními pojišťovnami o zařazení poskytování spirituální péče do katalogu vykazovaných a hrazených činností.

### **3.4 Pohled do zahraničí**

„Nemocničním kaplanem může být v Evropě, USA, Kanadě jak vysvěcená (ordinovaná) osoba, tak „laik“ – ve smyslu nevysvěcený, neordinovaný, jak muž, tak žena. Musí mít však vysokoškolské vzdělání (teologické) a ve většině zemí i následné postgraduální vzdělání, případně výcvik: CPE (Clinical Pastoral Education) nebo CPT (Clinical Pastoral Training). Dále musí mít pověření od své církve.“<sup>49</sup>

„Klinická pastorační služba stojí na zásadách ekumenické spolupráce, v řadě zemí je v současné době nezbytný rovněž mezináboženský dialog. Například po mnoho let funguje spolupráce mezi křesťanstvím a judaismem v některých amerických nemocnicích, nicméně

---

<sup>46</sup> *Zdravotnické noviny: Velká Británie: Spory o financování pastorační péče*, s. 21.

<sup>47</sup> *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.*

<sup>48</sup> *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.*

<sup>49</sup> OPATRná, Marie. *Klinická pastorační péče a její poskytovatel*, s. 746 .

nově, zvláště v Evropě, přichází s požadavky pastorační péče i islám, ačkoli pastorační péče o nemocné nepatří k jeho tradici.“<sup>50</sup>

V prohlášení European Network of Health Care Chaplaincy (ENHCC) vydaném na společné konzultaci jejích členů v Salzburgu v r. 2014 je jasně stanoven směr a význam současného evropského nemocničního kaplanství:

„Tváří v tvář současným změnám musí být nemocniční kaplani pevně zakotveni ve své víře, přesvědčení a hodnotách a z těchto zdrojů musí vycházet ve své praxi. Své odborné znalosti a dovednosti musí neustále udržovat na aktuální úrovni. Musí také teologicky a duchovně reflektovat svou činnost, stejně jako její kulturní a sociální kontext. Takovoto trvale se prohlubující povědomí umožňuje kaplanům pracovat s lidmi hlásícími se k nejrůznějším světovým názorům a vírám, a přitom si zachovat vlastní integritu.“<sup>51</sup>

Např. v Německu je tzv. „Krankenshausseelsorge“, tj. kaplanství, specifickým způsobem pastorační péče křesťanských církví v nemocnicích. Je realizováno výhradně prostřednictvím kaplanů (pastoři, jáhni, pastorační a církevní referenti). Působí zde také dobrovolníci, kteří fungují jako nemocniční kaplani, jsou kvalifikovaní a doplňují službu kaplanů v celém rozsahu. Kaplanství je zaměřeno, stejně jako u nás, nejen na pacienty, ale také na personál v nemocnicích a další skupiny.

Výkon kaplanství je podmíněn zvládnutím velmi širokého rozsahu vzdělávání, neboť profese zasahuje do mnoha tematických oblastí. To vyžaduje specializovaný způsob vzdělávání, požadavky na výkon role kaplana odpovídají odborné přípravě, kontinuálnímu vzdělávání a podléhají průběžnému dohledu. Kaplani absolvují také speciální pastorační psychologické semináře, které se zaměřují na problematiku nemocničního kaplanství, a jsou povinnou součástí přípravy pro absolventy univerzitního studia katolické teologie v Německu.

Důležitou formu tréninku představuje Klinické pastorační vzdělávání. Dále existují možnosti vzdělávání pro specifické oblasti fungování, např. pro dětské nemocnice, JIP, psychiatrii nebo pro zařízení geriatrické medicíny – duchovní péče v paliativním kontextu, etické otázky v klinickém kontextu, např. pro činnost v etických komisích.

V Německu jsou kaplanství a s ním spojené nároky zaručeny ústavou (čl. 140 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland ve spojení s čl. 141 Die Verfassung des Deutschen Reichs), články se týkají tzv. „institucionálního kaplanství“. Jedná se o společnou

---

<sup>50</sup> OPATRŇÁ, Marie. *Klinická pastorační péče a její poskytovatel*, s. 747.

<sup>51</sup> *European Network of Health Care Chaplaincy, ENHCC* [online]. Dostupné z: [enhcc.eu](http://enhcc.eu).

odpovědnost státu a náboženských komunit, tedy tzv. „res mixta“. <sup>52</sup> Článek 141 říká: „Soweit das Bedürfnis nach Gottesdienst und Seelsorge im Heer, in Krankenhäusern, Strafanstalten oder sonstigen öffentlichen Anstalten besteht, sind die Religionsgesellschaften zur Vornahme religiöser Handlungen zuzulassen, wobei jeder Zwang fernzuhalten ist.“ Překlad: Pokud je projevna potřeba bohoslužby a pastorační péče v armádě, v nemocnicích, věznicích a jiných veřejných institucích, je povoleno uskutečnění náboženských úkonů církevními společnostmi, přičemž je nutno se zdržet jakéhokoli formy omezování.

Michael Klessmann ve svém „Manuálu pro nemocniční kaplanství“ <sup>53</sup> věnuje pozornost sociální a funkční integraci pastorační péče v nemocnici jako organizaci. Chápe nemocničního kaplana v nemocničním ústavu jako určitou specifickou profesi, pro kterou hledá konkrétní umístění v systému, ale nachází ji v tzv. meziprostoru. Kaplanství se pohybuje mezi kostelem a nemocnicí: církev stanovuje a určuje rámeček služby, je v roli zaměstnavatele, poskytuje podporu a odborný dozor, nemocnice dává institucionální rámeček provozování pastorační péče.

Tato institucionální „mezipoloha“ dle Klessmanna ovlivňuje obraz pastorační péče; kaplan spolupracuje s pacienty, spolupracovníky a vedením nemocnice, stojí ale mezi nimi. Pastorační péče se metodicky pohybuje mezi evangeliem a reálnými vztahy, běžným rozhovorem a psychoterapií, profesionalitou a bezradností, mocí a bezmocí, nemocí a zdravím, životem a smrtí. Neustále se nachází mezi pólem vztahových a lidských rovin, který je od pastorační péče požadován a očekáván, a mezi institucí stanoveným pólem postupů a nařízením. Pastorační péče je poskytována profesionály, kteří reprezentují svoji církev, její poskytovatelé jsou považováni za specialisty pro rozhovor o víře, životních otázkách, zprostředkovávají v krizi nemoci přes symboly a rituály víry kontakt s transcendentním tajemstvím života, jsou ale ve své roli následně osobně konfrontováni s pocitem bezmoci, nemožnosti pomoci, zastupují světonázor, který stojí mimo medicínsko – terapeutický pohled na nemoc a zdraví.

Prof. Dr. Michael Klessmann, Teologická vysoká škola, Wuppertal, ve své práci „Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus“ – Role duchovní péče v nemocničním systému<sup>54</sup> popsal pozici vykonavatelů pastorační péče následovně:

---

<sup>52</sup> *Krankenhausseelsorge* [online]. Dostupné z: <https://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhausseelsorge>.

<sup>53</sup> SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Seelsorge - christliche Hilfe zur Lebensgestaltung Aufsätze zur interdisziplinären Grundlegung praktischer Theologie*.

<sup>54</sup> KLESSMANN, Michael. *Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus* [online].

1. Moderní nemocnice představuje vědecký, technicky vybavený, byrokraticky organizovaný, seberefrenční systém, který je podřízen přesnému určení a rozdělení rolí, v důsledku čehož často přichází do konfliktu s očekáváním pacientů.

2. Duchovní péče tvoří v nemocnici cizí subsystém systému. Pastorační péče se zaměřuje na duchovní blaho pacientů, zatímco zdravotní systém je posedlý diagnostikou nálezu a řešením jeho důsledků.

3. Úloha a význam pastorační péče mimo jiné závisí na jejím přijetí systémem; lze rozlišit čtyři možné modely: „pastorace je chápána jako služba pro nemocné, na které se přímo zaměřuje, a ignoruje instituci jako takovou“; „pastorace se ztotožňuje s pacientem, individualizuje strukturální deficity a vždy se ocitá v napětí vůči instituci a jejím zástupcům“; „pastorace si klade za cíl hlubokou integraci do léčebného procesu v nemocnici, dochází ke spolupráci a produktivní konkurenci“; „pastorace se nachází v prostoru mezi církví a nemocnicí, přináší své, pro systém cizí, perspektivy a praktikuje formu distancované loajality.

4. Úloha pastorace závisí také na očekáváních, která jsou k ní vztahována. Z mnoha hledisek stojí za zmínku ta, která se dostala do popředí v poslední době: "Rychle postupující výzkum vztahu mezi náboženstvím a zdravím dává náboženské dimenzi v procesu zvládnání nemoci nový význam. Z pohledu Salutogenese (A. Antonovsky), může náboženská orientace pacienta přispět k jeho odolnosti vůči onemocnění a tak podpořit důležitý pocit koherence. Pastorační péče se pak rozšiřuje na této bázi na více než denominační "duchovní péči" (USA), stává se atributem kvality nemocnice. Nicméně zde pak hrozí rozsáhlá funkcionalizace náboženství“. Ve zdravotnictví jsou dále stále důležitější etické otázky; pastorační péče může velmi přispět k reflexi a řešení etických konfliktů.

5. Pastorační péče představuje jistou, v nemocničním systému zanedbanou, dimenzi: udržuje otevřeným patický (chorobný) rozměr života, pokládá otázky po nezbytných lidských podmínkách v instituci nemocnice; pastorační péče připomíná rozměr spravedlnosti v soužití lidí, a to i ve zdravotnictví, připomíná omezenost délky života a nestálost zdraví; nezastírá nevyhnutelnost umírání a smrti.

6. Tím vším přináší pastorační péče přístupy, které nejsou obvyklé, jsou ale velmi důležité pro otevřenost systému zdravotnické péče.

Biskup Dr. Wolfgang Huber, předseda Rady evangelické církve v Německu, ve svém pojednání z r. 2004 „Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische

Krankenhausseelsorge“ „Síla pro posílení bytí člověkem. Myšlenky a směry pro evangelickou duchovní péči v nemocnicích“<sup>55</sup> uvádí:

Nemocnice v Německu se nacházejí v období obrovských změn. Financování výkonů a služeb se řídí ve všech spolkových zemích stanovenými paušálními platbami (DRG), které vytvářejí směr pro hlavní fáze koordinovaného procesu ošetření, pacienti jsou podrobena lékařsky nezbytným vyšetřením v rychlém sledu tak, aby byl pobyt v nemocnici co nejkratší. Neboť tyto požadavky systému jsou pravděpodobně schopny splňovat jen větší ekonomické celky, počítají stěžejní nemocnice s vlnou uzavírání a fúzí, tedy s redukcí ze současných ca. 2 200 nemocnic na ca. 1500 nemocnic. Je pravděpodobné, že zdravotní ústavní péči budou pak zajišťovat hlavně soukromé řetězce nemocnic.

Dobrá medicína, dobrá péče a dobrá duchovní péče patří dohromady. Touha po pastorální péči existuje. Pokud lidé onemocní a jejich onemocnění je natolik závažné, že musí být přijati do nemocnice, očekávají, že se jim tam dostane patřičného poradenství, stanovení diagnózy a léčby, jakož i odpovídající péče a ošetření. Lékaři, zdravotní sestry a další zdravotnický personál poskytují služby na profesionální úrovni. K tomu samozřejmě patří i osobní lidský přístup a podpora.

V důsledku nemoci a utrpení se pacient dostává do změněné situace, jeho vlastní dosavadní životní styl se mění a on se ocitá v procesu určeném a řízeném podmínkami cizí instituce. Mnoho lidí si v těchto chvílích přeje vedle lékařské a ošetrovatelské péče mít možnost také hovořit o tom, co se odehrává v jejich mysli. Otázky, které přicházejí v bezprostředním kontextu nemoci, léčby, péče a sociálního zabezpečení směřují do oblasti existenciální, náboženské a duchovní.

Z tohoto důvodu je kaplanství další důležitou profesí ve zdravotnictví, vedle lékařů, sester, pomocného zdravotnického personálu a dalších, kteří tvoří komplex péče o nemocného. Kaplan nabízí v multireligiózním kontextu možnost péče a podpory v nemocnici, která je určena pro pacienty, jejich příbuzné, jakož i pro všechny zaměstnance nemocnice. Duchovní péče provází lidi každý den osobně, intenzivně, tedy pro ně velmi významným způsobem.

Pro důvěru, která je základem pastorační péče, je bezpodmínečné zapojení pastora do procesů nemocnice a jeho spolupráce s ostatními profesemi v nemocnici, samostatnost a nezávislost kaplanství na ostatních službách. Duchovní péče nemůže být nikomu vnucena,

---

<sup>55</sup> HUBER, Wolfgang. *Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge* [online].

nemůže být ale také nikým popřena. Pastorační setkávání je pro svoji důvěrnost chráněno tím, že všichni nemocniční kaplani dodržují povinnost mlčenlivosti.

V Německu je nemocniční kaplanství poskytováno protestantskou a katolickou církví, často v ekumenickém spojení. V některých případech je poskytováno dalšími registrovanými církvemi. O možnost poskytovat pastorační péči usilují i další církve, zejména muslimové.

## 4 Empirická část

### 4.1 Metodologické postupy

#### 4.1.1 Cíle a předpoklady výzkumu

Hlavním cílem, který jsem si pro své dotazníkové šetření a polostrukturovaný rozhovor stanovila, je získání hlubšího pohledu do situace, podmínek, pocitů a potřeb nemocničních kaplanů při poskytování pastorační péče v nemocnicích.

V teoretické části jsem uvedla informace k pastorační péči jako takové, zúžila jsem pohled na pastorační péči ve zdravotnickém zařízení, popsala jsem náplň činnosti nemocničního kaplana, hledala jsem smysl pastorační péče, její cíle v porovnání s péčí zdravotnickou, jmenovala jsem cílové skupiny péče, popsala vztah pastorační a spirituální péče k sociální práci a definovala jsem pozici nemocničního kaplana v týmu zdravotníků.

Dále jsem popsala profesní sdružení nemocničních kaplanů, odborné předpoklady pro výkon služby, legislativní ukotvení služby a postoj manažerů zdravotnických zařízení k výkonu pastorační služby. Poslední část jsem věnovala pohledu do zahraničí.

Teoretická část obsahuje velké množství faktů a informací, nevypovídá ale nic o tom, jak svoji činnost a svoji pozici vidí nemocniční kaplani. V praktické části jsem se pokusila zprostředkovat pohled samotných vykonavatelů služby. Chtěla jsem zmapovat současnou pozici kaplana v českých nemocnicích, najít příjemce a místo jejich služby, zjistit oblast jejich působení, další aktivity, pojmenovat oblasti, které je možné dále rozvíjet a zlepšovat, ať ze strany kaplanů, personálu, managementu zdravotnických zařízení, domovských církví, profesních sdružení, legislativy, politické moci a dalších.

Základní otázka mé práce zní: Jaká je role nemocničního kaplana v roce 2016?

Přijímá současný systém zdravotní péče péči pastorační? Vnímá ji tradiční zdravotnický personál jako potřebnou? Vyhledávají pacienti tuto péči? Jaká témata jsou při pastorační péči řešena nejčastěji? Jak vidí svoji roli kaplani? Jakým činnostem se věnují kaplani (duchovní či jinak označovaní poskytovatelé pastorační, duchovní či spirituální péče) při svém působení ve zdravotnických zařízeních? V jakých oblastech vidí možnost pro zlepšení? Kde hledají sílu pro svoji službu?

V otázkách, které tvoří dotazníkové šetření, jsou promítnuty i určité předpoklady, jejichž platnost jsem chtěla svým šetřením ověřit.

Předpokládala jsem, že pastorační péče v nemocnicích má v současné době v České republice z pohledu významu a četnosti zastoupení již své důležité místo. Přesto je role nemocničního kaplana často stále ještě „mimo systém“ organizační struktury nemocnice. I

z tohoto důvodu také pokulhává začlenění kaplana do týmu a spolupráce s týmem zdravotníků. S tím souvisí také předpoklad, že působení a náplň činnosti kaplana jsou v různých zdravotnických zařízeních odlišné a kopírují stav a možnosti v konkrétním působišti.

Směřování pastorační péče nevede podle mých předpokladů pouze nebo především k pacientům religiózním, tedy organizovaným v církvích, ale péče je poskytována všem pacientům, kteří o ni projeví zájem, nehledě na jejich víru a osobní přesvědčení.

V neposlední řadě pro mne bylo otázkou přijetí zájmu sociálního pracovníka o oblast pastorační péče samotnými kaplany, duchovními, pastory, příp. jejich domovskými církvemi.

#### 4.1.2 Volba výběrového souboru

Výběrovým souborem pro mé dotazníkové šetření byli poskytovatelé pastorační péče ve zdravotnických zařízeních v České republice.

Používám označení „pastorační péče“, v mnoha případech se tento druh péče ale označuje jako duchovní, spirituální a podobně. Stejně tak poskytovatelé této péče jsou označováni jako kaplan, pastor, duchovní, ... a podobně.

Při hledání kontaktů jsem vycházela především z dat, která jsou k dispozici na webových stránkách asociací KANK a ANK. Kontaktní údaje jsou zde ovšem někdy neúplné, neaktuální. Zdrojem byly také webové stránky Katolické církve v České republice, kde jsou uvedeny kontakty na jednotlivé diecéze. Z tohoto zdroje je patrné podstatně větší zastoupení nemocničního kaplanství v oblasti Moravy.

Dále jsem dohledávala kontakty na webových stránkách jednotlivých nemocnic. V tomto případě byla úspěšnost velmi malá, neboť jen některé nemocnice uvádí informaci a popis služby, příp. kontakt na poskytovatele služby na svých webových stránkách.

Celkem jsem oslovila ca. 100 respondentů. Toto číslo není ale zcela přesné, neboť počet oslovených byl 93, ale v několika případech jsem žádala adresáta mého požadavku o předání a o vyplnění dalším kolegům v zařízení či v organizaci. Dotazník zodpovědělo 42 respondentů, tj. ca. 42% oslovených. Po ukončení dotazníkového šetření jsem obdržela ještě dvě reakce, jejichž obsah příkládám volnou formou.

Počet oslovených respondentů	Počet odpovědí	Úspěšnost responsí
93	42	45%

Tabulka 1 – Počty respondentů

Všechny potencionální respondenty jsem oslovila písemně – elektronicky. Část respondentů, u kterých jsem měla k dispozici pouze telefonní kontakt, jsem oslovila telefonicky, požádala jsem o vyplnění dotazníkového šetření, o souhlas se zasláním odkazu na elektronickou verzi dotazníku a poté jsem je kontaktovala na elektronické adrese.

### **4.1.3 Výzkumná metoda**

Za výzkumnou metodu jsem zvolila explorační metody: kvantitativní výzkum, formu dotazníkového šetření. Tu jsem doplnila kvalitativní formou šetření, metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Konečná podoba dotazníku vznikala v několika fázích.

Původní verzi jsem doplnila a upravena dle připomínek vedoucí mé práce Ph.Dr. Daniely Vodáčkové. Vzniklý dotazník jsem poté postupně dávala k připomínkování 3 nemocničním kaplanům (Mgr. Homola, B.Th., vedoucí Odd. spirituální péče Nemocnice Písek, a.s., Mgr. Benjamín Kraus, kaplan Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., ThLic. Mgr. Nováková Jana, Ph.D., kaplanka a koordinátorka kaplanů ve FN Olomouc).

Všechny připomínky oslovených konzultantů jsem se snažila do dotazníku zařadit tak, abych zohlednila cíle dotazníkového šetření a dodržela záměr dotazník vytvořit uživatelsky přátelský, tj. nezahltit respondenta velkým množstvím otázek, příp. nevyčerpat a neodradit jej při vyplňování složitými otázkami.

Připomínky konzultantů se týkaly vyjasnění smyslu některých otázek, příp. doplnění chybějících údajů, které by mohly být pro vyznění dotazníku podstatné. K původní verzi jsem tedy doplnila otázky týkající se např. situace odmítnutí služby pacientem, formy dalších činností a aktivit kaplanů v nemocnici, skupin nejčastějších příjemců služby, korespondence skupin využívajících službu se strukturou oddělení nemocnice, vnitřních zdrojů pro pastorační péči, apod.

Konečné znění a podobu dotazníku přikládám jako přílohu č. 5.

Vedle dotazníkového šetření jsem pro doplnění volila ještě formu řízených polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovor byl vždy individuální, volný, nekategorizovaný. Otázky jsem měla připraveny předem, ale pouze rámcově. Některým tématům jsem se při rozhovoru věnovala do hloubky, jiná byla zmíněna pouze okrajově. Řídila jsem se vždy vývojem rozhovoru a vycházela z reakcí respondenta. Otázky se týkaly zkušeností, názorů, postojů.

O rozhovor jsem požádala Mgr. Jaromíra Odrobiňáka (koordinátora spirituální péče v PN Bohnice), Mgr. Benjamína Krause (kaplana Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.), Ing.

Miroslava Janovského (ředitele a předsedu představenstva Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.), Bc. Danu Běhounovou (hlavní sestru Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.), Mgr. Rostislava Homolu, B.Th. (vedoucího Odd. spirituální péče v Nemocnici Písek, a.s.), Mgr. Ivana Trnku, římskokatolického kněze a kaplana pro Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

#### 4.1.4 Průběh sběru dat

Data pro svoji práci jsem sbírala v průběhu měsíců ledna, února a března r. 2016.

##### 4.1.4.1 Dotazníkové šetření

Dotazník jsem jednotlivým respondentům dala k dispozici v on - line podobě, odkaz na příslušnou webovou stránku (webová aplikace <https://www.vyplnto.cz/>) jsem zaslala elektronicky. Tato aplikace slouží k realizaci internetových průzkumů. Dotazník má přehlednou formu, jeho vyplňování je jednoduché, graficky dobře zpracované a uživatelsky příjemné.

Dotazník sestával z 25 otázek, které měly několik možností pro vyplnění. Respondent volil buď jednu z nabízených variant bez možnosti volby (otázky uzavřené), vybíral několik variant s možností volby vlastní varianty (otázky polouzavřené), uváděl odhad procentuálního zastoupení, příp. vyjadřoval svůj názor na položenou otázku (otázky otevřené). Použila jsem také několik otázek pomocných, jejichž smyslem byla např. identifikace formy spolupráce, stabilita výkonu činnosti a podobně.

Dotazník byl uveřejněn dne 30. 1. 2016 na dobu 1 měsíce, tj. do 29. 2. 2016.

Část oslovených respondentů reagovala nejen na moji prosbu o vyplnění, ale také podpořila moji práci, ocenila její smysl, příp. požádala o zaslání hotové obhájené práce. Níže několik citací:

*Dotazy se mi líbily a myslím, že šly opravdu k podstatě věci. Velmi rád si Vaši Bc. práci přečtu, pokud by to bylo možné, už teď Vás prosím, zda byste mi ji mohla případně zaslat v elektronické podobě.*

*Moc mě těší, že máte zájem o témata duchovního doprovázení v nemocnicích, navíc v souvislosti s oborem sociální práce, kde je zatím vcelku "pole neorané". P. ThLic. Václav Tomiczek, nemocniční kaplan, Ostrava – Zábřeh*

*Vyplnila jsem Vám dotazník a poslala. Poprosím o zaslání Vaší práce, když ji budete mít hotovou a obhájenou, rádi bychom to pak využili pro naši knihovnu, příp. pro nové nemocniční kaplany. ThDr. Miriam Prášilová, PhD., koordinátorka nemocničních kaplanů ve SCEAV a duchovní služby, Slezská diakonie*

*Budu vděčný, když mě upozorníte na svoji již obhájenou práci. Rád si ji přečtu.*

Mgr. Daniel Smetana, Nemocnice Na Homolce, nemocniční kaplan

Setkala jsem se také v několika případech s vstřícnou snahou vyplnit dotazník, ovšem pro vyplnění bylo nutné vyžádat ještě souhlas nadřízeného orgánu či vedoucího pracovníka. Tato „překážka“ se ale ve všech případech ukázala jako pouze formální a vyplnění dotazníku bylo obratem povoleno.

Např. Jeho Vysokopřeosvícenost Michal, arcibiskup pražský a českých zemí Pravoslavné církve v Českých zemích a na Slovensku mi obratem zaslal svolení a kontakt na příslušného kaplana, otce Víta Metoděje Kouta z Františkových Lázní, který i následně ještě zaslal potvrzení o vyplnění dotazníku.

Ve třech případech bylo odpovědí na moji prosbu o vyplnění dotazníku odmítnutí z různých důvodů, např. nezohlednění rozdílu pastorační a duchovní péče.

*Musím vás uvědomit, že moje pozice v nemocnici není "církevní" a tudíž pastorační péče v nemocnici není mojí prioritou. Rozdíl mezi pastorační (náboženskou) péčí a obecně duchovní je značný! Prošel jsem si Váš dotazník a toto nezohledňuje. Moje skoro 4 letá zkušenost je taková, že přímo pastorační službu v nemocnici vyžadují (vyhledávají) pouze aktivní členové církvi nebo hnutí a to je statisticky asi 1%. Odpovídá tomu i návštěvnost kostelů a modliteben ve společnosti.* ThMgr. Martin Marcinko, nemocniční duchovní, Klatovská nemocnice a.s.

MUDr. Mgr. Marie Opatrná, PhD., která poskytuje klinickou pastorační péči na Onkologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, na moji žádost o vyplnění dotazníku a předání dalším kolegům ve VFN reagovala s následujícím vysvětlením: *Dotazník jsem nakonec nevyplnila, protože je koncipován tak, že musí být zodpovězeny všechny otázky. Některé otázky se však týkají záležitostí, které jsou interní, resp. takové, které nechci zveřejnit.* Na můj požadavek na specifikaci uvedených otázek (navrhla jsem úpravu těchto otázek na „nepovinné“) jsem již neobdržela žádnou odpověď.

Mgr. Magdaléna Solárová, Ph.D. – nemocniční duchovní a koordinátorka spirituální péče ve FN v Motole reagovala na prosbu o vyplnění dotazníku a možnost schůzky s ní nebo s dalšími kolegy z oddělení spirituální péče ve FN Motol takto: *Dotazník kolegům v týmu předám, z možností osobního setkání se omlouvám.*

*Dovolím si jen připomínku/ujasnění?..... v naší nemocnici neděláme pastorační péči.... a Váš zájem o toto téma na katedře sociální a v oboru sociálním? .... máte vlastní kaplanskou zkušenost vzhledem k volbě tématu "rozbor zkušeností...."?....dotazník je sice*

*zajímavý, ale pro vaši práci značně zjednodušený přístup, většinu šetření udělají jiní za Vás.....*

Moje odpověď, kterou níže uvádím, zůstala také bez reakce.

K Vaším připomínkám bych ráda podala vysvětlení:

- Jsem si vědoma toho, že pojem „pastorační péče“ je svým způsobem zavádějící, nicméně jsem jej ve své práci použila, neboť se domnívám, že vešel nejvíce do povědomí. Vnímám rozdíl mezi pastorační a obecně duchovní péčí, spirituální péčí, chápu, že označení služby jako pastorační odkazuje k církevnímu základu. Nicméně mé zkušenosti jsou takové, že tyto dva přístupy se ve většině případů prolínají, resp. nemocničním kaplanem či duchovním či pracovníkem oddělení spirituální péče (označení se různí)... je poskytována duchovní péče především dle potřeb a požadavků, nehledě na vztah k víře. V tom vidím hlavní přednost, výjimečnost a důležitost této služby. Směřuje k člověku, který potřebu služby pocítí a vyjádří, a přizpůsobí se jeho názorům, požadavkům i potřebám. V tomto duchu vyznívá také text Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC, kde je zdůrazněn cíl prospět trpícím bez ohledu na jejich vyznání.

- Můj zájem o toto téma pramení z několika zdrojů.

- a) Jak jsem uvedla, pracuji v nemocnici a s kaplanem, resp. vedoucím Odd. spirituální péče, spolupracuji. Jeho činnost mne velmi zajímá a vážím si jí.
- b) PhDr. Vodáčková, vyučující na naší katedře a vedoucí mé práce, toto téma pro bakalářskou práci nabídla a mne zaujalo. Právě ona mi navrhla také oslovit Vaši nemocnici a požádat o osobní setkání.
- c) Domnívám se, že sociální práce má mnoho společného s péčí pastorační / duchovní / spirituální. Jejich cílem je pomoci potřebnému člověku a nejedná se zde o v nemocnici klasickou pomoc medicínskou či ošetrovatelskou. Sociální pracovník je především zaměřen na řešení konkrétních problémů, faktických překážek. Jak uvedl Váš bývalý kolega pan Vurst 7. ledna 2016 v rozhovoru na ČR Dvojka, jeho cílem (a předpokládám, že cílem všech, kdo pastorační / spirituální / duchovní péči poskytují) je „... během pobytu v nemocnici otevřít otázky hodnot v životě a dovést pacienta k tomu, aby o nich přemýšlel“. A sociální pracovník může poté / současně být nápomocen v realizaci důležitých a potřebných praktických součástí hodnotného života.

- Vlastní kaplanskou zkušenost nemám. Myslím si ale, že není vždy potřeba mít zkušenost s oblastí, která nás zajímá, a o které se chceme něco blíže dozvědět. Máte pravdu, že respondenti mi poskytnou cenné podklady pro výstupy z mého šetření, za to jsem také

každému, kdo si udělá čas na můj dotazník, vděčná. To je ale princip každého dotazníkového šetření, v tom nevidím nic špatného.

Doufám, že jsem objasnila Vaše nejasnosti a připomínky. Mrzí mne, že není možné osobní setkání, ale samozřejmě Vaše rozhodnutí akceptuji.

V těchto případech jsem pochopila různorodost skupiny respondentů, kterou jsem si před začátkem své práce neuvědomila, vycházejí z premisy homogenosti skupiny vzhledem k totožnosti jejího zaměření a cílové skupiny. Odpovědět slovy autorky knihy „Čeho před smrtí nejvíce litujeme“ B. Ware, která na nesouhlasné e-maily po zveřejnění jejích zážitků a zkušeností s umírajícími odpovídala: „Nestřílejte na posla“<sup>56</sup>, jsem se neodvážila. Zvolila jsem tedy cestu odpovědi a nabídky diskuze nad nejasnostmi či připomínkami. Ani v jednom případě ale k diskuzi nedošlo, polemika byla ukončena bez odpovědi na mé vysvětlení.

#### **4.1.4.2 Polostrukturovaný rozhovor**

O individuální rozhovor jsem požádala Mgr. Jaromíra Odrobiňáka (koordinátora spirituální péče v PN Bohnice), Mgr. Benjamína Krause (kaplana Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.), Ing. Miroslava Janovského (ředitele a předsedu představenstva Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.), Bc. Danu Běhounovou (hlavní sestru Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.), Mgr. Rostislava Homolu, B.Th. (vedoucího Odd. spirituální péče v Nemocnici Písek, a.s.), Mgr. Ivana Trnku, římskokatolického kněze a kaplana pro Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Rozhovory byly polostrukturované, měla jsem dán pouze rámec jejich obsahu, základní tematické okruhy. V podstatě jsem se snažila získat vyjádření dotazovaných k tématu pastorační péče. Zajímalo mne pohled a postřehy vykonavatelů pastorační péče, stejně jako názory a připomínky osob v rámci organizační struktury kaplanů nadřízených.

---

<sup>56</sup> WARE, Bronnie. *Čeho před smrtí nejvíce litujeme*, s. 7.

## **4.2 Interpretace dat**

### **4.2.1 Dotazníkové šetření**

#### **4.2.1.1 Popis souboru**

Základním souborem pro sběr dat byli poskytovatelé pastorační (spirituální, duchovní) péče ve zdravotnických zařízeních v České republice. Přesný počet těchto osob je velmi obtížné určit.

Podle údajů Českého statistického úřadu, který zkoumal webové stránky nemocnic v r. 2014, informace o poskytované duchovní službě v nemocnici jsou uvedeny u 39 ze zkoumaných 156 nemocnic (celkový počet nemocnic v ČR je 188<sup>57</sup>), tj. u 25%.<sup>58</sup>

Dle informací získaných z různých zdrojů (webové stránky ANK, KANK, biskupství, nemocnice, ...) odhaduji počet nemocničních kaplanů na ca. 120. Na dotaz zasláný na KANK a ANK týkající se počtu kaplanů evidovaných aktuálně v asociacích se mi ani v jednom případě nedostalo odpovědi.

Mojí snahou bylo oslovit všechny poskytovatele pastorační služby v ČR. Přes velkou snahu a energii vydanou při hledání kontaktů ale předpokládám, že část kontaktů se mi dohledat nepodařilo.

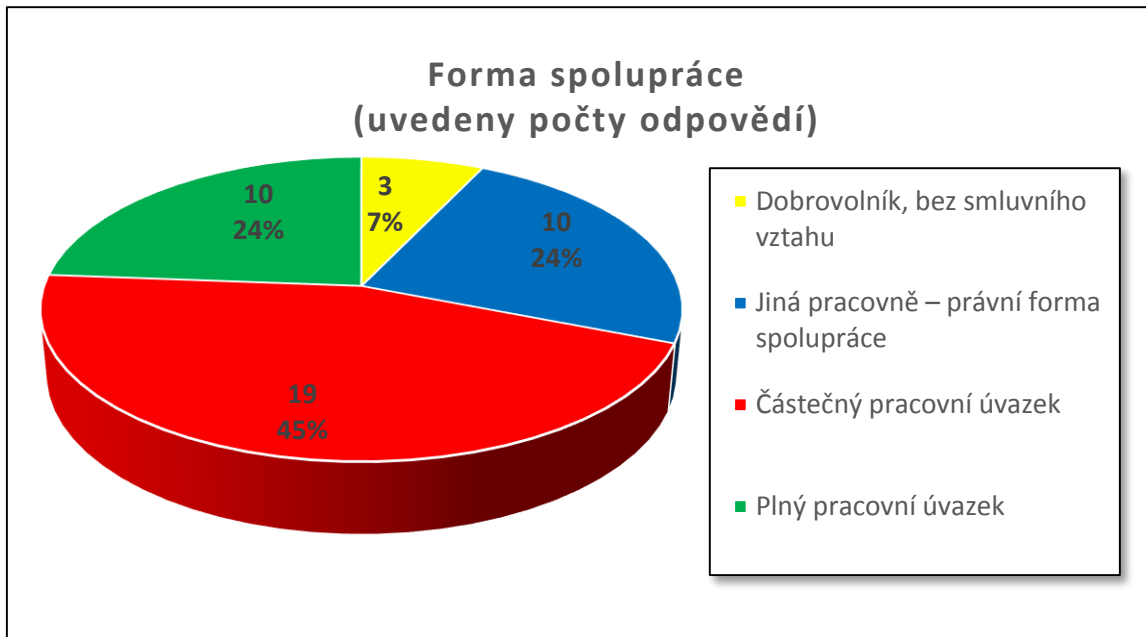
#### **4.2.1.2 Rozbor dle jednotlivých hledisek / otázek**

**1. Forma spolupráce se zdravotnickým zařízením** je nejčastěji realizována částečným pracovním úvazkem. 10 respondentů uvedlo formu spolupráce bez smluvního vztahu, např. jako dobrovolník.

---

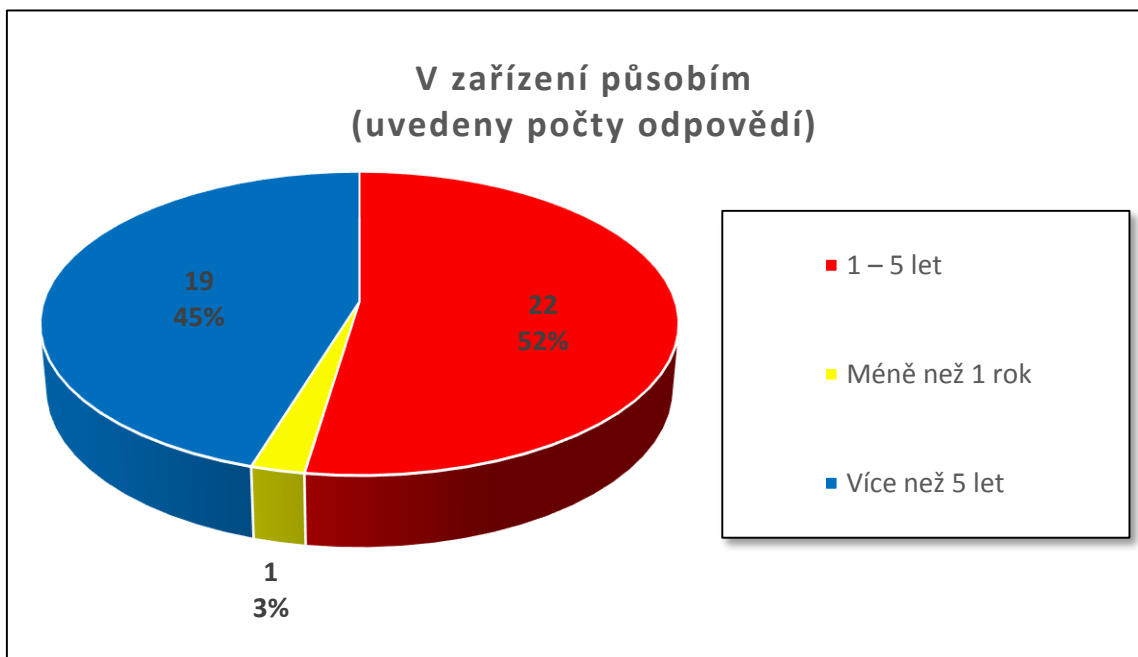
<sup>57</sup> ÚZIS [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/nemocnice>.

<sup>58</sup> Český statistický úřad [online]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/pruzkum\\_webovych\\_stranek\\_nemocnic](https://www.czso.cz/csu/czso/pruzkum_webovych_stranek_nemocnic).



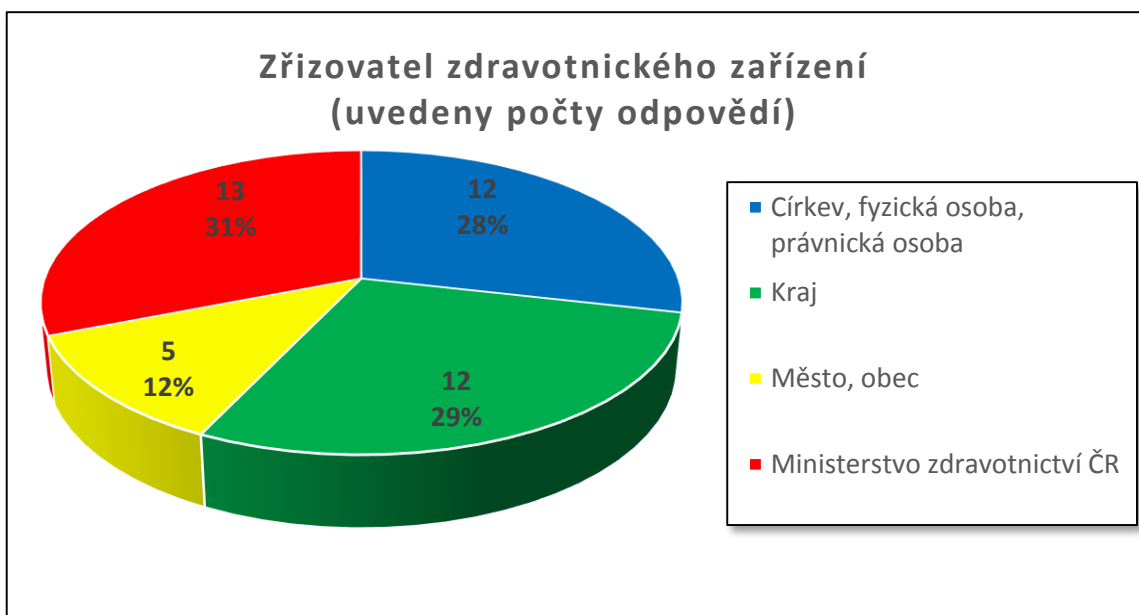
**Graf 1 – Forma spolupráce se zdravotnickým zařízením**

**2. Doba působení ve zdravotnickém zařízení** je ve většině případů dlouhodobá, pouze jeden respondent působí méně než jeden rok. Celých 45% působí v zařízení více než 5 let.



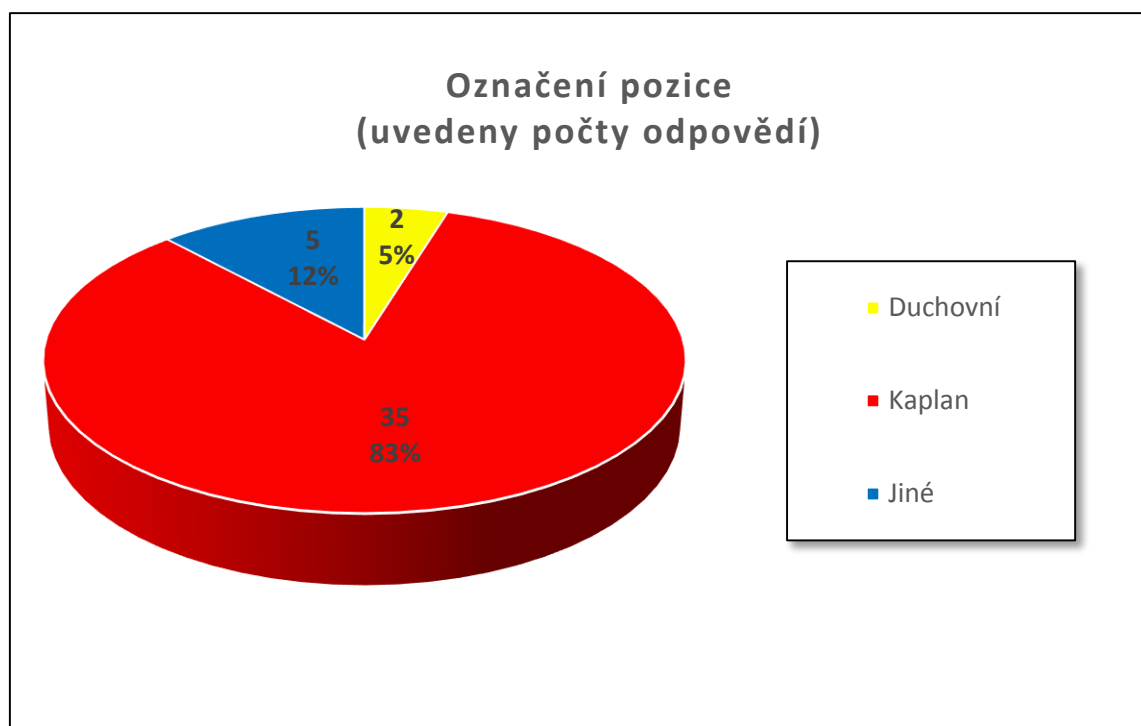
**Graf 2 – Délka působení ve zdravotnickém zařízení**

**3. Zřizovatelem zdravotnického zařízení,** ve kterém kaplani působí, je v 31 % Ministerstvo zdravotnictví ČR, v 29 % kraj, v 28 % církev nebo fyzická či právnická osoba. 12 % zařízení bylo zřízeno městem či obcí.



Graf 3 – Zřizovatel zdravotnického zařízení

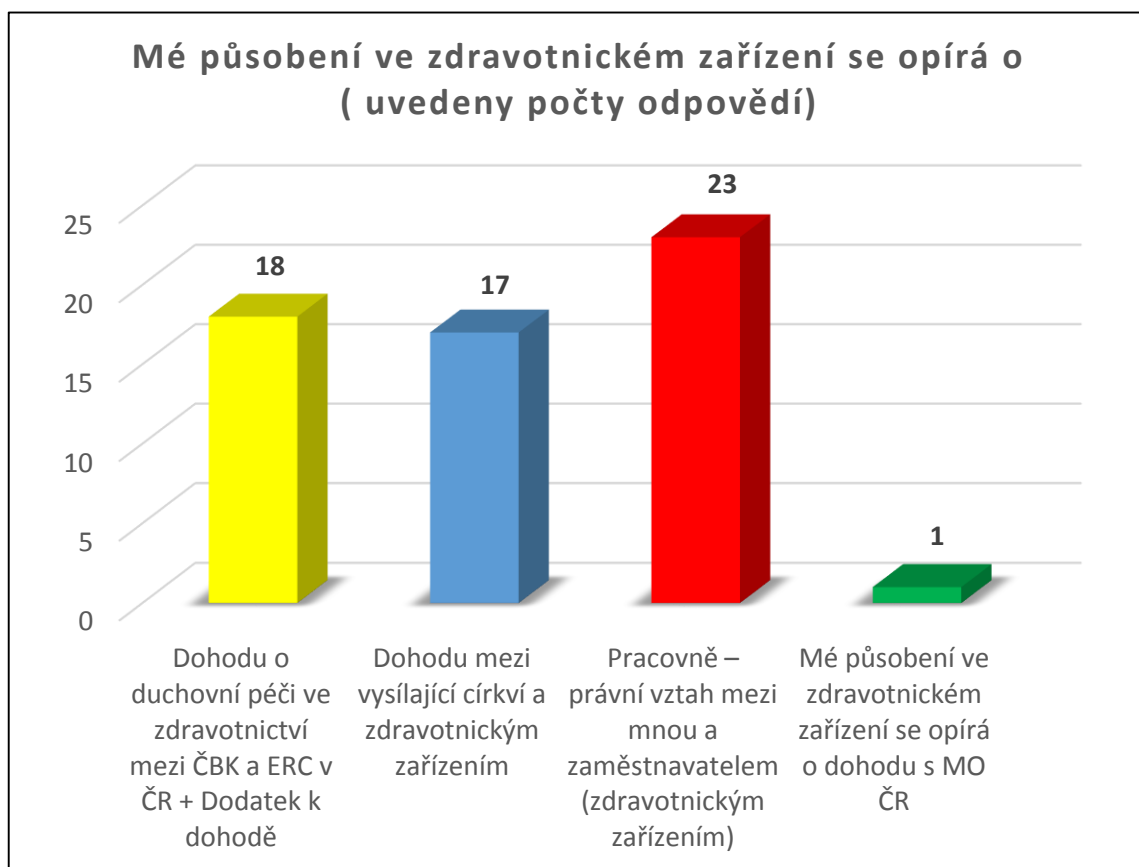
**4. Označení pozice** je v 83% kaplan, v 5% duchovní. Ve 12 případech je používáno jiné označení, např. koordinátor duchovní péče a nemocniční duchovní, koordinátor spirituální péče, asistent psychosociálních dovedností a duchovní péče, pastorační asistentka nemocných, pastorační pracovník.



Graf 4 – Označení pozice

**5. Působení ve zdravotnickém zařízení se opírá** ve 23 případech o pracovně – právní vztah, v 18 případech o Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR a Dodatek k dohodě.

V 17 případech je spolupráce postavena na dohodě mezi vysílající církví a příslušným zdravotnickým zařízením. V případě kaplana vojenské nemocnice je spolupráce založena na smlouvě s Ministerstvem obrany ČR.



**Graf 5 – Forma spolupráce – právní základ**

#### **6. Zařazení pozice kaplana v organizační struktuře zdravotnického zařízení:**

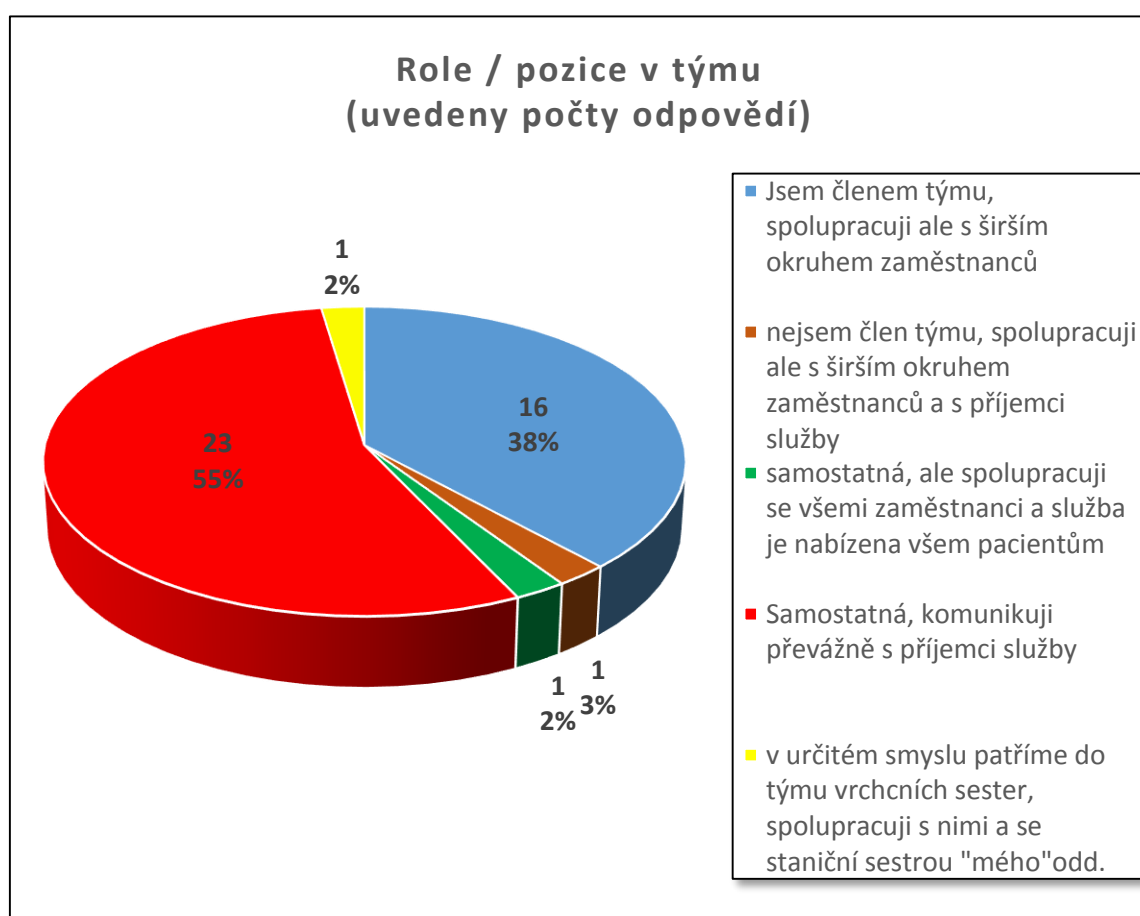
- 24 respondentů je součástí organizační struktury
- 5 respondentů nemá konkrétní umístění v organizační struktuře zařízení, jsou součástí jiné organizační složky.
- 11 respondentů není vůbec součástí organizační struktury
- v 1 případě otázka nebyla pochopena

Zařazení v organizační struktuře a označení pracovní pozice se různí, uvádím některé příklady: zařazení pod osobním oddělením v sekci ředitele nemocnice, nemocniční oddělení Centrum podpůrné péče, zařazení do ošetrovatelského úseku spolu s fyzioterapeuty, nutričními terapeuty a sociální pracovníci, samostatné nákladové středisko, přímou

nadřizenou je vrchní sestra, úsek ředitelství, podřízenost hlavní sestře, podřízenost arcibiskupství.

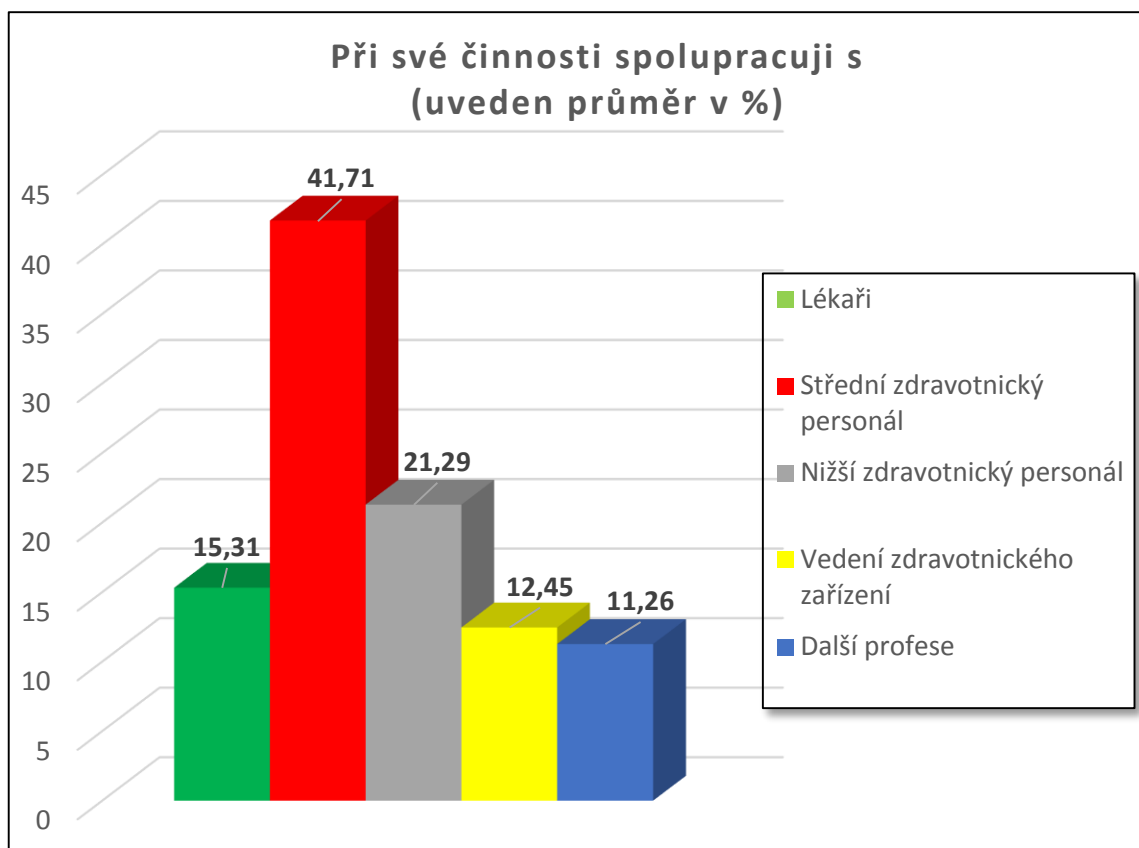
Pracovní pozice: nelékařský vedoucí pracovník, nemocniční kaplan, samostatný referent I - poskytovatel, mediátor a koordinátor psychosociální pomoci, nemocniční kaplan / koordinátor, církve, duchovní podpora a sdílení, dobrovolník

**7. Pozice kaplana** je v 55% mimo tým zdravotníků, komunikuje převážně s příjemci služby. V 38% je kaplan členem týmu a současně spolupracuje s širším okruhem zaměstnanců. Také ve zbylých případech kaplan spolupracuje s týmem, v jednom případě patří do týmu vrchních sester.



Graf 6 – Role / pozice v týmu

**8. Spolupráce s ostatními zaměstnanci zdravotnického zařízení** spočívá v 42% v komunikaci se středním zdravotnickým personálem, v 21% s nižším zdravotnickým personálem. Spolupráce s lékaři tvoří ca. 15%.



**Graf 7 – Spolupráce s ostatními zaměstnanci zdravotnického zařízení**

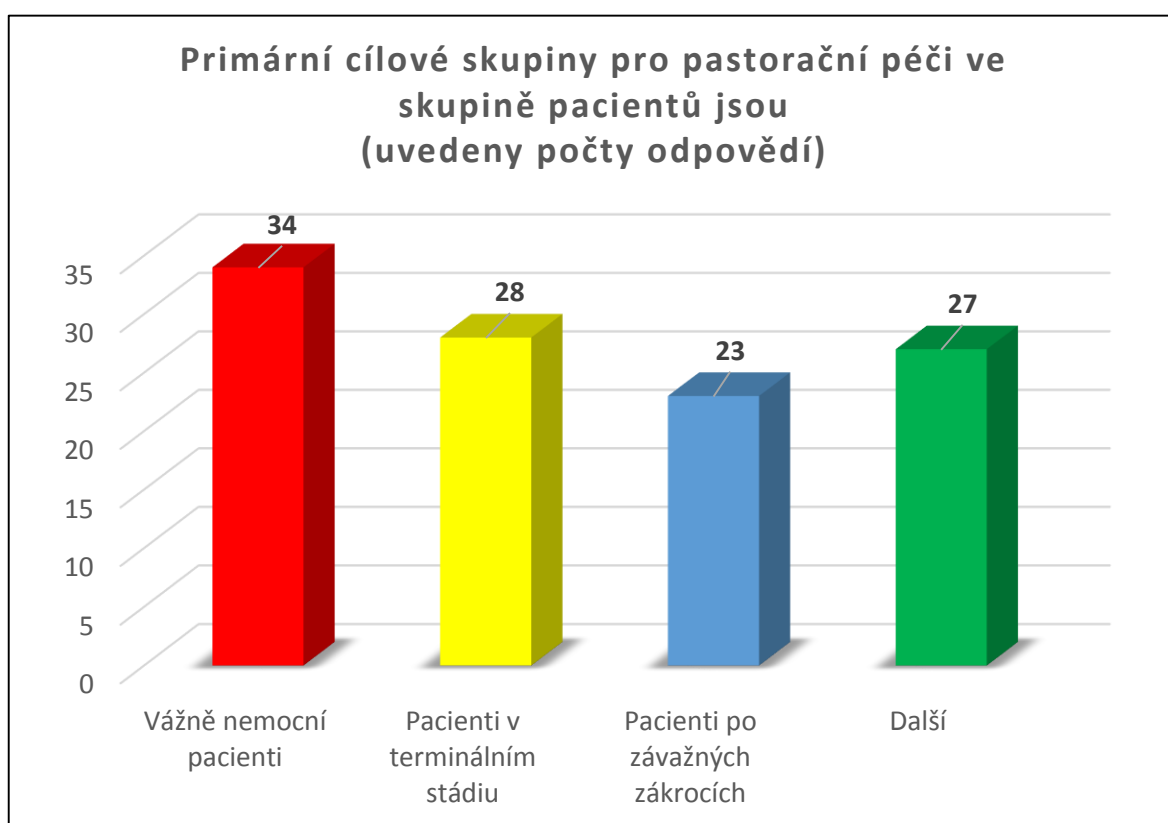
**9. Pro lepší kvalitu pastorační péče** byla respondenty navrhována spolupráce s následujícími skupinami:

- Lékaři (17) - mohou poskytnout informace o pacientovi, které jsou důležité pro vedení rozhovoru, vzájemné obohacení a sdílení informací o pacientovi, o jeho situaci
- Střední a nižší zdravotnický personál (7) - pro jejich přímý kontakt s pacienty, možnost vidět potřebu spíše než ostatní
- Zdravotnický personál (6) - lepší komplexnost péče o pacienta, která zatím není vnímána mnohými z personálu jako samozřejmost
- Vedení nemocnice (4) – zpětná vazba (např. s náměstkem pro ošetrovatelskou péči)
- Sociální pracovník (2) - nejvíce jsem kontaktován zdravotnickým personálem, ovšem sociální pracovník, zvláště v menších zařízeních, je v kontaktu s pacienty i s rodinami a jistě může mít z jejich strany podněty. Je ale otázkou, zda umí rozklíčovat spirituální potřeby
- Příbuzní, přátelé (2)
- Církev (1) – s osobami odpovědnými za kategoriální pastorační v církvích a náboženských společnostech kvůli systémovému a metodickému sjednocení
- Kaplani z ostatních nemocnic (1)

- Neví (3)
- Spokojenost se spoluprací (6)

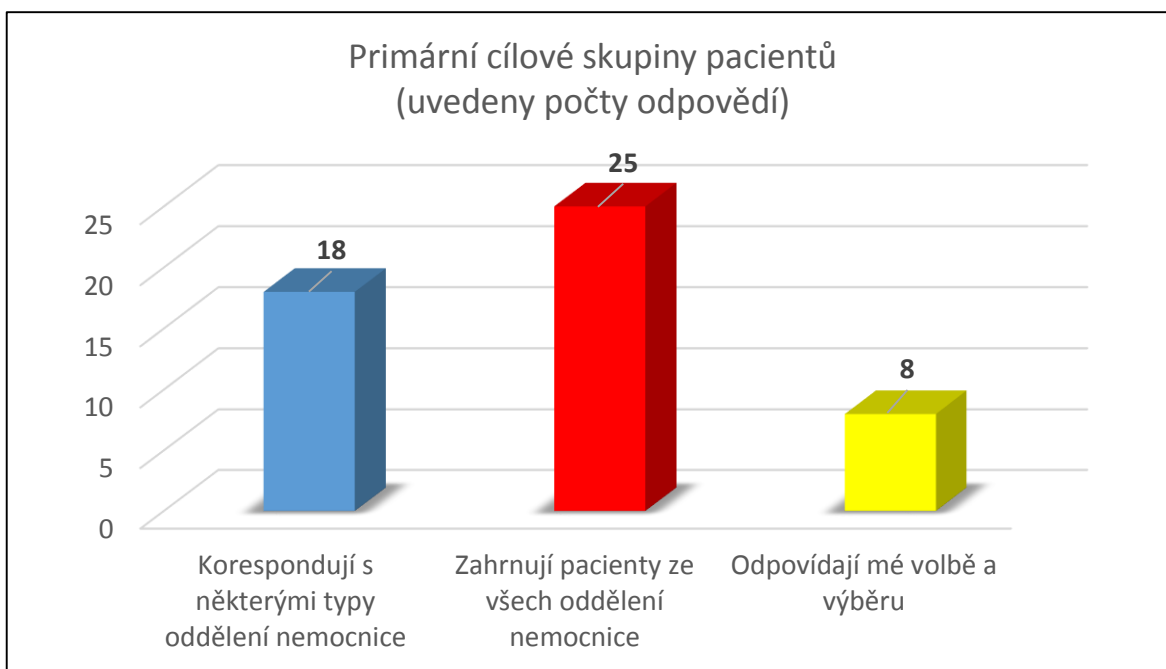
**10. Pacienti, kteří vyhledávají pastorační péči,** jsou obvykle vážně nemocní, pacienti v terminálním stádiu nebo po závažných zákrocích.

Stejně tak ale pomoc volí i pacienti psychicky nemocní, dlouhodobě nemocní, chronicky nemocní, dlouhodobě hospitalizovaní, pacienti před operací, v sociální tísní, úzkostní, problematičtí, pacienti, kteří odmítají léčbu, osamělí, staří, ve velmi pokročilém věku, váleční veteráni. Samostatnou skupinou jsou věřící, kteří požadují duchovní službu.



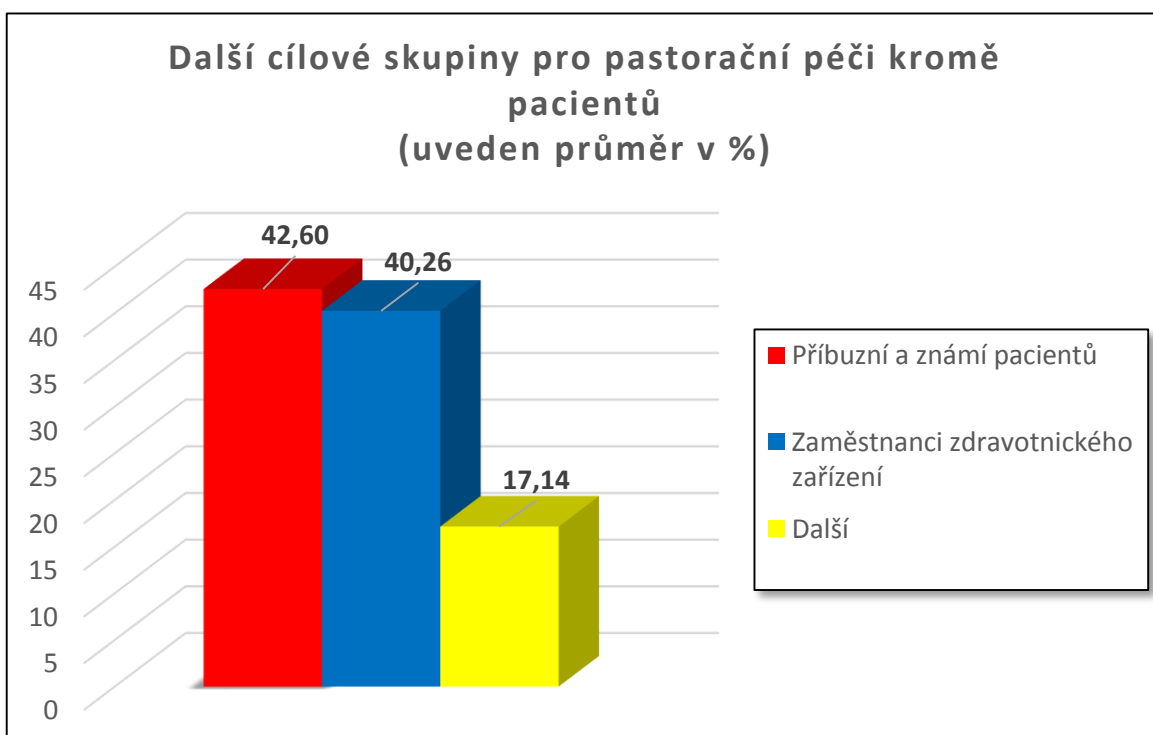
**Graf 8 – Primární cílové skupiny /skupina pacientů/**

**11. Výše jmenované skupiny pacientů, kteří vyhledávají pastorační péči,** zahrnují pacienty všech oddělení příslušné nemocnice v 25 případech, v 18 případech korespondují pouze s některými typy oddělení. Přibližně z 1/5 cílovou skupinu volí sám kaplan.



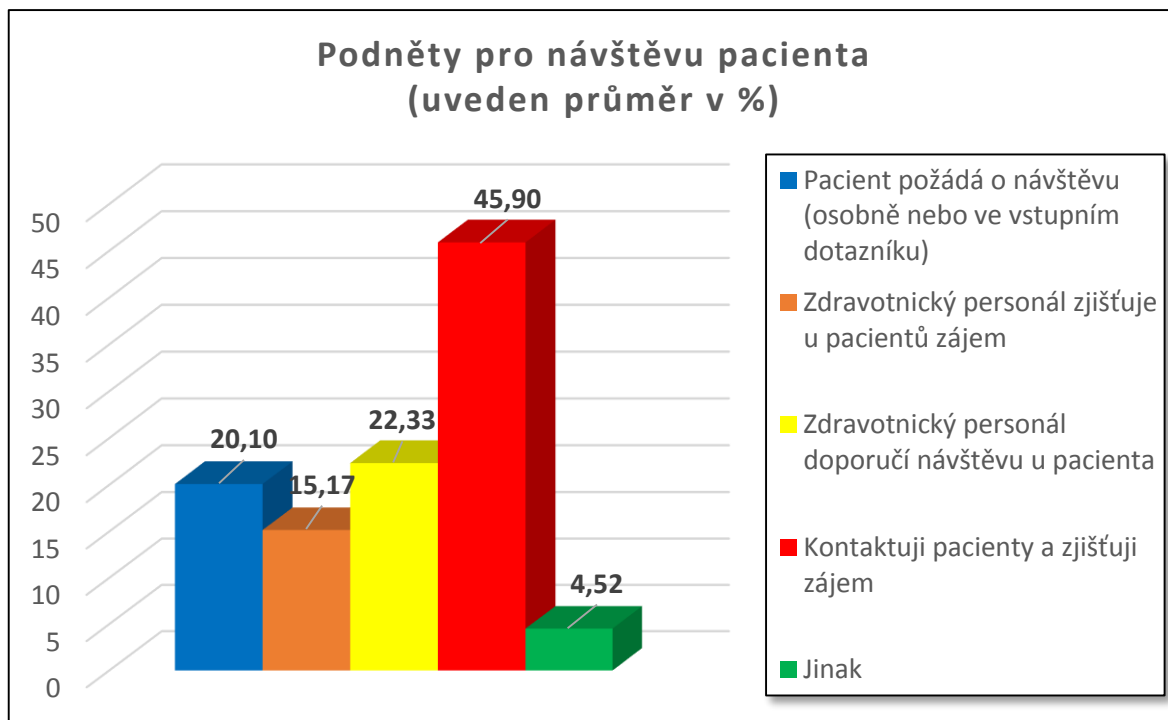
**Graf 9 – Závislost primárních cílových skupin a typů oddělení nemocnice**

**12. Další cílové skupiny pro pastorační péči tvoří téměř z poloviny příbuzní a známí pacientů, o dvě procenta méně je zaměstnanců zdravotnického zařízení.**



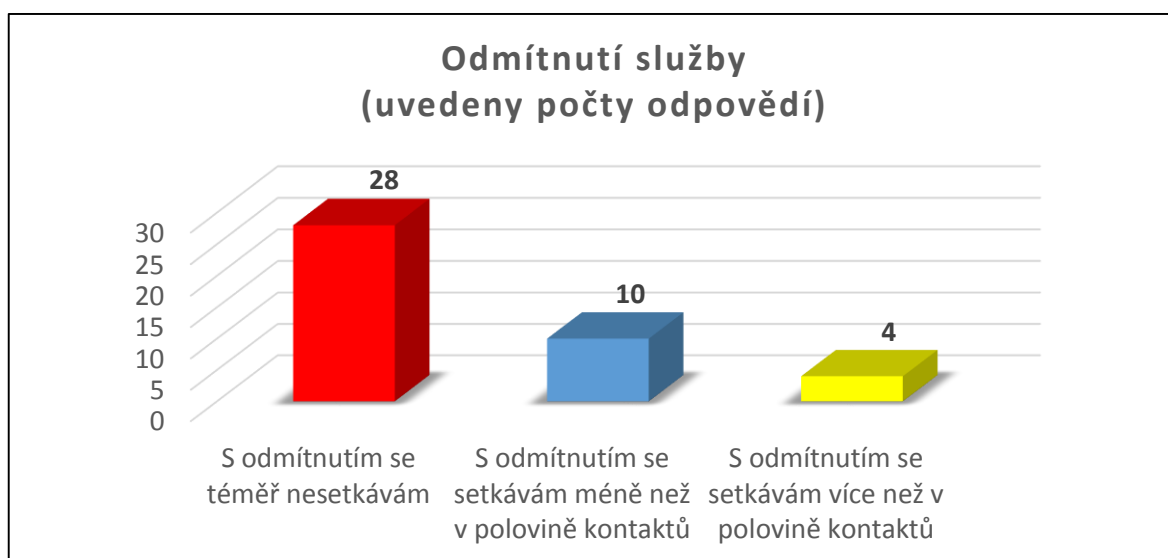
**Graf 10 – Další cílové skupiny**

**13. Pastorační služba je poskytována** téměř v polovině případů pacientům, kteří o ni po oslovení projeví zájem. Ve více než 20 % doporučí návštěvu ošetřující personál, který také v 15 % zjišťuje zájem pacientů. Ve 20 % pacient o službu požádá (vstupní dotazník).



**Graf 11 – Struktura podnětů pro návštěvu pacienta**

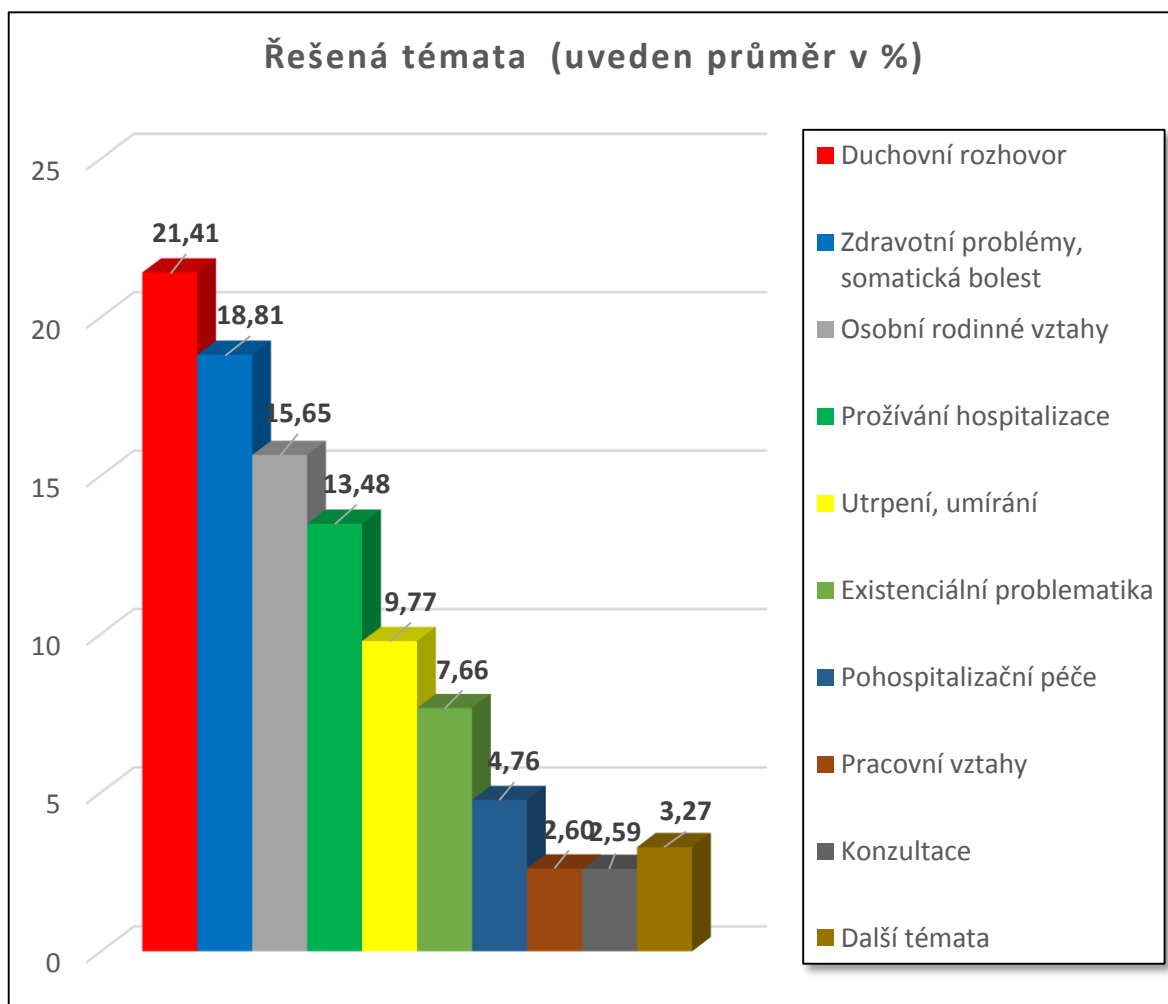
**14. Ve většině případů nedochází k odmítnutí služby,** příp. k němu dochází v méně než polovině případů. Odmítnutí služby ve více než polovině případů označili 4 respondenti.



**Graf 12 – Vyhodnocení odmítnutí služby**

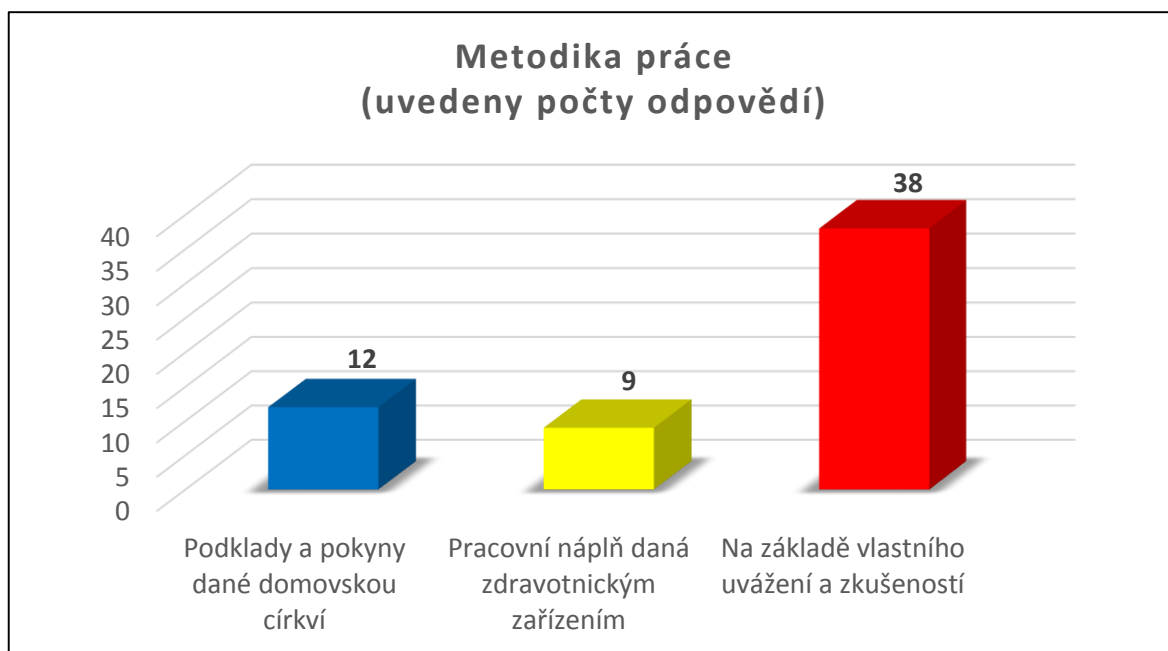
**15. Nejčastější formou pomoci** je duchovní rozhovor s pacientem.

Dalšími tématy jsou zdravotní problémy a somatická bolest, osobní a rodinné vztahy, prožívání hospitalizace, utrpení, umírání a další.



**Graf 13 – Spektrum řešených témat**

**16. Metodika práce a postup** při vedení rozhovoru vychází v naprosté většině z vlastního uvážení a dosavadních zkušeností kaplanů. Částečně je ovlivněna pokyny domovské církve a pracovní náplní danou zdravotnickým zařízením.



**Graf 14 – Metodika práce**

### **17. Přehledy o své činnosti** vede většina dotázaných kaplanů.

Pravidelné záznamy vede 31 respondentů, 8 respondentů zaznamenává informace o pacientech nárazově. Pouze 3 respondenti uvedli, že přehled o činnosti nevedou.

Nejčastější evidované údaje:

- Počet rozhovorů (14), databáze konzultací s následným statistickým vyhodnocením (8), počet svatých přijímání a svátostí nemocných (9), evidence důležitých informací o pacientovi (8), název oddělení (5), druh pastorační intervence (4)

Dále je součástí evidence:

- pohlaví, věk, jméno, téma rozhovoru, četnost rozhovorů, přání a potřeby pacientů, reflexe vlastní služby, další aktivity, aj.

Kaplaní vykazují svoji činnost formou:

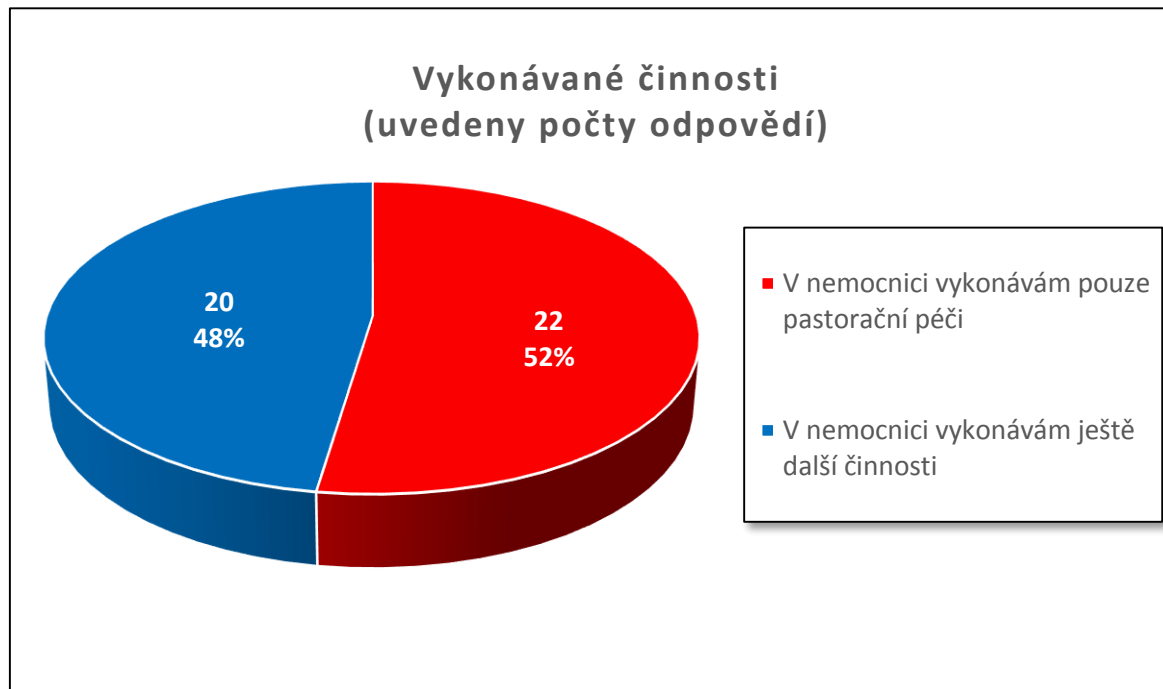
- pravidelných měsíčních výkazů, výkazem hodnocení pomoci, zápisy do zdravotnické dokumentace, záznamy z rozhovoru, denním výkazem činnosti, vyplněním dotazníku péče o pacienta

### **18. Kaplani v nemocnicích vykonávají** v přibližně polovině případů pouze pastorační péči.

Druhá polovina se věnuje ještě dalším činnostem.

Jedná se např. o tyto činnosti:

- koordinační: koordinace týmu spirituální péče, dobrovolníků, vedení Týmu duchovní podpory traumatologického týmu nemocnice, spolupráce s dobrovolníky, Tým pro podporu zdraví
- technicko – provozní: správa nemocničního kostela, úklid, výzdoba kaple, referent BOZP a PO, příprava podkladů k vybudování nemocniční kaple
- organizační: organizace duchovních a kulturních programů v nemocničním kostele, organizace sdružení na podporu pacientů, pořádání sbírek pro pacienty, fundraising
- osvětové, edukační: psaní článků do nemocničního elektronického časopisu (ozřejmování spirituální péče, v době svátků duchovní zamyšlení), bohoslužebné akce, mše svaté, noc kostelů, modlitební setkání, kulturní akce, besedy, výstavy, příprava a realizace seminářů pro zdravotní sestry (dle požadavku), zajišťování koncertů, přednášky o duchovních potřebách nemocných, přednášky pro nové zaměstnance, Tým edukačních specialistů
- terapeutické: poskytování krizové intervence, aktivizační činnosti, zpívání s kytarou na odděleních, aktivizace, poradenství pro pozůstalé
- jiné: členství v etické komisi



Graf 15 – Aktivity kaplanů ve zdravotnickém zařízení

**19. Dilemata ve vztahu k pacientům při své práci** řeší přesná polovina respondentů. Jedná se např. o tyto oblasti:

- míra loajality ke zdravotnickému zařízení a jejímu personálu

- malá touha pacientů po spirituálním přesahu
- zápas o zachování svobodné volby pacienta. Zda mohu lidem v agonii terminálního stadia nabídnout, aby se smířili s Bohem? Jde o to, že si nejsem jist, zda byli věřící? Snažím se tedy tuto otázku nejprve konzultovat s vedoucím lékařem a posléze i s rodinou pacienta.
- rozložení času mezi jednotlivé klienty
- možnost-potenciálně zapsat informaci o duchovní intervenci do zdravotního záznamu, mít možnost dovědět se aspoň zpětně něco málo o zdravotní situaci pacienta
- působení kolárku, jak postupovat s kverulujícími pacienty
- loajalita k personálu x loajalita k pacientům
- dilema lidské bezmoci
- předsudky vůči Pomazání nemocných, situace se ale mění k lepšímu
- stáří, nemoc, jak dál... umírání a rodina
- kam až zajít v situaci, když vím, že dotyčný umírá, ale on to neví a nechce to vědět
- jsem-li požádána lékařem, primářem oddělení o intervenci u pacienta, jak vést duchovní rozhovor u lůžka ležícího pacienta v přítomnosti dalších spolupacientů a jejich návštěv
- zda se představovat jako nemocniční kaplanka při první návštěvě u pacienta (někteří pacienti hned odpovídají, že nejsou v žádné církvi a já pak musím vysvětlovat, kdo je nemocniční kaplan)
- někdy chybí zpětná vazba po propuštění pacienta do domácího prostředí
- někdy mám pocit, že bych měla spíše čerpat já od pacientů a asi to i dělám. Jsou moudřejší, zkušenější,...
- chci být nemocnému nablízku, aby věděl, že není ani v nemoci sám
- úpravu nemocniční kaple pro potřeby nemocných
- jak oslovit pacienty, jak je podepřít
- jak vést rozhovor s pacientem, který má nepříznivou diagnózu a neví o tom, do jaké míry a jak nabízet např. svátosti těm, kteří projevují zájem o duchovní hodnoty, ale jsou "jen" pokřtění katolíci...
- nechci uvádět, je toho více, je to osobní
- rodinné, pracovní, vztah k personálu, vztah k církvi, k Bohu

**20. Dilemata vůči systému** řeší také přesně polovina respondentů.

- vybalancování pozice, která se nachází mezi tlaky ze zdravotnického zařízení a vysílající církvi nebo náboženskou společností
- nejsem součástí týmu, ale jen "sám voják v poli"
- nejsem si jist, zda by neměl kaplan spadat spíše pod náměstka pro ošetrovatelskou či zdravotní péči, než pod vedoucího osobního oddělení?
- možnost pracovního úvazku, nebo dohody, možnost být členem Etické komise v nemocnici/krizového týmu....
- zlepšování včlenění do systému
- jak se postavit v roli kaplana k neprofesionálnímu chování personálu, jaký postoj zaujmout k organizačním změnám zjevně škodícím pacientům atd.
- podhodnocené zdravotnictví x deklarovaná hodnota zdraví
- dilema - jak to udělat, aby medicínsko-farmaceutický systém nevytvářel pacienta
- neopodstatněné obavy z psychické manipulace
- nepsané pravidlo zdravotních pojišťoven o trvání hospitalizace, nejdéle 3 měsíce....
- větší propojení a včlenění do struktur
- pacienti by při nástupu do nemocnice měli být lépe informováni o funkci kaplana
- více "nejen zdravotní" pomoci od personálu vzhledem k pacientům - i popovídání si, povzbuzení...
- uspokojení potřeb nemocného
- přiblížení duchovní služby k potřebám nemocných
- nejasnosti zařazení v systému péče
- jak informovat, vzdělávat personál o službě kaplana
- nechci uvádět
- jasné zakotvení
- spolupráce s personálem, soukromí při službě pro udílení svátostí,...
- k rodině

**21. Překážky pro výkon činnosti dle představ kaplanů – kolizní situace** - popisuje ca. třetina respondentů.

- Velké množství úkolů - např. starost o zabezpečení technického a organizačního provozu nemocničního kostela - mne odvádí od přímé práce s pacienty

- Nedostatek zpětné vazby od lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu
- Neexistující legislativa o nemocničním kaplanství, neznalost pozice nemocničního kaplana u lékařů, různé předsudky o duchovní službě a církvi,....
- Nezájem vedení nemocnice (v celkovém chodu nemocnice je kaplanská služba marginální záležitostí) a z toho plynoucí nedostatečná možnost prezentace služby
- Horší spolupráce s personálem, chybějí informace o mé službě při edukačním rozhovoru nebo v nějakém dotazníku, ne vždy se tedy o mé službě dozvědí všichni pacienti
- Chybí lepší komunikace a mé začlenění do systému nemocnice
- Všechno dozrává ve správný čas z mé strany i ze strany prostředí, nemohu tedy říct, že by vznikaly nějaké zásadní kolizní situace, zatím vnímám běžné provozní výzvy, které je třeba vyřešit a jít dál
- Pravidelně docházím jen na některá oddělení, v podstatě tam, kde si to vyžádaly vrchní sestry nebo lékaři, nebo kam se podařilo "prolomit", jinam docházím jen na vyžádání, uvítal bych proto možnost širší spolupráce. Tam, kde docházím pravidelně, jsou bariéry již prolomeny, a spolupráce je skvělá. Ostatní ale mohou těžko nabýt podobnou zkušenost, pokud se o to také nepokusí.
- Nedostatek soukromí a hluk v kombinaci s nedoslýchavostí řady starších pacientů v nemocničních pokojích, nedostatek prostoru, kde mohu být sama s pacientem na některých odděleních (pokud pacient nemůže zajít za mnou do mé pracovny)
- Nedostatek soukromí pro pacienta, kterému není vždy snadné vyjádřit své pocity a potřeby před druhými pacienty
- Neexistující systém, funkce kaplana není oficiálně stanovena z ministerstva zdravotnictví, vztah kaplan - nemocnice. Nejednotnost a neekumenické přístupy kaplanů z jiných církví
- Pouze nedostatek času
- Časové možnosti - rád bych byl u pacientů déle či častěji
- Nemožnost kontaktovat pacienty či potenciální klienty aktivně. Dle zadání nemocnice a jejich standardů musím pasivně čekat na to, až o moji službu projeví zájem. Nemám volný pohyb po odděleních, musím jít jen za konkrétním pacientem, který si mě vyžádal, nemohu se ani představit.... Přesto jsem plně vytižena.
- Jasně zakotvení v legislativě, jsem zdravotní sestra a vlastně ji nevykonávám, ač jsem tak vedená. S tím má leckdy problém personál

## **22. Pro hledání síly k práci využívají kaplani následující vnitřní zdroje:**

modlitba (24), bohoslužby, svátosti (13), vlastní duchovní život (9), četba (9), sebevzdělávání, studium (8), příroda (7), sport (7), rodina (5), setkávání a sdílení s kolegy (7), víra (4), studium Bible (4), domácí farnost (4), supervize (4), meditace, psychohygienu (5), přátelé (5), odpočinek (4), kultura (3), harmonický vztah k lidem (2), hudba (2), společenství skutečně věřících (2), dále pak reakce pacientů, zpověď, umění, psaní deníku, psaná reflexe služby, konzultace, dobré hranice a vnitřní řád, komunitní život, fyzická činnost, sauna, vlastní umělecká tvorba apod.

## **23. Doporučení pro zdravotnická zařízení ve vztahu k roli kaplana** navrhla polovina kaplanů:

- Stanovení pracovní náplně kaplana, příp. uzavření smlouvy s vysílající církví nebo náboženskou společností
- Pravidelná pracovní setkání s kaplanem a vzájemné informace o pacientech na daném oddělení
- Finanční ohodnocení ze strany nemocnice, sloužím tam jako externista, jsem tam ze strany vedení nemocnice "trpěna" jen pro velký zájem paní primářky o službu kaplana
- Odložit obavy z komunikace s duchovním a pokusit se komunikovat otevřeně nejen o příjemných, ale i o nepříjemných zkušenostech s nemocničním kaplanem
- Uskutečnit setkání s vedením nemocnice a naplánovat postup představení nemocničního kaplanství a konkrétního kaplana/nky na celonemocničním semináři sester a lékařů, vést dialog o způsobu a náplni služby, po jistém čase udělat malý průzkum v nemocnici ohledně zájmu o duchovní službu,....
- Více zájmu
- Především čas na společnou pravidelnou komunikaci
- Lepší vytypování pacientů a větší informovanost o jejich potížích a potřebách
- Nebát se vejít do kontaktu s kaplanem, popřípadě tam, kde mají pozitivní zkušenost, aby se nebáli ji sdělit druhým
- Pro svou činnost v naší nemocnici mám vše potřebné, nemám doporučení
- Začlenit nemocničního kaplana do multidisciplinárního týmu - holistická péče o nemocného člověka. Brání tomu zdravotní legislativa, ale je s podivem, že např. vojenští a vězeňští kaplani mají již několik let tabulková místa. Katolická asociace nemocničních

kaplanů od svého založení jedná s Ministerstvem zdravotnictví o zařazení nemocničních kaplanů do zdravotnického systému, ale marně

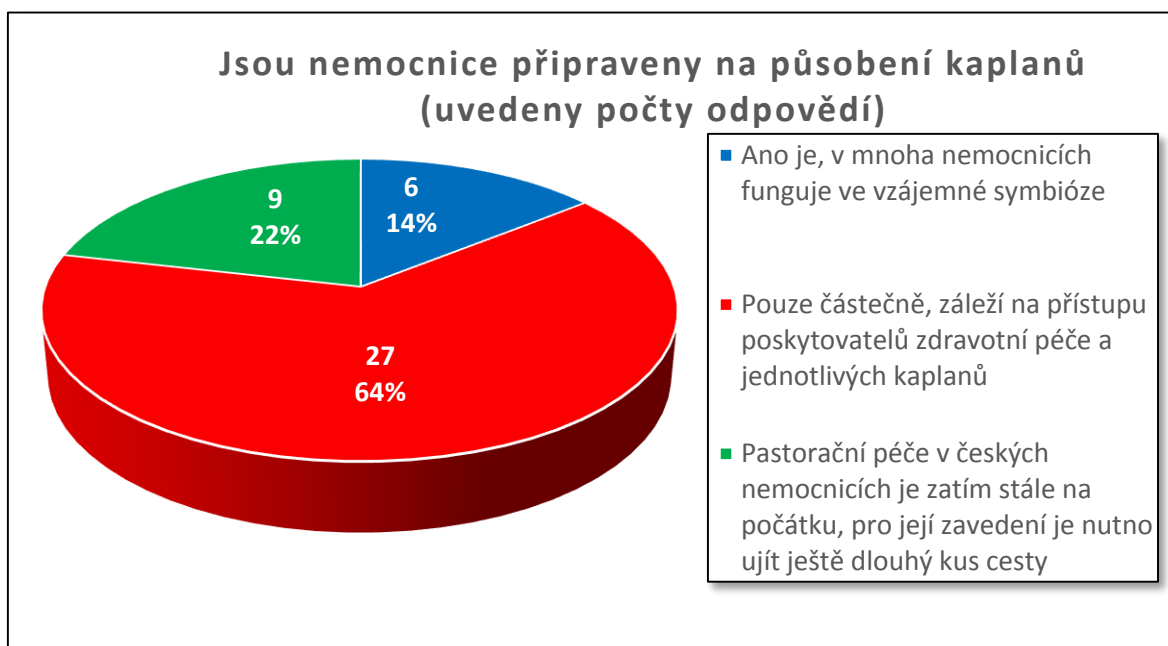
- Větší informovanost mezi lékaři
- Dobré informování zdravotního personálu od primáře až po sanitáře o službě nemocničního kaplana a vzájemná osobní setkání (formou přednášek či osobní návštěvy na oddělení), prostor ticha, prostor pro nerušený rozhovor
- Vzájemné setkávání s personálem - pozici kaplana více propojit se zdravotními pracovníky, hlavně na odděleních, která kaplan navštěvuje pravidelně
- Předání informací o potřebných, které zdravotní personál vnímá, o těžce nemocných, o těch, kteří jsou osamoceni a nikdo za nimi nechodí
- Informovat kaplana o stavu a potřebě pacienta v ohledu jeho víry. Nebo také informovat příbuzné o možnosti této služby zde v nemocnici nebo v jiném zařízení je-li tam poskytována
- Je toho tolik, a nemám moc času
- Osvětu o této práci
- Větší důvěru v aktivní působení kaplana, umožnění aktivního oslovení kaplana potenciálně potřebných bez obav z nějaké nevhodné evangelizace. Mnoho těch, kteří potřebují duchovní péči nejvíc, si aktivně o návštěvu kaplana neřekne
- Legislativa. Pak může následovat konkrétní spolupráce, tj. se zdravotním personálem (lékaři, sestry,...)
- Možnost stát se zaměstnancem nemocnice a být tak i součástí zdravotnického týmu a tím mít možnost získat větší vhléd do stavu nemocných a být blíže jim i zdravotnickému personálu
- Akceptování jako součást týmu při komplexní péči o pacienta
- Vstřícnost

**24. Doporučení kaplanů pro zdravotnická zařízení za účelem lepšího fungování zdravotnického zařízení:**

- Vytvoření dobrovolnického centra
- Citlivější jednání nižšího zdravotnického personálu s pacienty, větší proškolení ošetřovatelů, aby rozuměli různým potřebám pacientů, nejen hmotným, i sociálním a duchovním, potřebám umírajících..., větší rozvoj empatie. Zdravotní sestry jsou tak přetíženy, že nemají čas s pacientem promluvit, neboť by je "zdržoval"

- Pro rozvoj spirituální služby v nemocnici vidím za důležité zřídit "prostor ticha". Je to místo, kde může kaplan navázat kontakty s těmi, kteří o tuto službu primárně stojí. A to jak z řad pacientů, tak nemocničního personálu. Zároveň takovýto prostor ticha je v nemocnici důležitý pro mnohé pacienty při zvládnání jejich krizové situace
- Netroufám si hodnotit
- Spíše připomínky k fungování financování nemocnic a zdravotní péče vůbec
- Začlenit kaplana do organizační struktury, spolupráce s ním na všech úrovních, nutná podpora vedení, supervize
- Zlepšit zázemí pro nemocničního kaplana, jinak vše ok
- To, že se nemocný nehlásí k žádné církvi, totiž neznamená, že nemá duchovní rozměr. Mnozí lidé o těchto otázkách ani nevědí. Prof. Halík používá výrazu "Něcisté". Něco nad námi existuje, nějaká spravedlnost musí být atd. Nelze tedy říkat, že duchovní službu v nemocnicích nepotřebujeme.
- Zlepšení vzájemné komunikace
- Proškolení personálu o přístupu k pacientům a jejich příbuzným s důrazem na zachování důstojnosti pacienta a laskavému přístupu k němu. Lepší podmínky pro některá oddělení - málo prostoru, více zdravotnického personálu
- Kurz krizové intervence pro zaměstnance, kurz komunikačních technik, personální posily
- Myslím, že zařízení funguje velice dobře. Nepostřehla jsem, že by se třeba nějaké negativní věci odrážely na pacientech
- Netroufám si hodnotit a radit; vím, že je to práce náročná fyzicky i psychicky. Pokud bych mohla, tak bych personál vedla k tomu, aby se snažil mít své poslání rád, z toho důvodu, že umožňuje pomáhat druhým - o to se asi většina snaží - a přeji jim hodně vděčných pacientů a milých lidí, kteří dokáží ocenit jejich námahu
- Aby měl zdravotnický personál možnost nahlédnout do jiných špičkových zdravotních zařízení, jak pracují. Usnadnit práci nižšímu zdravotnickému personálu mechanizací, hlavně na oddělení LDN
- Nejsem schopen objektivního úsudku vzhledem k malému úvazku
- Ekonomické hledisko přizpůsobit, ne je mít jako klíčové. Lidštější podmínky pro střední zdravotnický personál

**25. Přípravenost systému zdravotní péče na působení duchovních v roli nemocničních kaplanů** je podle většiny respondentů pouze částečná. Bezproblémové fungování kaplana ve vzájemné symbióze se zdravotnickým zařízením pociťuje 14 % dotázaných. Naopak potřebu překonání velkého množství překážek vidí 22 % dotázaných.



**Graf 16 – Přípravenost zdravotnických zařízení na působení kaplanů**

**26. Vlastní postřehy respondentů k dané problematice:**

Potřebujeme intenzivně pracovat na praktickém vzdělávání a podpoře nemocničních kaplanů - i formou supervize, usilovat nejenom o zavedení této služby, ale i její udržování a kontinuální podporu, resp. systém vyhodnocování (individuálně i obecně - použitím výzkumu), dbát o kvalitní ekumenický dialog v této oblasti, nastavit si parametry pro možnost "odvolání" nemocničního kaplana ze služby, víc publikovat apod.

Přímo k dotazníku: Ze své vlastní zkušenosti vnímám jako matoucí používání pestré terminologie k charakteristice kaplanské služby. Doporučuji v tomto směru slovník sjednotit a v zásadě vyloučit z charakteristiky kaplanské služby slovo "pastorační". Mám za to, že je jak nepoužitelné při duchovní péči o nevěřící, tak při věřících, že tato činnost připadá jejich církevním duchovním. Doporučuji razit jednotící termín "kaplanská služba" a postupně a opatrně lidem vysvětlovat, oč se jedná (např. duchovní provázení?).

Díky za milé a hřejivé setkání s charismatickou autorkou nejen tohoto dotazníku.

Jsem přesvědčen, že by tuto službu měli vykonávat především kněží. Bohužel dnes řeší spoustu problémů, kde jejich svěcení není důležité, zatímco tato služba lásky, ke které jsou v okamžiku kněžského svěcení povoláni, jim uniká a nahrazují je laici. Ti však nemohou poskytovat svátostnou službu, jen ji zprostředkovávají. A to vždy nestačí. Jako jáhnovi se mi několikrát stalo, že jsem si po několika měsících získal důvěru pacienta, který se ale nebyl schopen otevřít knězi, který ho přišel vyzpovídat, protože ho viděl poprvé.  
Bůh Vám žehnej!

Přeji Vám úspěšné dokončení Vaší záslužné práce.
Na jednom školení nám bylo řečeno, že duchovní péče v nemocnicích (např. v Rakousku) dělá z nemocnice zařízení vyšší kvality a tato zařízení jsou proto i vyhledávaná. K světovému dni nemocných napsal sv. otec František: "Nemoc, především je-li závažná, pokaždé způsobuje krizi lidského života a nese s sebou otázky jdoucí na hlubinu. V prvním momentě se možná vzbouříme: proč to potkalo právě mne?... a dále píše: na adresu zdravotníků: " Někdy se může tato služba jevit jako únavná a obtížná - jsme-li věřící - i my se můžeme stávat rukama, pažemi a srdci, jež pomáhají Bohu konat zázraky, často skryté." Každý z nás zakusil, nebo ještě zakusí, jak je to milé, když je někdo, kdo s ním cítí a je mu oporou. Ať se to daří všem, kteří jsou ve službách lidí, kteří to potřebují. Každá nemocnice a každý pečovatelský dům se může stát viditelným znamením a místem pro podporu kultury setkávání a míru, kde zkušenost nemoci a utrpení, stejně jako i profesionální a bratrská pomoc budou přispívat k překonávání veškerých hranic a rozdělení.
Některé věci se řeší na setkání nemocničních kaplanů a na stránkách Asociace nemocničních kaplanů.
Nepřístupnost některých lidí vůči duchovnímu tématu.
U otázky "S pacienty řeším tato témata..." je těžké napsat % u zdravotních potíží - o tom v 99 % mluvím s každým, ale není mým úkolem je "řešit"
Přeji hodně úspěchů Vám i KANK

Tabulka 2 – Postřehy respondentů k problematice nemocničního kaplanství

## 4.2.2 Polostrukturovaný rozhovor

### 4.2.2.1 Zápis z rozhovorů

**Psychiatrická nemocnice Bohnice - 28. 1. 2016**

**Mgr. Jaromír Odrobiňák**, vedoucí týmu spirituální péče v nemocnici,

Zásluhou prvního polistopadového ředitele léčebny MUDr. Zdeňka Bašného byl opraven kostel, který se nachází přímo uprostřed nemocnice. Stal se zázemím pro konání bohoslužeb, ale současně zde probíhají skupiny hagioterapie, semináře pro zájemce o spirituální péči, postranní uzavřený prostor s malovanými okny nabízí možnost osobních setkání a rozhovorů ve velmi intimní atmosféře. Spirituální péče v PNB otevírá kostel co nejširšímu spektru aktivit, ale současně nabízí službu i mimo budovu kostela, přímo na pavilonech. Oslovuje tím především tu skupinu pacientů, jejich blízkých anebo personálu, která se k žádnému náboženství nehlásí, ale vnímá své spirituální potřeby. Programy v kostele (bohoslužby, koncerty, výstavy či přednášky) se postupně staly součástí komunitního života Prahy 8.

Liturgie v kostele není jen římskokatolická, ale také evangelická nebo husitská, pro ty, kteří se nechtějí účastnit bohoslužeb, je zde příležitost k soukromé modlitbě či meditaci, k individuálnímu rozhovoru, anebo k společnému setkávání se nad Bibli. Nabídce programů odpovídá ekumenické složení Týmu spirituální péče, který zde v současné podobě funguje beze změny od r. 2009.

Kromě křesťansky orientovaných duchovních zde působí také židovský rabín. Všichni členové týmu spirituální péče prošli nebo procházejí psychoterapeutickými výcviky. Tým se skládá z evangelických farářů Miroslava Erdingera a Ondřeje Koláře, husitského faráře Jiřího Chvály, katolického kněze Jana Kofroně, terapeutů Pavla Hynka a Miloše Kollera, psychiatra Prokopa Remeše a nemocničního kaplana – jáhna Jaromíra Odrobiňáka, který tým řídí a koordinuje jeho činnost.

„Tak jako kostel sv. Václava, který je umístěn ve středu nemocnice a jehož věž již z dálky upozorňuje všechny příchozí na transcendentální rozměr jejich životů, ať už se považují za věřící či nevěřící, tak i Tým spirituální péče se snaží z tohoto pomyslného srdce nemocnice přicházet na všechna oddělení a svou přítomností připomínat jejím pacientům a zaměstnancům existenci hodnot, které dávají smysl i lidskému utrpení a smrti.“

„Nasloucháme vyprávění nebo mlčení osob, jakéhokoliv vyznání i bez vyznání.

Pomáháme uspořádat emoční chaos a najít pevné body v životě.

Učíme schopnosti odpouštět a usilovat o odpuštění vlastních vin.

Povzbuzujeme v hledání a budování vztahů s jinými lidmi.

Nabízíme podpůrný rozhovor ve chvíli strachu, beznaděje nebo smutku.

Uvádíme do modlitby a do vztahu k tomu, co nás přesahuje.

Provázíme na cestě k porozumění smyslu nemoci a smrti.“<sup>59</sup>

**Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. - 5. 2. 2016**

**Mgr. Benjamín Kraus**, nemocniční kaplan, Spirituální služby a dobrovolnictví

Mgr. Kraus je pastor, proškolený manželský, rodinný i finanční poradce, školitel a koordinátor Dobrovolnické služby v nemocnici. V nemocnici působí 5 let, původně pouze na část úvazku, v současnosti na úvazek plný.

Vzdělání: Teologická fakulta Karlovy university, Postgraduální studium v Německu, Manželské a rodinné poradenství, Seminář a praxe spirituální péče ve věznici.

V nemocnici poskytuje duchovní služby všem pacientům, kteří o ně mají zájem, jejich příbuzným, personálu. Pravidelně navštěvuje většinu oddělení, rozhovory s pacienty vede na doporučení zdravotnického personálu, často ale sám oslovuje pacienty a rozhovor navazuje.

Velkou část jeho práce v nemocnici tvoří práce s dobrovolníky. Je koordinátorem jejich činnosti, provádí jejich zaškolení, supervizi.

---

<sup>59</sup> *Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/spiritualni-pece/>.

Posláním dobrovolnictví je přispět ke zlepšení podmínek léčby či dlouhodobé péče o pacienty na lůžkových odděleních a napomáhat dětem, dospělým i starým lidem k překonání doby, kterou tráví v nemocnici. Dobrovolníci přinášejí svůj individuální přístup, zprostředkují kontakt s vnějším světem, zmírňují pocit vyloučení.

**Ing. Miroslav Janovský** - předseda představenstva a ředitel nemocnice

Spirituální služby fungují v nemocnici téměř 5 let. V poskytování těchto služeb vidí velký význam. Osobnost kaplana a jeho přínos zapadá do současného trendu nemocnice, jehož cílem je vylepšení péče o pacienta z pohledu přístupu zdravotnického personálu k pacientům, lepší organizace práce zdravotníků, vylepšení vztahů na odděleních, apod.

**Bc. Dana Běhounová** - hlavní sestra

Hlavní sestra nemocnice je nadřízenou nemocničního kaplana. Vzhledem k její náplni činnosti a kompetencím je tento způsob zařazení nemocničního kaplana do organizační struktury logický. V době počátku spirituální péče právě ona díky znalosti prostředí doporučovala způsob a rozvržení poskytování služby. Z jejího pohledu je služba v nemocnici velmi důležitou součástí péče. Klade velký důraz také na práci dobrovolníků, vnímá význam každé možnosti ke zlepšení podmínek hospitalizace. Dobrovolníků ale není stále dostatečné množství.

**Nemocnice Písek, a.s.** – 23. 3. 2016

**Mgr. Rostislav Homola, B. Th.**, vedoucí Oddělení spirituální péče

Mgr. Rostislav Homola, B.Th. absolvoval Teologický seminář CASD, Manželské poradenství, Telefonní krizovou intervenci, Pastoral counselling (Andrews university), Institut životního stylu, je zároveň absolventem Teologie služby na Teologické fakultě Jihočeské univerzity, proškoleným vojenským kaplanem. Pro výkon služby nemocničního kaplana úspěšně absolvoval zkoušky před komisí České biskupské konference a Ekumenické rady církví pro vyslání ke službě nemocničního kaplana v souladu s dohodou mezi ČBK a ERC (13. 5. 2014). S písecké nemocnici pracuje na částečný úvazek od r. 2011.

Vzhledem k faktu, že s Mgr. Homolou spolupracuji a jeho práci znám velmi podrobně, ne zvolila jsem pro rozhovor otázky zaměřené na jeho službu, ale požádala jsem ho o zodpovězení jednoduché (?) otázky: „Co mi v mé službě pomáhá?“

Pomáhá mi moje víra, která je zaměřena na člověka, a ne na problém.

Pomáhá mi moje víra, která vidí v druhém bližního a ne nepřítele.

Pomáhá mi moje víra, která mi dává hluboký respekt před druhým člověkem, zdravým či nemocným, bohatým či chudým, známým či neznámým.

Pomáhá mi moje víra, která mě učí milovat druhého a respektovat jeho svobodu.

Pomáhá mi moje víra, která mě zbavuje vlastního sobectví a která mě učí vidět potřeby a bolest druhých.

Pomáhá mi moje víra, která je mi zdrojem pokoje, moudrosti, citlivosti a síly, ale i hranic na každý den.

Pomáhá mi každý, který se usměje, který poděkuje, který se vrátí, který zavolá či napíše.

Pomáhá mi každý, který mě povzbudí, každý, který si váží mé práce, každý, kdo mi vytvoří prostor a dává svobodu pro osobní kreativitu ve službě, každý, který na nemocniční chodbě prohodí pár slov, každý, který se zeptá „nepotřebuješ něco“, každý, který mi řekne „ať se Ti klidně dýchá“.

Děkuji za to, ani nevíte, co to pro mě znamená.“

### **Fakultní nemocnice Hradec Králové - 17. 2. 2016**

**Mgr. Ivan Trnka**, římskokatolický kněz, kaplan pro FNHK

Působí jako kněz ve farnosti, do nemocnice dochází. Věnuje se pacientům, jejich příbuzným, personálu.

Při výkonu náhradní vojenské služby působil jako sanitář na operačních sálech, hodně času věnoval pohovorům s pacienty. Původně vysvěcen jako evangelický farář, oženil se, založil rodinu. Poté podal žádost o konverzi k římsko – katolické církvi. Na základě dispense od papeže Jana Pavla II. byla konverze povolena, používat označení farář nemůže, vykonává ale všechny činnosti faráře.

Službu vykonává na základě dohody mezi Biskupstvím královéhradeckým a FN Hradec Králové, od roku 2003, iniciativa pro službu vzešla z jeho strany, ze strany biskupství i FN byla se zájmem přijata. Počátek činnosti byl podporován tehdejšími řediteli nemocnice Doc. MUDr. Leošem Hegerem, CSc.

S nemocnicí má uzavřen pracovně – právní vztah 0,1 úvazku, má k dispozici místnost pro uložení osobních věcí. Je zařazen do organizační struktury nemocnice, označení jeho pozice je kaplan. Při své činnosti není vázán pravidly a časovým rozvrhem, přizpůsobuje se potřebám příjemců služby.

Služba v nemocnici: pohovory s pacienty, příbuznými, personálem; bohoslužby (každý den, v posluchárně pro mediky). Bohoslužby jsou přístupné všem pacientům, personálu, návštěvníkům nemocnice a také obyvatelům města. Poskytuje eucharistii, svátost pomazání nemocných. Někdy je zavolán personálem k umírajícímu. Služba je v podstatě z tohoto pohledu nepřetržitá, dle potřeby pacientů.

Často po poskytování svátostí následuje rozhovor, který otevře nitro pacienta, je navázán vztah a dochází k několika setkáním. Svátost nemocných může přijmout také bezvěrec, někdy je o ni požádán (např. případ mladého muže, který zavinil při autonehodě smrt těhotné manželky).

Nejčastějším tématem rozhovorů je zdravotní stav, obavy o budoucnost.

Informace o nabídce pastorační péče je součástí domácího řádu, který obdrží každý pacient, a který je také umístěn na pokojích.

Oddělení kontroly a kvality ve FN chrání pacienty před nevhodným zatěžováním a obtěžováním, kaplan tedy svoji službu přímo nenabízí, ale čeká na předání informace o požadavku na službu ze strany pacienta, příbuzných, personálu. Pokud podnět k rozhovoru vzejde od někoho jiného než od pacienta, je na místě obezřetnost a důkladné ověření požadavku na službu od pacienta samotného. V jednom případě, kdy byl příbuzným poslán za pacientkou ve vážném zdravotním stavu, následně manžel pacientky hrozil žalobou z důvodu obtěžování nemocné.

Zdůrazňuje význam osobnosti kaplana, jeho otevřenost, vstřícnost, empatii, toleranci. Vzhledem k životním zkušenostem a přechodu z bezvěrce k protestantské církvi a následnou konverzí k církvi římsko - katolické má pochopení pro všechny skupiny příjemců služby – bezvěrce i jinověrce. Personál nemocnice vnímá jeho činnost velmi pozitivně, navázal přátelské vztahy, služba je personálem vnímána jako potřebná.

Informace z webových stránek FN Hradec Králové <sup>60</sup>:

„Ve Fakultní nemocnici je poskytována pacientům, jejich příbuzným i zaměstnancům pastorační péče duchovních neboli duchovní služba. Pacienti jsou již při přijetí seznámeni s možností jejího využití odkazem na "domácí řád", v němž jsou uvedeny kontakty na duchovní různých církví.

Volat duchovního může pacient sám, což bývá nejlepší; mohou tak učinit i blízcí příbuzní nebo ošetřující personál. O tuto službu může požádat každý, nezávisle na svých názorech nebo vyznání, tedy i lidé bez vyznání.

Náplní služby je duchovní podpora prostřednictvím rozhovorů i náboženských obřadů, např. udělování svátostí apod. V Pavilonu interních oborů jsou denně slouženy římskokatolické bohoslužby.

Nemocniční duchovní služba je určena těm, kteří v tomto prostředí řeší naléhavé existenciální otázky, týkající se nemoci, vztahů, práce apod. a přejí si přítomnost duchovního.

---

<sup>60</sup> *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/>.

Trvale zde působí: kaplan pro FNHK Mgr. Ivan Trnka, římskokatolický kněz, pastorační asistent Radek Pavlista, římskokatolický jáhen. Přicházejí i duchovní jiných církví, např.: Mgr. Tomáš Vítek, farář Českobratrské církve evangelické, Mgr. Františka Klásková, farářka Československé církve husitské, Mgr. Milan Augustýn Jareš, pravoslavný kněz. Duchovní jsou vázáni mlčenlivostí a etickým kodexem nemocničních duchovních, který je součástí dohody Ekumenické rady církví a České biskupské konference z roku 2006.“

Na závěr vkládám ještě odpověď, kterou mi zaslal po ukončení vyhodnocení dotazníkového šetření páter Jiří Barhoň, český katolický kněz, který působí v plzeňské diecézi jako vikář pro nemocné a duchovní charitních domů, zároveň je humorista a spisovatel, autor sbírek humoristických povídek "Zlý farář přejel hodného psa", "Pane faráři, já vás budu muset zabít" a "Všichni svatí s hašlerkou".

„Omlouvám se, že jsem neodpověděl dříve, nevěděl jsem, že je vyplnění dotazníku časově limitováno. Dříve jsem to nestihl i proto, že na řadu otázek (jak si na ně ještě trochu vzpomínám) bych musel psát několikadílnou odpověď (na což jsem opravdu neměl tehdy čas, byl jsem také více než týden mimo republiku), protože téměř v každé naší nemocnici, domově pro seniory, hospici apod. je to jiné. Někam chodím jen jako kněz (převážně zpovídat, podávat Eucharistii a udělovat svátost Pomazání nemocných), jinde mám možnost i čas hovořit s lidmi více, někde mám pravidelně každý týden bohoslužby, jinde jednou za měsíc, někde máme s nemocnicí uzavřenu smlouvu o naší pastorační službě, jinde ne, někde mi pomáhají naše pastorační asistentky pro nemocné a jinde vůbec ne (protože je jich málo) atd.

Takže se ještě jednou omlouvám, že jsem vám ve vašem dotazníku k bakalářské práci nepomohl (možná by vám ty složité odpovědi stejně nepomohly), a znovu děkuji za vaše odhodlání a službu ve prospěch nemocných.“

#### **4.2.2.2 Shrnutí rozhovorů**

Smyslem pastorační péče je v první řadě v upozornění na základní hodnoty, které dávají smysl lidskému životu, utrpení, které každý člověk někdy prožívá, a také smrti, která ukončuje složitý a mnohdy nelehký život.

Pro příjemce služby je důležitá možnost volby duchovního dle příslušnosti k jednotlivé církvi, příp. nadnáboženskost služby, otevřenost kaplana k jinověrcům, bezvěrcům, tolerance k projevům a názorům příjemců služby.

Velký význam má poskytnutí vyčleněného místa, kde se konají bohoslužby, duchovní setkání, terapie (ideální je kostel). Tyto prostory symbolicky poukazují na existenci a význam duchovního života, propojují život před a za branou zdravotnického zařízení, fakticky poskytují prostor pro realizaci duchovní sféry lidského bytí.

Pastorační služba přispívá ke snaze o komplexní vylepšení péče o pacienta z pohledu přístupu personálu zdravotnických zařízení, zlepšuje podmínky hospitalizace, reaguje na potřeby pacienta. Důležitá je činnost dobrovolníků z řad veřejnosti, kteří rozšiřují a násobí omezené časové a kapacitní možnosti kaplana.

Při nabídce poskytování této služby je na místě citlivost a empatie, služba není přijímána automaticky a bez předsudků, jako péče zdravotníků.

### **4.2.3 Exkurz - Osobní zkušenost s pastorační službou**

Ve snaze o komplexnost a objektivnost práce jsem se po konzultaci s vedoucí práce PhDr. Vodáčkovou rozhodla zařadit také exkurz Mgr. Jany Majerčíkové, řeholním jménem sestra Františka, dkl (dcera křesťanské lásky), jejíž nabídku uveřejnění a laskavé svolení jsem obdržela, na téma „Osobní zkušenost s pastorační službou v brněnských nemocnicích“. Jedná se o velmi otevřené sdělení pocitů a prožitků, které nese poselství nejen pro pastorační službu, ale i pro každou pomáhající profesi a vlastně i pro každodenní bytí člověka, který hledá, jak jít životem kupředu a neutápět se v překážkách a v nezdarech.

Exkurz přikládám v příloze (Příloha č. 4)

### 4.3 *Vyhodnocení dat*

V českých a moravských nemocnicích působí kaplani převážně na základě pracovní smlouvy, nejčastěji se jedná o částečný pracovní úvazek, dále pak plný pracovní úvazek či jiná pracovní – právní forma spolupráce. V části případů je smlouva uzavřena s vysílající církví, příp. Ministerstvem obrany ČR. Spolupráce je také podložena Dohodou o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC + Dodatkem k této dohodě.

Kaplani v zařízeních pracují dlouhodobě, doba působení je 5 let a více.

Působnost kaplanů je ve zdravotnických zařízeních zřízených především Ministerstvem zdravotnictví ČR, dále pak krajem, církví, fyzickými a právníckými osobami, městy, obcemi.

Ve většině případů je poskytovatel pastorační / duchovní / spirituální péče označován jako kaplan. Další označení je duchovní, koordinátor duchovní péče, spirituální péče, pastorační asistentka, a další.

Kaplani jsou ve více než polovině případů zařazeni v organizační struktuře nemocnice, někteří jsou součástí jiné organizační složky. Ve čtvrtině případů v organizační struktuře vůbec nefigurují.

Ve více než polovině případů pracují kaplani samostatně, nejsou součástí konkrétního týmu. Ve většině případů kaplan spolupracuje s ostatním personálem nemocnice, nejčastěji se středním zdravotnickým personálem, dále s nižším zdravotnickým personálem, s lékaři, s vedením zařízení a dalšími.

Především s lékaři je spolupráce nedostatečná, kaplani by uvítali více informací o zdravotním stavu pacienta, které by usnadnily a především zkvalitnily péči pastorační. Také střední a nižší zdravotnický personál by mohl poskytnout důležité informace o pacientovi, neboť při přímém a častém kontaktu s pacientem identifikuje jeho potřebu pomoci. Důležitou roli hraje i sociální pracovník, jeho kontakt s pacientem a často i s rodinou by měl být zdrojem podnětů a informací pro pastorační péči. Spolupráce s vedením nemocnic má spíše formální charakter, ale její význam je pro fungování služby zásadní. Pokud vnímá personál podporu a důležitost této služby prezentovanou vedením nemocnice, navázání spolupráce s personálem a tím i s pacienty je přímočařejší.

Požadavek na spolupráci, výměnu zkušeností a sdílení je také v rámci profese – tedy s kaplany z jiných nemocnic. Zde je prostor pro asociace kaplanů, zaměření jejich činnosti tímto směrem.

Cílové skupiny pastorační péče ve většině případů zahrnují pacienty ze všech oddělení nemocnice, tvoří je především vážně nemocní pacienti, pacienti v terminálním

stádiu onemocnění a pacienti po závažných zákrocích. Pastorační péči ale vyhledávají také pacienti nově přijatí, před operací, v sociální tísní, psychicky nemocní a mnozí další. Je to „kdokoli, kdo má potřebu otevřít důležité téma, kaplan pracuje s kategorií duchovního a duševního zdraví“.

Vedle pacientů potřebu pastorační péče projevují i příbuzní a známí pacientů, zaměstnanci zdravotnického zařízení a mnozí další.

Podnět pro návštěvu kaplana vychází téměř v polovině případů od kaplanů, kteří pacienty kontaktují a zjišťují zájem o službu. Impulzy pocházejí také od zdravotnického personálu, v jedné pětině je iniciátorem pacient sám. K odmítnutí nabízené služby dochází ojediněle.

Nejčastějším tématem setkání je duchovní rozhovor, zdravotní problémy, somatická bolest, osobní vztahy, prožívání hospitalizace, utrpení, umírání. Dále pak existenciální problematika, pohospitalizační péče, pracovní vztahy, konzultace a další.

Kaplaní při své službě vycházejí především z nabytých zkušeností a postupují na základě vlastního uvážení. Částečně se řídí pokyny domovských církví, pracovní náplní danou zdravotnickým zařízením.

Většina kaplanů vede přehled o své činnosti. Formy jsou různé, od vykazování činnosti, vypracovávání statistických výstupů, po poznámky pro vlastní přehled a potřebu.

Přibližně polovina kaplanů vykonává v nemocnici pouze pastorační péči, ostatní se zabývají ještě dalšími činnostmi. Jedná se o činnosti koordinační, technicko – provozní, organizační, osvětové a edukační, terapeutické a další.

Na otázku zaměřenou na dilemata, která vyvstávají vůči příjemcům služby, přesná polovina odpověděla záporně, tedy že žádná dilemata neřeší. Druhá polovina specifikovala širokou škálu témat, která kaplan vnímá jako dilema. Hledá odpověď na mnoho otázek, které služba přináší. Je to např. míra loajality vůči zdravotnickému zařízení, personálu, pacientům, způsob, jak oslovit pacienty, být jim nablízku, podepřít, zachovat jejich svobodnou vůli, ukázat jim spirituální přesah, jak překonat předsudky vůči přítomnosti kaplana jako symbolu konce života, jak vést duchovní rozhovor za přítomnosti dalších pacientů, jak správně rozložit čas, jak se představovat a prezentovat, jak překonat dilema lidské bezmoci ve stáří, nemoci, umírání, kam až zajít v situaci, kdy dotyčný umírá, ale on to neví a nechce to vědět, vztah k církvi, k Bohu a mnohá další.

Dilemata ve vztahu k systému zdravotnického zařízení a systému fungování zdravotnictví obecně řeší také přesně polovina respondentů. Jedná se o vybalancování pozice, která se nachází mezi tlaky ze zdravotnického zařízení a vysílající církví nebo

náboženskou společností, nejasnost zařazení, nezařazenost, neukotvenost pozice, podřízenost, forma pracovního úvazku, neprofesionální chování personálu, nežádoucí organizační změny, dilema podhodnocené zdravotnictví x deklarovaná hodnota zdraví, „vytváření“ pacienta medicínsko - farmaceutickým systémem, obavy z psychické manipulace, přístup zdravotních pojišťoven k délce hospitalizace, nedostatečná informovanost pacientů o službách kaplana, uspokojení potřeb nemocného, přiblížení duchovní služby k potřebám nemocných, soukromí při službě. Odpovědí byla i informace „dilemata nechci uvádět“.

Překážky v činnosti nemocničního kaplana nebo konkrétní kolizní situace kaplani při své práci vnímají spíše ojediněle. Týkají se oblasti spolupráce s personálem nemocnice, nedostatku soukromí pro službu, časových možností, neexistující legislativy a předsudků o duchovní službě a církvi.

Pro hledání síly ke své práci využívají kaplani široké škály zdrojů. Nejčastěji se jedná o náboženské duchovní zdroje (modlitba, bohoslužby, svátosti), vzdělávání, pohyb a sport, setkávání a sdílení s přáteli, kolegy, rodinou, kulturu a odpočinek.

Doporučení pro zdravotnická zařízení ve vztahu k roli kaplana vyznívají jednoznačně pro zlepšení komunikace, informovanosti, vzájemné důvěry, začlenění do týmu. Apel na legislativní zařazení směřuje na MZ ČR.

Doporučení kaplanů pro zdravotnická zařízení směrem k lepšímu fungování zařízení se týkají zlepšení komunikace na všech úrovních a ve všech rovinách, proškolení personálu v oblasti přístupu k pacientům, v oblasti krizové intervence, větší citlivosti a znalosti podmínek při ekonomických rozhodnutích, zřízení dobrovolnického centra.

Připravenost nemocnic na kaplanskou službu v současnosti dle názoru kaplanů je stále ještě nedostatečná.

#### **4.4 Ověření pracovních předpokladů**

*Pastorační péče v nemocnicích má v současné době v České republice z pohledu významu a četnosti zastoupení již své důležité místo.*

Informace k počtu nemocničních kaplanů v ČR je velmi obtížné dohledat. Dotaz na počet sdružených členů, který jsem zaslala na KANK a na ANK, nebyl ani v jednom případě zodpovězen. Podle dostupných zdrojů jsem ve svém odhadu došla k číslu 100 – 120 kaplanů. Vzhledem k údajům ÚZIS, podle něhož síť zdravotnických zařízení ústavní péče byla

koncem roku 2013 složena ze 188 nemocnic<sup>61</sup> lze konstatovat, že pastorační péče je poskytována minimálně v polovině nemocnic, z pohledu četnosti zastoupení má tedy již své důležité místo. Tento předpoklad se tedy potvrdil.

*Role nemocničního kaplana je často stále ještě „mimo systém“ organizační struktury nemocnice. I z tohoto důvodu také pokulhává začlenění kaplana do týmu a jeho spolupráce s týmem zdravotníků.*

Oproti mému předpokladu je více než polovina kaplanů zařazena do organizační struktury a další část je součástí jiné organizační složky. Čtvrtina ale součástí organizační struktury vůbec není. Tento fakt je jednou z příčin postavení kaplana „mimo systém“ a ovlivňuje jeho spolupráci s týmem zdravotníků. Předpoklad byl tedy potvrzen pouze částečně.

*Působení a náplň činnosti kaplana jsou v různých zdravotnických zařízeních odlišné a kopírují stav a možnosti v konkrétním působišti.*

Metodiku práce volí kaplani v naprosté většině na základě vlastního uvážení a osobních zkušeností, částečně se řídí pokyny domovské církve a pracovní náplní danou zdravotnickým zařízením. Vedle pastorační péče se věnují mnoha dalším činnostem, zaměřeným většinou na edukaci, osvětu, kulturu a duchovní podporu. Předpoklad o různorodosti náplně práce kaplana, která odpovídá možnostem a potřebám zařízení, byl tedy potvrzen (v jednom případě kaplan dokonce zajišťuje činnost technika BOZP a PO).

*Pastorační péče není poskytována pouze nebo především pacientům religiózním, ale je poskytována všem pacientům, kteří o ni projeví zájem, nehledě na jejich víru a osobní přesvědčení.*

Tento předpoklad byl potvrzen zcela, bez výjimek. Odpovídá Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice a Dodatku č. 1 k této Dohodě. Především ale odpovídá přístupu poskytovatelů pastorační, duchovní, spirituální péče, který je zcela otevřený, vstřícný a má stěžejní cíl – pomoci potřebnému.

V neposlední řadě pro mne bylo otázkou *přijetí zájmu sociálního pracovníka o oblast pastorační péče samotnými kaplany, duchovními, pastory, příp. jejich domovskými církvemi.*

Komunikace a setkání s naprostou většinou kaplanů byly naplněny pochopením, vstřícností, snahou pomoci, zaujetím pro svoji práci, lidskostí, profesionalitou a empatií.

---

<sup>61</sup> ÚZIS [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/nemocnice>.

Ne vždy je ale možné očekávat pochopení a pomoc, je nutno přijmout a akceptovat také odmítnutí a nezdar. I toto je výstup z přípravy mé práce. V této souvislosti uvádím odpověď jednoho z respondentů na otázku vzniku kolizních situací, která má, myslím, obecnou platnost: „Všechno dozrává ve správný čas z mé strany i ze strany prostředí, nemohu tedy říct, že by vznikaly nějaké zásadní kolizní situace, zatím vnímám běžné provozní výzvy, které je třeba vyřešit a jít dál.“

## 4.5 Diskuze

Námětů pro diskuzi na téma poskytování pastorační péče v nemocnicích se nabízí dlouhá řada. Po celou dobu přípravy bakalářské práce jsem vnímala desítky témat, která jsou nevyjasněná, která vybízejí k zamyšlení. Vystávají otázky, na které jsem schopna sama nalézt odpověď, ale také otázky, jejichž zodpovězení z mé strany není možné a mně ani nepřísluší.

Pro diskuzi jsem zvolila téma, které se velice často objevuje v odpovědích respondentů, prostupuje napříč spektrem názorů a postojů, a které svým způsobem určuje směr a obsah pastorační péče jako takové.

Z pohledu potencionálního příjemce služby, pacienta, který se ocitne na nemocničním lůžku, je ochromen obavami, nejistotou, strachem a fyzickou i duševní bolestí, a který pocítí potřebu duchovní a spirituální pomoci, se ptám:

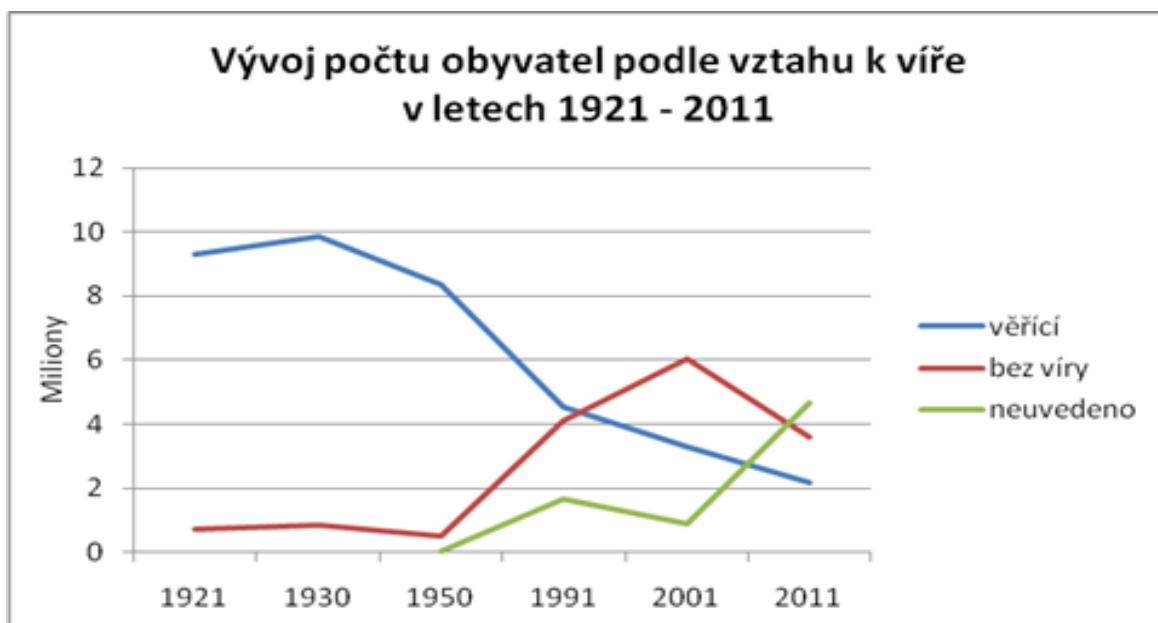
Je důležitá nadnáboženská pastorační, spirituální či duchovní pomoci? Hraje pro příjemce služby příslušnost poskytovatele služby k církvi roli zásadní, vedlejší, nebo žádnou? Je významné, ke které církvi, řádu, kongregaci či řeholní společnosti poskytovatel služby náleží?

Dohoda o duchovní péči mezi ČBK a ERC o vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků do zdravotnických zařízení zdůrazňuje cíl pomoci trpícím bez ohledu na jejich vyznání. Příjemce služby, nejčastěji pacient, projevuje zájem o službu, jeho pohnutky jsou velmi rozličné a často při prvotním kontaktu i obtížně identifikovatelné. Někdy se jedná o uspokojení duchovních potřeb svázaných s vírou a přesvědčením, často jsou důvody zcela odlišné.

ČSÚ uvádí následující informace: „Ze srovnání údajů za všechna sčítání, která od vzniku samostatné republiky zjišťovala vztah k náboženství, vyplývá, že vazba obyvatel a náboženské víry se dlouhodobě zeslabovala. Zejména pak v případě etablovaných církví na našem území, tedy především Církve římskokatolické, ale i obou dalších nejpočetnějších církví - Českobratrské církve evangelické a Církve československé husitské. Uvedené

církve ztratily např. za období dvaceti let mezi lety 1991 - 2011 tři čtvrtiny osob, které se k příslušné církvi přihlásily. Tento pokles byl ale ovlivněn i dobrovolností otázky v letech 2001 a 2011 (a prakticky i v roce 1991), díky které pravděpodobně i část věřících svou víru neuvedla.

Dobrovolnost odpovědi vyústila v roce 2011 v mimořádně vysoký počet neuvedených odpovědi (téměř 4,7 mil. osob). Tento počet představoval téměř polovinu všech obyvatel (44,7 %) a ovlivnil radikální snížení absolutních údajů jak u věřících a konkrétních církví, tak u osob bez víry.<sup>62</sup>



Graf 17 - ČSÚ - Vývoj počtu obyvatel podle vztahu k víře

Z uvedeného vyplývá, že zastoupení osob v české populaci, které jsou věřící, stále klesá, procentuálně se jedná pravděpodobně o méně než polovinu počtu obyvatel.

Pastorační péči poskytují pouze osoby věřící, náležící k církvím. Při své službě vycházejí z víry, svůj přístup staví na víře, sílu pro službu, odpočinek, inspiraci, hledají ve své víře (viz. Kap. 4.2.2.1 Mgr. Homola, B. Th. „Pomáhá mi moje víra, která ...“). Víra je nedílnou součástí jejich života. Poskytnutí své služby ale nepodmiňují přijetím víry u druhého. Nepožadují ztotožnění s vlastním přesvědčením a názorem. Naopak - velkoryse nabízejí pomoc a svým přístupem se snaží zahnat předsudky a mylné představy, které někdy přetrvávají v řadách pacientů, ale i personálu nemocnic, příbuzných a blízkých pacientů.

<sup>62</sup> Český statistický úřad [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatel-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl>.

Je možné, aby příjemce a poskytovatel služby našli společnou řeč, aby jejich setkání přineslo kýžené ovoce pro toho, kdo hledá pomoc?

Určitě ano. Člověk trpící žízní přijme doušek vody s vděčností a neptá se, kdo mu ji poskytl. Stejně tak strádající člověk přijme službu, která mu přinese úlevu.

Samozřejmě dochází k situacím, kdy pacient váhá, pochybuje, tápe, obává se snahy o ovlivnění názorů a ideologické manipulace. Jeho obavy jsou zcela přirozené, je lidské pochybovat a zvažovat. Tyto situace nelze vyloučit a je na tom, kdo službu poskytuje, aby je zvládl a pochybnosti rozptýlil.

Přístup kaplanů a duchovních je zaměřen na člověka, na snahu mu pomoci. Ze slov, která jsem četla a slyšela v průběhu přípravy své práce, jasně číselá láska k člověku, chuť pomáhat, podporovat a doprovázet. Podle mých zjištění kaplani chtějí poskytovat a poskytují svoji službu nadnábožensky. Dobře chápou, že pokud oni nabídnou svoji službu co nejširšímu spektru potencionálních příjemců, bude služba co nejširším spektrem příjemců také akceptována, uznávána, přijímána a oceňována. Že se jedná o úkol pro kaplany nelehký, který vyžaduje velkou míru empatie, pochopení a porozumění, o tom není v žádném případě pochyb.

Všichni jsme „jenom“ lidé. Každý tápeme, hledáme a pochybujeme. Pokud se ovšem potká na jedné straně potřeba pomoci a na straně druhé nabídka pomoci, je velmi pravděpodobné, že bude dosaženo úlevy u příjemce a naplnění poslání u poskytovatele.

## 5 Závěr

Ve své práci jsem se zaměřila na pastorační péči. Na základě uvedených citovaných zdrojů, výstupů z dotazníkového šetření a rozhovorů je zřejmé, že pastorační péče v nemocnicích má v České republice svoji tradici, své místo a svůj význam.

S pastorační, duchovní nebo spirituální péčí se v současnosti může pacient setkat v mnoha českých a moravských nemocnicích. Někde se jedná o propracovaný systém fungujícího oddělení či jednotlivce, který má své místo, svá pravidla pro poskytování péče a svoji skupinu příjemců služby. V části nemocnic se jedná o službu v systému neukotvenou, poskytovanou z dobré vůle a snahy pomoci ze strany církve nebo konkrétního kaplana či duchovního.

V české legislativě chybí zákonné normy, které by stanovily nárok pacientů na duchovní péči, existují pouze doporučená ustanovení a dokumenty, které poukazují na potřebu duchovní péče ve zdravotnictví, např. Všeobecná deklarace lidských práv<sup>63</sup>, Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“<sup>64</sup>, Charta práv a svobod starších občanů<sup>65</sup> aj.

Organizace, koordinace a metodické vedení poskytování pastorační péče postrádá systematičnost. Profesní sdružení skýtají zastřešení svým členům, chybí ale spolupráce jednotlivých církví a podpora členům je spíše formální. Vlastní a nejednotný pohled církví na službu způsobuje roztříštěnost v reálném poskytování služby, chybí koncept jasně definované spolupráce s návrhem pojetí služby pro zdravotnická zařízení ze strany církví nebo asociací.

Služba je určena pro pacienty nemocnic, její poskytovatelé se logicky musejí stát součástí zdravotnických zařízení, jejichž vedení určuje systém fungování, ve kterém místo kaplana dostane své formální i faktické zařazení. Kaplan nemůže stát „mimo systém“, tím se jeho role stává obtížnou a zbytečně ztrácí na významu. Není v silách jednotlivce proniknout do desítky let zaběhnutého systému zdravotnické péče a vybudovat si v něm důstojné a respektované místo, které této službě přísluší. Pro zapojení je nutná orientace

---

<sup>63</sup> *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>.

<sup>64</sup> *Charta práv umírajících* [online]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/servis/charta-prav-umirajicich>.

<sup>65</sup> *Charta práv a svobod starších občanů* [online]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/servis/charta-prav-a-svobod-starsich-obcanu>.

v systému poskytování zdravotnické péče, pochopení služby v kontextu pomáhající profese. Tento úkol přísluší vedení jednotlivých církví, případně vedení obou asociací.

Jediným významným výsledkem činnosti asociací byla ale pouze Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví a její dodatek, které definují společné poslání sloužit potřebným a uvádějí základní formální kroky pro vysílání kaplanů a dobrovolníků do zdravotnických zařízení.

Nejednotnost je patrná již ze samotného označení služby. Označení poskytovatelů služby se různí, název služby se různí. Rozsah nabízených služeb, obsah služby, pojetí služby, vše je vykonáváno především podle vlastních zkušeností a osobního přístupu. Služba je zaměřena na pacienta - jednotlivce, na místě je samozřejmě individuální přístup a prostor pro volbu vlastního postupu. Když ale služba není jasně definovaná a prezentovaná navenek pacientům, zdravotnickému personálu nemocnice, vedení zdravotnického zařízení, příbuzným a dalším, dochází k jejímu nedostatečnému využití, nesprávnému pochopení, snížení jejího významu až k dehonestaci.

Pokud je cílem poskytování služby pacientům bez ohledu na jejich vyznání, tedy i pacientům bez vyznání, musí služba nabízet péči o duchovní, náboženské, smyslové, spirituální potřeby pacienta v celé jejich šíři. Služba má za cíl dopomoci pacientovi ve správné orientaci v životě, vyslyšet jej a poskytnout mu úlevu. Přijímá tedy pacienta takového, jaký je, bez omezení a selekce. Musí být tedy pro pacienta jasně prezentovaná, identifikovatelná a dostupná.

Umístění pastorační péče v nemocnicích je v současné době stále ještě v procesu utváření. Důležité je monitorovat její vývoj, hledat a nacházet cesty pro zapojení této péče do systému současného zdravotnictví a postupnými kroky dosahovat jejího rozšíření, systémového zařazení a odborného ohodnocení.

Navzdory objektivní situaci, která v mnoha zdravotnických zařízeních není službě vždy nakloněna, jednotliví poskytovatelé pastorační, duchovní, spirituální péče vykonávají svoji službu s obrovským nasazením a obdivuhodnou neutuchající energií. Mnozí z nich si sami našli cestu do zdravotnického zařízení, začali budovat své místo v něm a sami své získané místo denně svojí prací obhajují. V některých nemocnicích usilují o zařazení do systému, do týmu, o získání pracovní – právního vztahu, o respekt od zdravotnického personálu, o možnost získání potřebných informací o pacientovi, o čas pro všechny potřebné, o pochopení jejich práce, o prostor pro uložení osobních věcí, ... (Odpověď z dotazníku na otázku týkající se doporučení pro lepší fungování kaplana: „Je toho tolik a nemám moc času ... „).

Přesto všechno kaplani, duchovní, poskytovatelé spirituální péče svoji službu (někde i bez nároku na odměnu) poskytují, přicházejí za nemocnými, detekují jejich potřeby a přinášejí jim pomoc, pochopení a útěchu. Otevírají pro nemocné své srdce, projevují jim zájem, jsou jim nablízku. A za to vše jim patří upřímný obdiv a velký dík.

*„Nevím, jaký osud koho z vás čeká, ale jedno vím jistě: skutečně šťastní budou z vás jen ti, kdo budou hledat a nalézat, jak sloužit.“*

*Albert Schweitzer, německý protestantský teolog, lékař, filosof, misionář, varhanní virtuóz, nositel Nobelovy ceny za mír z r. 1952*

*Osobní dovětek:*

*Od počátku svého zájmu o oblast pastorační péče ve zdravotnických zařízeních jsem vnímala jistou jedinečnost, vzdálenost a uzavřenost skupiny osob, které se rozhodly svoji práci a někdy i život zasvětit péči o duchovní potřeby člověka, který se nachází v těžkém období nemoci, často i před koncem svého života. Zájem o tuto oblast a určitá příbuznost s profesí sociálního pracovníka mne ale vedly k rozhodnutí svoji bakalářskou práci věnovat právě pastorační péči v nemocnicích.*

*Při řešení praktické části práce jsem se setkala s širokým spektrem přístupu a reakcí, zaznamenala jsem mnoho postojů. Většinou se jednalo o pochopení, ochotu, snahu pomoci, vstřícnost a přijetí. Zažila jsem mnohokrát velkou radost a potěšení ze své práce, ale také pocit nepochopení a odstupu.*

*Zpracováním své práce jsem se především nesmírně obohatila o nové zkušenosti, poznatky, informace a dojmy, o setkání se zajímavými a hodnotnými lidmi. To vše mi přineslo další otázky a směry zájmu, posun v osobních hodnotách a názorech a pochopení nových souvislostí. Děkuji upřímně všem, kteří více či méně přispěli k mé práci.*

*Především mne nabyté zkušenosti utvrdily v pocitu úcty, pokory a obdivu vůči poskytovatelům pastorační péče.*

*Děkuji všem, kteří vykonávají tuto hluboce lidskou službu.*

## 6 Zdroje

BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8550-4.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. *Geriatrická problematika v pastorační péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2296-5.

*Církev.cz* [online]. Praha, b.r. [cit. 2016-01-09]. Dostupné z: <http://www.cirkev.cz/>

*Česká společnost pro klinickou pastorační péči* [online]. Praha, b.r. [cit. 2016-01-09]. Dostupné z: [www.cskpp.wz.cz](http://www.cskpp.wz.cz)

*Český statistický úřad* [online]. b.r. [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/pruzkum\\_webovych\\_stranek\\_nemocnic](https://www.czso.cz/csu/czso/pruzkum_webovych_stranek_nemocnic)

*Český statistický úřad* [online]. b.r. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatele-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl>

*Ekumenická rada* [online]. Praha, b.r. [cit. 2016-01-09]. Dostupné z: <http://www.ekumenickarada.cz/>

*European Network of Health Care Chaplaincy, ENHCC: Evropská síť nemocničního kaplanství* [online]. b.r. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: [enhcc.eu](http://enhcc.eu)

*Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. b.r. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/>

FRANKL, Viktor. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. Psychoterapie. ISBN 80-901-6014-X.

HAJNOVÁ, Erika, Radka BUŽGOVÁ a David FELTL. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klinická onkologie* [online]. 2015, **28**(1), 13-19 [cit. 2015-12-28]. ISSN 0862-495X. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/191/4629.pdf>

HAVLOVÁ, Květa. *Klinická pastorační péče v České republice: Zdravotnické noviny*. Praha: MF Dnes, 2009, **58**(2519-21). ISSN 1805-2355.

HUBER, Wolfgang. *Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhauseseelsorge* [online]. In: . b.r. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: [http://www.ekd.de/download/leitlinien\\_krankenhauseelsorge\\_ekd\\_2004.pdf](http://www.ekd.de/download/leitlinien_krankenhauseelsorge_ekd_2004.pdf)

*Charta práv a svobod starších občanů* [online]. b.r. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.lidomezilidmi.cz/servis/charta-prav-a-svobod-starsich-obcanu>

*Charta práv umírajících* [online]. b.r. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.lidomezilidmi.cz/servis/charta-prav-umirajicich>

KAŇÁK, Jan. Postavení diskursu spirituality v sociální práci. *Sociální práce / Sociálna práca*. Brno: AVSP, 2015, **15**(4), 30-46. ISSN 1213-6204.

*Kaplan-nemocnice.cz* [online]. b.r. [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: [www.kaplan-nemocnice.cz](http://www.kaplan-nemocnice.cz)

KAŠPARŮ, Jaroslav. *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*. 1. Brno: Cesta, 2002. ISBN 80-729-5031-2.

KISVERTOVÁ, Helena. *Důstojnost pacienta jako součást NIC intervence Duchovní podpora* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství, 2013, **15**(3) [cit. 2015-12-28]. ISSN 1212-4117. s. 252-259. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20131003140235552014.pdf>

KLESSMANN, Michael. *Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus* [online]. In: . b.r. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: [http://www.ekir.de/krankhausseelsorge/Downloads/Anhang\\_b.pdf](http://www.ekir.de/krankhausseelsorge/Downloads/Anhang_b.pdf)

KONEČNÁ, Hana, Danica SLOUKOVÁ a Tonko MARDEŠIĆ. *Medicína založená na důvěře: o nebohém pacientovi v postmoderní době*. Vyd. 1. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-878-0.

*Krankenhausseelsorge* [online]. b.r. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <https://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhausseelsorge>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Návrat, 1991.

MATOUŠEK, Oldřich, Alois KŘIŠŤAN (ed.). *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8473-7.

*Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vydání*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.

*Nemocniční kaplan.cz* [online]. b.r. [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/>

OPATRŇNÁ, Marie. *Klinická pastorační péče a její poskytovatel: Časopis lékařů českých*. Praha: Mladá fronta a.s., 2006, **145**(9746-747). ISSN 0008-7335.

OPATRŇNÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003.

OPATRŇNÝ, Aleš. *Pastorace zvláštních skupin*. 1. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2014. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-116-8.

PFEIFER, Samuel. *Slabé nésti: moderní psychiatrie a biblická duchovní péče*. Vyd. 1. Ostrava: JUPOS, 1995. ISBN 80-85832-03-6.

*Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. b.r. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/spiritualni-pece/>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Seelsorge - christliche Hilfe zur Lebensgestaltung Aufsätze zur interdisziplinären Grundlegung praktischer Theologie*. Berlin: Lit, 2012. ISBN 978-364-3115-171.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce v paliativní péči* [online]. In: . Praha: Cesta domů, 2004, s. 48 [cit. 2015-12-28]. ISBN 80-3294330-8. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003426.pdf>

*Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě* [online]. b.r. [cit. 3.1.2016]. Dostupné z: [www.nemocnicnikaplan.cz](http://www.nemocnicnikaplan.cz)

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ÚZIS [online]. b.r. [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/nemocnice>

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

*Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. b.r. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>

VURST, Vítězslav. *ČR Dvojka: Host do domu: nemocniční kaplan V. Vurst* [online]. Praha, 2016, vysíláno 7. ledna 2016 v 11:04, 31 minut [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/dvojka/jejakaje/\\_zprava/pravdu-o-zdravotnim-stavu-sdeli-lekar-pak-prichazim-ja-rika-nemocnicni-kaplan-vitezslav-vurst--1571619](http://www.rozhlas.cz/dvojka/jejakaje/_zprava/pravdu-o-zdravotnim-stavu-sdeli-lekar-pak-prichazim-ja-rika-nemocnicni-kaplan-vitezslav-vurst--1571619)

WARE, Bronnie. *Čeho před smrtí nejvíce litujeme: [jak nám život změnil naši drazí, když umírají]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0168-7.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. In: *20/1966*. 1966, 7/1966.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů*. 2004, 30/2004.

*Zdravotnické noviny: Velká Británie: Spory o financování pastorační péče*. 2009, **58**(25). ISSN 1805-2355.

## **7 Seznam obrázků**

Obrázek 1 - Nemocniční kaplan Mgr. R. Homola, B. Th. ....	10
---	----

## **8 Seznam grafů**

Graf 1 – Forma spolupráce se zdravotnickým zařízením .....	43
Graf 2 – Délka působení ve zdravotnickém zařízení .....	43
Graf 3 – Zřizovatel zdravotnického zařízení.....	44
Graf 4 – Označení pozice.....	44
Graf 5 – Forma spolupráce – právní základ.....	45
Graf 6 – Role / pozice v týmu .....	46
Graf 7 – Spolupráce s ostatními zaměstnanci zdravotnického zařízení.....	47
Graf 8 – Primární cílové skupiny /skupina pacientů/.....	48
Graf 9 – Závislost primárních cílových skupin a typů oddělení nemocnice.....	49
Graf 10 – Další cílové skupiny .....	49
Graf 11 – Struktura podnětů pro návštěvu pacienta.....	50
Graf 12 – Vyhodnocení odmítnutí služby.....	50
Graf 13 – Spektrum řešených témat.....	51
Graf 14 – Metodika práce .....	52
Graf 15 – Aktivity kaplanů ve zdravotnickém zařízení .....	53
Graf 16 – Připravenost zdravotnických zařízení na působení kaplanů .....	60
Graf 17 - ČSÚ - Vývoj počtu obyvatel podle vztahu k víře .....	73

## **9 Seznam tabulek**

Tabulka 1 – Počty respondentů .....	36
Tabulka 2 – Postřehy respondentů k problematice nemocničního kaplanství .....	61

## 10 Seznam zkratek

KANK	Katolická asociace nemocničních kaplanů
ANK	Asociace nemocničních kaplanů
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
PO	Požární ochrana
ČSÚ	Český statistický úřad

## 11 Seznam příloh

1. Náplň práce nemocničního kaplana – Asociace nemocničních kaplanů, Katolická asociace nemocničních kaplanů v ČR
2. Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice
3. Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice.
4. Exkurz - Osobní zkušenost s pastorační službou v brněnských nemocnicích
5. Dotazník dotazníkového šetření

Příloha 1.

### **Náplň práce nemocničního kaplana – Asociace nemocničních kaplanů**

- péče o rodinu i zdravotnický personálu v situaci smutku a při ztrátě blízké osoby
- vyhledávání nebezpečí – identifikace jedinců, jejichž náboženské/duchovní konflikty by mohly ztížit jejich uzdravení nebo adekvátní přizpůsobení se situaci
- setkání za účelem zhodnocení kritické stresové události
- komunikace s těmi, kteří poskytují péči
- pomoc zaměstnancům s komunikací se účastní lékařských vizit a porad, které se týkají péče o pacienta; kaplani nabízejí pohled na duchovní situaci pacientů
- účast na interdisciplinárním vzdělávání
- vyjasnění konfliktů mezi zaměstnanci, pacienty a členy rodiny
- pomoc při rozhodování se a komunikaci, která se týká záležitostí smrti a umírání
- podpora zaměstnanců, která se týká osobní krize nebo pracovního stresu
- modlitby a čtení duchovních textů (s pacienty i sám)
- požehnání a svátosti (svátosti udělují samozřejmě jen vysvěcení jáhni nebo kněží)
- objasňování důležitých etických otázek pacientům, členům rodiny, zaměstnancům a zdravotnickému zařízení
- účast na zasedání etických komisí a revizních komisí zdravotnických zařízení
- konzultování etických obav a problémů se zaměstnanci a pacienty
- provádění vzdělávání v doškolovacích kurzech
- dělání prezentací týkající se duchovních a zdravotnických otázek
- vzdělávání studentů v profesích zdravotní péče; toto vzdělání se týká propojení náboženství a duchovní oblasti se zdravotnickou péčí
- působení jako obhájce nebo „kulturní zprostředkovatel“ mezi zdravotnickým zařízením a pacientem, členy rodiny a zaměstnanci
- nabídka emocionálně a duchovně „bezpečného“ profesionála, u kterého mohou hledat radu nebo poučení pacienti, členové rodiny a zaměstnanci
- publikování v odborných lékařských časopisech a církevních periodikách
- spolupráce při psaní monografií

### **Nemocniční kaplani z Katolické asociace nemocničních kaplanů v ČR nabízí všem pacientům, jejich příbuzným, pozůstalým, pracovníkům ve zdravotnictví**

- osobní rozhovory
- lidskou blízkost a doprovázení v době nemoci
- hledání naděje, smyslu nemoci a utrpení
- průvodce v těžkém období ztráty blízkého člověka
- četbu z Bible
- společnou modlitbu
- slavení svátostí
- zprostředkování kontaktu na katolické kněze a duchovní jiných křesťanských církvích registrovaných v ČR

**Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví  
mezi Českou biskupskou konferencí  
a Ekumenickou radou církví v České republice**

**Česká biskupská konference,**  
zastoupená jejím předsedou Mons. Janem Graubnerem, a  
**Ekumenická rada církví v ČR,**  
zastoupená jejím předsedou ThDr. Pavlem Černým, ThD.,

vědomy si společného poslání sloužit potřebným, uzavírají dohodu o vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků do zdravotnických zařízení s cílem prospět trpícím v těžkých situacích bez ohledu na jejich vyznání.

**Vysílání kaplanů a dobrovolníků** se děje tam, kde došlo ke vzájemné dohodě mezi zdravotnickým zařízením a zástupcem ČBK nebo ERC. Zdravotnické zařízení a vysílající církev potom uzavírají vlastní dohodu, upravující činnost vyslaného spirituálního pracovníka v konkrétním zařízení.

**Nemocničním kaplanem** se v této dohodě rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči pacientům, personálu a návštěvníkům, řídí práci dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví podle přání pacienta.

**Dobrovolníkem**, vyslaným ČBK a ERC ve smyslu této dohody se rozumí osoba (muž nebo žena), která se ve svém volném čase podílí na spirituální péči o nemocné pod vedením nemocničního kaplana.

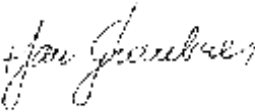
Osoby, vyslané podle této dohody církvemi, musí splňovat kvalifikační předpoklady uvedené v této dohodě, a dodržovat etický kodex, který je součástí této dohody.

Způsob vyslání a dobu jeho platnosti si jednotlivé církve upraví podle svých řádů. Vyslání se zúčastní zástupci ČBK a ERC na místní úrovni. Vyslání pracovníci jsou vázáni touto dohodou a řády své církve.

Vyslaného pracovníka odvolává vysílající církev, v případě hrubého porušování této dohody tak učiní neprodleně.

Pastorační péče o nemocné, uskutečňována jednotlivými církvemi, případně jimi zřizovanými subjekty, zůstává nedotčena.

  
ThDr. Pavel Černý, ThD.  
za ERC v ČR

  
Mons. Jan Graubner  
za ČBK

**V Praze, 20. listopadu 2006**

**Dodatek č. 1**

**k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí  
a Ekumenickou radou církví v České republice  
uzavřené dne 20. 11. 2006**

**Česká biskupská konference,  
zastoupená jejím předsedou Mons. Dominikem Dukou,  
reprezentující církev římskokatolickou a církev řeckokatolickou  
(dále jen „katolická církev“),  
a  
Ekumenická rada církví v ČR,  
zastoupená jejím předsedou Mgr. Joelem Rumlem,  
reprezentující své členy dle výčtu uvedeného v Části V. (příčemž dodatek užívá  
výrazu „členské církve“), (dále jen „ERC“),**

připojují k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice uzavřené dne 20. 11. 2006 (dále jen „Dohoda“) dodatek č. 1 (dále jen „Dodatek“), který upřesňuje a upravuje ujednání obsažená v Dohodě i v jejích přílohách č. 1 a 2. Z důvodu návaznosti na Dohodu užívá Dodatek termínu „duchovní péče“, přičemž považuje za rovnocenný též běžně užívaný termín „pastorační péče“.

**Část I.**

**Zvláštní předpis k vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče**

1. Vyslání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče se děje tam, kde došlo k vzájemné dohodě mezi zdravotnickým zařízením a církví, působící v místě, kde se příslušné zdravotnické zařízení nachází. Vysílající církev přitom může vůči zdravotnickému zařízení zastupovat více církví, mezi nimiž o tom dojde k dohodě. Pro vyslání nemocničního kaplana uzavírají vysílající církev a zdravotnické zařízení písemnou smlouvu, upravující činnost vyslaného kaplana v konkrétním zdravotnickém zařízení.

2. Podle Dohody se pod názvem nemocniční kaplan rozumí osoba, která poskytuje duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví a smlouvy s nemocnicí jako člen multidisciplinárního zdravotnického týmu.
3. Vyslání nemocničního kaplana se děje předáním jmenovacího dekretu.
4. Za katolickou církev vysílá nemocničního kaplana diecézní biskup či exarcha (resp. osoba dočasně řídící diecézi či exarchát v době uprázdňení biskupského stolce či zabránění výkonu úřadu biskupa), nebo jimi pověřená osoba.
5. Za členské církve ERC vysílá nemocničního kaplana příslušná autorita jednotlivé církve určená jejími vnitřními předpisy, přičemž se vždy jedná buď o představitele její vyšší správní jednotky, nebo o představitele celé církve v ČR (nikoli tedy o představitele na lokální úrovni). Informace o příslušné vysílající autoritě členských církví ERC je přílohou č. 4 Dohody.
6. Vyslání nemocničních kaplanů probíhá zpravidla při společné ekumenické bohoslužbě, na kterou jsou pozváni zástupci církve římskokatolické, církve řeckokatolické a členských církví ERC působících v daném místě.
7. Podle Dohody se pod názvem dobrovolník v oblasti duchovní péče rozumí osoba, která se ve svém volném čase pod vedením nemocničního kaplana podílí na duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví.
8. Vyslání dobrovolníků v oblasti duchovní péče probíhá obdobně podle ustanovení odst. 2 až 5 s tím rozdílem, že se při této příležitosti zpravidla nekoná ekumenická bohoslužba.
9. Vyslání nemocničních kaplanů, skončení a změny jejich vyslání členské církve oznamují bez zbytečného prodlení příslušným koordinujícím složkám ČBK a ERC1. Vyslání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče, skončení a změny jejich vyslání je žádoucí ze strany vysílající autority sdělit také zástupcům církve římskokatolické, církve řeckokatolické a členských církví ERC, působících v daném místě.

## **Část II.**

### **Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana**

1. Pověření vlastní církví.
2. Ukončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni.
3. Minimálně tři roky působení v obecné pastorační péči.
4. Specializovaný kurz nemocničního kaplanství nebo odpovídající vzdělání zahrnující:
  - a) znalosti obecných zásad a základů organizace pastorační péče v katolické církvi a v jednotlivých členských církvích ERC (včetně přesného názvosloví);
  - b) základní znalosti o církvích a náboženských společnostech registrovaných v ČR, světových náboženstvích, nových náboženských hnutích a sektách působících v ČR;
  - c) znalosti bioetiky, zejména lékařské a zdravotnické etiky;
  - d) znalosti organizace zdravotnictví a nemocnice;
  - e) znalosti právního minima v oblastech sociální péče a zdravotnictví;
  - f) kurs komunikace, zejména v obtížných situacích;
  - g) minimálně jednoměsíční praxi, nejlépe však tříměsíční.

## **Část III.**

### **Kvalifikační předpoklady dobrovolníka**

1. Pověření vlastní církví a ověření způsobilosti nemocničním kaplanem.
2. Teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví) a znalost obecných zásad a základů organizace pastorační péče v katolické církvi a v jednotlivých členských církvích ERC.
3. Základní znalosti o církvích a náboženských společnostech registrovaných v ČR, světových náboženstvích, nových náboženských hnutích a sektách působících v ČR.
4. Základní znalost organizace zdravotnictví a nemocnice.
5. Schopnost komunikace, zejména v obtížných situacích.
6. Základní znalosti z bioetiky, lékařské a zdravotnické etiky.

## **Část IV.**

### **Přechodná ustanovení**

1. Smluvní strany se zavazují do dvou let od data účinnosti tohoto dodatku Dohody všechna dosud udělená pověření ke službě nemocničního kaplana a dobrovolníka uvést do souladu s Dohodou a tímto Dodatkem.

2. Splnění všech kvalifikačních předpokladů stanovených výše v částech II. a III. Bude vyžadováno v plném rozsahu po 7 (sedmi) letech od data účinnosti tohoto dodatku Dohody. Tato doba má sloužit především pro vybudování vzdělávacího systému umožňujícího splnit požadavky kladené Dohodou ve znění tohoto dodatku.
3. Na přechodnou dobu uvedenou v odst. 2 je možné uvnitř členských církví ČBK a ERC (zvláště v katolické církvi) rozlišit nemocniční kaplany na nemocniční kaplany v užším slova smyslu a na pastorační asistenty; práce pastoračních asistentů a dobrovolníků je řízena nemocničním kaplanem v užším slova smyslu. Zařazení kategorie „pastorační asistent“ sleduje umožnit oficiální vyslání těch, kteří s několikaletou dobrou praxí poskytují pastorační péči ve zdravotnických, resp. sociálních zařízeních, ale nemají dokončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni. Toto rozlišování je interní církevní záležitostí, vůči zdravotnickým zařízením se nadále užívá zavedené rozlišení „nemocniční kaplan“ a „dobrovolník v oblasti duchovní péče“.
4. Na přechodnou dobu uvedenou v odst. 2 platí následné kvalifikační předpoklady:

***A. pro nemocničního kaplana v užším slova smyslu (NK):***

- a) dokončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni;
- b) kurs v oblasti pastorační péče nemocných (viz odst. 6);
- c) praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy (doporučeno 2 roky);
- d) pověření vlastní církví.

***B. pro pastoračního asistenta (PA):***

- a) alespoň úplné středoškolské vzdělání;
- b) kurs v oblasti pastorační péče nemocných (viz odst. 6);
- c) praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy (doporučeno 2 roky);
- d) pověření vlastní církví.

***C. pro dobrovolníka v oblasti pastorační péče (D):***

- a) pověření vlastní církví;
- b) teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví – např. v katolické církvi toto minimum zahrnuje komentovaný výklad Kréda a Desatera a základní znalosti svátostí a zásad duchovního života);
- c) základní znalosti pastorační péče nemocných;
- d) praxe v průběhu přípravy.

5. Splnění výše uvedených kvalifikačních předpokladů pro vyslání nemocničního kaplana a pastoračního asistenta v oblasti pastorační péče se ověřuje pohovorem (zkouškou) před komisí, jmenovanou příslušnou autoritou katolické církve (zpravidla biskupský vikář

pro pastorační nemocných) či členské církve ERC. Do komise je vždy přizván zástupce druhé smluvní strany, který v ní má postavení pozorovatele. V kompetenci této autority pak je doporučit, nebo nedoporučit vysílající autoritě katolické církve nebo členské církve ERC, aby vyslala nemocničního kaplana a pastoračního asistenta v oblasti duchovní péče do konkrétního zdravotnického zařízení. Způsobilost dobrovolníka ověřuje nemocniční kaplan.

6. Vysílající církev pak zajistí v brzké době následné vzdělání NK a PA v těchto oblastech:
  - a) pastorační a spiritualita nemocných;
  - b) speciální kapitoly z religionistiky: náboženství, nová náboženská hnutí a sekty;
  - c) kontakty a spolupráce s představiteli jiných křesťanských církví na území, kde se zdravotnické zařízení nachází;
  - d) základní orientace v medicínských oborech;
  - e) základní znalosti z lékařské a zdravotnické etiky;
  - f) duchovní formace (účast na formačně vzdělávacích setkáních).

## **Část V.**

### **Závěrečná ustanovení**

1. Členskými církvemi ERC jsou nemocniční kaplani vysíláni způsobem odpovídajícím tradicím a vnitřním předpisům jednotlivých církví. Pravidla pro vysílání jsou uvedena v příloze k tomuto Dodatku. Jakékoli změny jsou členské církve ERC povinny neprodleně sdělit příslušným koordinujícím složkám ČBK a ERC i ostatním členským církvím ERC.
2. Ustanovení této dohody se analogicky uplatní také pro sociální a obdobná zařízení.
3. Výjimku z kvalifikačních požadavků pro jednotlivé nemocniční kaplany může po skončení přechodného období udělit ze závažných důvodů a po vzájemné dohodě pověřená autorita jedné ze smluvních stran, tj. ČBK a ERC (udělení výjimky se týká zpravidla lékařů, psychologů a obdobných profesí).
4. Vzhledem k právní povaze ČBK a ERC se ustanovení Dohody (včetně jejích příloh a dodatků) vztahují na katolickou církev a členské církve ERC uvedené výčtem v odst. 5. Tyto církve se zavazují k tomu, že při výběru kandidátů nemocničního kaplanství budou (vedle svých interních požadavků) dbát na osobnostní kvality uchazeče, zvláště ekumenickou otevřenost (vyznačující se především vstřícnou spoluprací s duchovními jiných církví) a schopnost komunikace.

5. Seznam členských církví ERC, na které se vztahuje Dohoda včetně příloh a dodatků:
- Apoštolská církev;
  - Bratrská jednota baptistů;
  - Církev bratrská;
  - Církev československá husitská;
  - Českobratrská církev evangelická;
  - Evangelická církev augsburského vyznání v České republice;
  - Evangelická církev metodistická;
  - Jednota bratrská;
  - Pravoslavná církev v českých zemích
  - Starokatolická církev v ČR;
  - Slezská církev augsburského vyznání;
6. Práva z této Dohody a jejího Dodatku se vztahují také na Církev adventistů sedmého dne, pozorovatele ERC, která se dne 29. 06. 2011 zavázala dodržovat Dohodu a její Dodatek.
7. Tímto dodatkem se ruší dosavadní přílohy č. 1 a č. 2 Dohody a přidává se příloha č. 4 uvedená v čl. I. odst. 5 tohoto Dodatku.
8. Dodatek nabývá platnosti a účinnosti dnem 1. 1. 2012.

Mons. Dominik Duka  
za ČBK

Mgr. Joel Ruml  
za ERC v ČR

V Praze, dne 1. 1. 2012

## **Exkurz**

### **Osobní zkušenost s pastorační službou v brněnských nemocnicích**

**Sr. Františka Jana Majerčíková, dkl.**

Od července roku 2005 pracuji jako pastorační asistentka pro pastorační službu v brněnských nemocnicích. V souvislosti s touto službou bych se chtěla podělit o několik svých zkušeností v několika brněnských nemocnicích.

V Závěru 64. plenárního zasedání ČBK ze dne 26. dubna 2006 se uvádí: „Biskup Herbst informoval o činnosti Rady pro duchovní péči ve zdravotnictví. Ta má za úkol vytvořit podmínky pro činnost pastoračních asistentů v nemocnicích, kteří by byli k dispozici lidem nábožensky nevyhraněným, kteří si v extrémních situacích nemoci a umírání kladou existenciální a spirituální otázky. Svou povahou by tak tato služba nezduvojovala ani nenarušovala klasickou péči farnosti či sboru o lidi, kteří se hlásí ke konkrétní církvi. Koncepce činnosti pastoračních asistentů v nemocnicích je připravována ve spolupráci s Ekumenickou radou církví v ČR.“<sup>66</sup>

Po přečtení tohoto stanoviska ČBK jsem si uvědomila, že moje činnost se musí nutně ubírat cestou preevangelizace. To, co jsem do té doby považovala za svůj prvořadý úkol, tedy posloužit eucharistií a modlitbou věřícím, jsem začala přesouvat buď na dobrovolníky s pověřením podávat eucharistii v nemocnicích, anebo na příslušnou farnost, ke které se nemocný hlásí.

Začátky byly těžké jak pro personál jednotlivých oddělení nemocnic, tak pro mne. S nemocničním kaplanem pověřeným touto službou biskupstvím brněnským jsem sice obešla většinu oddělení, oslovila jsem staniční sestry, ale situace byla taková, že přístup na tato pracoviště jsem měla v prvním půlroku jedině v době návštěv. Na několik málo oddělení jsem mohla přijít i v jinou dobu dne, pokud neprobíhala vizita. Byla to výjimka. Ale i tak jsem na těchto odděleních trávila zbytek své pracovní doby, lépe řečeno její většinu. Tam se začaly utvářet velmi pomalu vztahy respektu a posléze i přátelství a spolupráce. Protože jsem již z předchozí praxe znala prostředí zdravotnického provozu, věděla jsem o některých předsudcích vůči církvi a duchovním. Zde jsem měla možnost zakoušet je denně na vlastní kůži. Úplně na začátku jsem byla vnímána jako konkurence. To mi jasně dávaly najevo

---

<sup>66</sup> Tiskové středisko České biskupské konference 2006: Závěr 64. plenárního zasedání ČBK, <http://tisk.cirkev.cz/art/clanek.asp?id=8449>.

sestry poznámkami typu: „Sedět, nic nedělat a ještě být tou nejhodnější, to bych také dokázala.“ Tento předsudek lze jen těžko vykořenit. Zpočátku nebylo ani pro mne jednoduché, podobné poznámky jednoduše přeslechnout, nevracet, ani se k nim nevyjadřovat. V člověku se v podobné situaci ozve vzdor a potřeba okamžitě uvádět věci na pravou míru. Jenže jednou z metod evangelizace je osobní svědectví a to předpokládá neustálou sebevýchovu a ukázněnost. Když jsem tyto věci zpětně promýšlela, byla jsem překvapena, že se po tolika letech života ve společenství, musí člověk stále podrobovat výchově. Bylo potřeba znovu přicházet na oddělení s otevřeností, trpělivostí a oproštěností od jakýchkoli předsudků, které v mém nitru vznikaly nově, s každou podobnou poznámkou. Přelomové situace přicházely ve chvíli, kdy jsem suplovala přítomnost zdravotnického personálu u lůžka nevyлéčitelně nemocných pacientů, kteří si na jedné straně vyžadovali neustálou přítomnost personálu, na druhé straně se chovali agresivně. Začali mne k nim posílat. Často jsem u těchto pacientů jen tiše stála a naslouchala různým obviňováním, nářkům i nadávkám. Ale tato přítomnost byla účinná nejen pro pacienta, ale i pro personál. Postupně se vytrácely předsudky a rodila se spolupráce na jiné úrovni. Zdravotníci se starali o nemocné tělo pacientů a já jsem jim nejen naslouchala, ale také zprostředkovávala vzájemný kontakt mezi nimi.

Dalším předsudkem, docela běžným v našem zdravotnictví, bylo, že jsem se dovídala z úst staničních sester, že pacient, kterého jsem včera navštívila a za kterým chci jít i dnes, se po mé návštěvě psychicky zhoršil. Určitě jsem mu svou přítomností způsobila strach ze smrti anebo strach z toho, že i kdyby nebyl na tom zdravotně tak zle, bude muset brzy umřít. Naštěstí z podobných předsudků vyvedli personál samotní pacienti. Většinou jsem v takové situaci požádala staniční sestru, aby šla za dotyčným pacientem se mnou, a tam jsme si společně vyslechly jeho názor. Vždy si návštěvu duchovního přál a ani jednou se nestalo, že by svůj psychický stav přičítal mé předchozí návštěvě. Snad jsem v tomto měla speciální Boží pomoc a ochranu, ale bylo to mé štěstí.

Duchovní služba v nemocnicích se postupně stávala běžnou záležitostí, dokonce někde přímo žádanou. A tak po několika měsících byly uzavřeny první smlouvy mezi Biskupstvím brněnským a jednotlivou nemocnicí. Dnes má uzavřenou smlouvu téměř každá větší brněnská nemocnice.

V nemocnicích, ve kterých se pohybuji, zaznamenávám stále větší otevřenost vůči církvi ze strany personálu a v mnoha případech i zájem o poznávání křesťanských hodnot, či přímo evangelní zvěsti.

A jak se pastorační služba vyvíjí mezi pacienty? Když jsem přišla poprvé sama na oddělení jedné z významných nemocnic, a šla jsem se přihlásit u staniční sestry, bylo mi řečeno, ať si obejdu oddělení. Nedostala jsem ani možnost podívat se na seznam nemocných. Pokoje byly označené čísly a z ničeho nebylo patrné, zda jsou na pokoji muži nebo ženy a v jakém věkovém složení. To byl pro mne první šok. Nesměle jsem zaklepal na pokoj číslo jedna. Otevřela jsem dveře a vešla. V jediné chvíli na mne upřeně koukalo osm párů očí mladých mužů. Všichni jsme byli tak překvapení, že jsem začala couvat ke dveřím a chtěla jsem odejít. Ale celou situaci zachránil jeden z pacientů. Řekl pohotově něco v tom smyslu, abych se jich nebála a neutíkala, že určitě si budeme mít co říci. Byl to člověk, který se nehlásil k žádné z církví či náboženských společností. Jednoduše začal klást otázky a projevovat zájem o vše, co se týká náboženství, ale i života duchovních a řeholníků. Toto uvedení do světa pacientů bylo jednak nečekané, ale lepší bych si sama nedokázala představit. Pánové se stali prvními příznivci pastorační služby v nemocnici a zájemci o hlásání evangelia. Každý den jsem u nich zaklepal, a po krátkém rozhovoru odcházela s odvahou zaklepat i jinde.

Při setkáních s pacienty jsem svědkem různých reakcí. Někde jsem vítaný host, jinde jako ta, která si přišla popovídat, ale někde ani sama nedokážu zhodnotit svoji pozici pro rozpačitost pohledů a reakcí. Jednou mě pacient vyhnal hned, jak mě uviděl ve dveřích. Snažila jsem se mu omluvit a tiše zavřít dveře, ale odcházela jsem plná rozporuplných pocitů a myšlenek. Cítila jsem se pokořená a uražená. Cestou z nemocnice jsem si znovu celou událost připomenula a pokusila se v ní zorientovat. Samozřejmě se mi to nedařilo, avšak jednu věc jsem přece jen pochopila. Pokud bych měla v podobných situacích ztrácet klid a odcházet od nemocných s nevolí, bylo by lépe s touto službou skončit co nejdříve. Rozhodla jsem se, že za tímto pacientem zajdu zase příští den. Šla jsem se strachem, ale své rozhodnutí jsem nezměnila. Jaké bylo překvapení, když mě pacient přivítal s otázkou: „Vy jste se neurazila? Já jsem se bál, že už Vás neuvidím a celou noc jsem kvůli tomu nespál.“ Nedokázala jsem mu odpovědět, protože jsem ohledně urážky nebyla úplně čistá. Ale byl to silný zážitek, kdo je ve skutečnosti „člověk v extrémní situaci nemoci“. Nechci domýšlet, jak by pokračovalo jeho léčení s vědomím, že někoho urazil, bez možnosti zbavit se této tíhy. Toho člověka jsem potkala po delší době v kostele, relativně v dobrém zdravotním stavu. Přišel, ač takzvaně nevěřící, poděkovat a prosit za své zdraví.

Tyto zkušenosti mě přímo nutí k sebereflexi. Jednání nemocného člověka neodráží jeho pravou tvář. Jsem to však já, koho takové jednání demaskuje. Nastavuje mi zrcadlo, ve kterém vidím svoji tvář, nakolik je moje tolerance, trpělivost, pokora či ochota nefalšovaná.

Skladba nemocných na odděleních se stále mění, a proto s duchovní službou v tomto prostředí nebudeme nikdy hotovi. Nakonec Ježíšova výzva „Jděte do celého světa a kažte evangelium všemu stvoření.“<sup>67</sup> je výzvou pro všechna pokolení až do konce světa.

Často se setkávám s početnou skupinou lidí, kteří tvrdí, že mají svoji víru. Ta bývá povětšinou vírou v různé pověry. Tito lidé jsou kritičtí vůči církvi, avšak jejich nevědomost je tak hluboká, že kritika se stává nekritickou. Co je při tom všem pro mne velmi zajímavé, a s čím se setkávám téměř denně, většina lidí se ptá po příslušnosti k církvi. Sami často chtějí mít „svoji víru“ a nechtějí „se nechat svazovat žádnou organizací“, jak tomuto postoji říkají, avšak ode mne jasně očekávají příslušnost k církvi. Když se ptám po důvodech, je to pro ně jakási záruka, že nebudeme naléhat, aby se také zařadili do našeho společenství a že budeme respektovat jejich svobodu. Sami nevědí, odkud se bere tato jistota, poukazují však na zkušenosti se Svědky Jehovovy anebo s různými skupinami, které se hlásí k New Age.

Zde v Brně se pastorační služby v nemocnicích věnují trvale tři kněží a pět pastoračních asistentek. Snažíme se setkávat na pracovních poradách alespoň jednou za měsíc. Zde máme prostor pro vzájemné sdílení. Je to však prostor velmi omezený a nedostačující již pro promýšlení našeho jednání. Do budoucna vidím jako důležitou součást této služby účinnou zpětnou vazbu a reflexi.

Na poli duchovní služby je možné ujít kus cesty. Tato cesta má i svá úskalí. Pokud službu vykonáváme jako své zaměstnání na plný pracovní úvazek, může dojít k zevšednění a jakési patentizaci své činnosti. Není nic nebezpečnějšího než vědomí, že co dělám, dělám dobře, a že to umím. Mám prošlapanou vlastní cestu a nikdo mě nemusí ničemu učit. Konečně, k tomuto stavu může dojít ve všech pomáhajících profesích. A zde je už jen krůček k vyhoření.

Papež Benedikt XVI. v homilii v Lurdech 15. září 2008 řekl: „Konečně chci povzbudit ty, kteří v duchu víry přijímají a navštěvují nemocné, zvláště nemocniční kněze, pastorační asistenty v nemocnicích, ve farnostech anebo i zde, ve svatyni. Kéž byste mohli jako nositelé Božího milosrdenství zakoušet v tomto důležitém a náročném poslání účinnou a bratrskou oporu svých společenství.“ A dále: „Co konáte, konáte ve jménu církve, jejímž nejčistším obrazem je Maria.“<sup>68</sup> Díky společenství, ve kterém žiji a díky místní církvi tuto oporu zakouším. Očekávám také, že jednou při našich setkáních a při vzájemném sdílení,

---

<sup>67</sup> Mk 16, 15.

<sup>68</sup> BENEDIKT XVI.: Homília pápeža Benedikta XVI. počas sv. omše pre chorých na priestranstve pred Bazilikou ružencovej P. Márie 15. septembra 2008, in: Ozveny Spoločnosti 5 (2008) 25.

bude přítomný člověk, odborník, který dokáže kriticky reagovat na jednotlivé zkušenosti a pomoci nám vyjít ze stereotypů a zároveň růst podle evangelia.

Tato služba je nesporně i zdrojem radosti. Vyplývá to ze samé podstaty evangelia – radostné zvěsti. Dovoluje nám neustále konfrontovat se právě s touto zvěstí a společně s nemocnými jít cestou naděje, co je důležité nejen pro pacienty, ale také pro nás, kteří se máme stát jejími nositeli. Těší mě stát u člověka, jehož životní priority se úplně mění. Ubývá sice jeho tělesných sil, uvnitř však nastává proměna, patrná mnohem více na jeho vztazích a často viditelná na jeho obličejí prozářeném radostí a nadějí. Je to i odměna za hodiny strávené u lůžka, bez nároku na výsledky, které většinou nebudu vidět.



## Zkušenosti s pastorační péčí v nemocnicích

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

- V případě více vhodných variant označte všechny varianty.
- U otevřených otázek prosím vyjádřete svůj názor, stačí heslovitě.

**1. Ve zdravotnickém zařízení, ve kterém nyní působím, vykonávám pastorační péči:**

povinná otázka

- Na plný pracovní úvazek
- Na částečný pracovní úvazek
- Mám uzavřenu jinou pracovní – právní formu spolupráce
- Jako dobrovolník, bez smluvního vztahu

**2. V zařízení působím:**

povinná otázka

- Méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- Více než 5 let

**3. Zřizovatelem zdravotnického zařízení, ve kterém působím je:**

povinná otázka

- Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Kraj
- Město, obec
- Církev, fyzická osoba, právnická osoba

**4. Označení mé pozice/role ve zdravotnickém zařízení je:**

povinná otázka

- Kaplan
- Duchovní
- Jiné – uveďte prosím konkrétně

povinná otázka

**5. Mé působení ve zdravotnickém zařízení se opírá o:**

- Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR + Dodatek k dohodě
- Dohodu mezi vysílající církví a zdravotnickým zařízením
- Pracovně – právní vztah mezi mnou a zaměstnavatelem (zdravotnickým zařízením)
- O jiný smluvní vztah – uveďte prosím jaký

povinná otázka

**6. Zařazení mé pozice v organizační struktuře zdravotnického zařízení:**

Zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 2 možnosti.

- Má pozice má konkrétní označení a umístění v organizační struktuře – prosím specifikujte
- Nemám konkrétní umístění v organizační struktuře, jsem součástí jiné organizační složky – prosím uveďte jaké
- Nejsem součástí organizační struktury
- Zde specifikujte zařazení Vaší pozice v organizační struktuře

povinná otázka

**7. Má role/pozice je:**

- Jsem členem týmu, spolupracuji ale s širším okruhem zaměstnanců
- Samostatná, komunikuji převážně s příjemci služby
- Jiná – uveďte prosím jaká

povinná otázka

**8. Při své činnosti spolupracuji s (uveďte všechny možnosti a odhadněte četnost spolupráce v procentech):**

Lékaři - %:

Středním zdravotnickým personálem - %:

Nižším zdravotnickým personálem - %:

Vedením zdravotnického zařízení - %:

Další - %:

povinná otázka

**9. Pro lepší kvalitu pastorační péče bych uvítal/a užší spolupráci s: uveďte prosím konkrétně skupinu a zdůvodněte.**

povinná otázka

**10. Primární cílové skupiny pro pastorační péči ve zdravotnických zařízeních ve skupině pacientů jsou:**

- Vážně nemocní pacienti
- Pacienti v terminálním stádiu
- Pacienti po závažných zákrocích
- Další – uveďte prosím konkrétně

povinná otázka

**11. Jmenované primární cílové skupiny pacientů**

- Korespondují s některými typy oddělení nemocnice
- Zahrnují pacienty ze všech oddělení nemocnice
- Odpovídají mé volbě a výběru

povinná otázka

**12. Další cílové skupiny pro pastorační péči kromě pacientů jsou ( vyplňte v procentech):**

Příbuzní a známí pacientů - %:

Zaměstnanci zdravotnického zařízení - %:

Další – %:

povinná otázka

**13. Na základě jakého podnětu přicházíte za pacienty?**

Pacient požádá o návštěvu (osobně nebo ve vstupním dotazníku) - %:

Zdravotnický personál zjišťuje u pacientů zájem - %:

Zdravotnický personál doporučí návštěvu u pacienta - %:

Kontaktuji pacienty a zjišťuji zájem - %:

Jinak - %:

povinná otázka

**14. Setkáváte se s odmítnutím služby? Pokud ano, popište prosím příčiny odmítnutí.**

Zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 2 možnosti.

- S odmítnutím se téměř nesetkávám
- S odmítnutím se setkávám méně než v polovině kontaktů. Důvody uveďte níže
- S odmítnutím se setkávám více než v polovině kontaktů. Důvody uveďte níže
- Místo pro text Vaší odpovědi:

povinná otázka

**15. S pacienty / klienty řeším tato témata (uveďte prosím přibližná čísla procentuálního zastoupení):**

Zdravotní problémy, somatická bolest - %:

Osobní rodinné vztahy - %:

**Utrpení, umírání - %:**

**Duchovní rozhovor - %:**

**Prožívání hospitalizace - %:**

**Pohospitalizační péče - %:**

**Pracovní vztahy - %:**

**Existenciální problematika - %:**

**Konzultace - %:**

**Další – %:**

povinná otázka

**16. Metodiku práce, pracovní postupy, druhy činností, ... volím podle:**

- Podkladů a pokynů daných domovskou církví
- Pracovní náplně dané zdravotnickým zařízením
- Vlastního uvážení, zkušeností
- Jinak – prosím popište

povinná otázka

**17. Přehled o své činnosti**

- Nevedu žádný přehled o své činnosti
- Pouze nárazově zaznamenávám pro mne důležité informace, pravidelné výstupy nepovažuji za nutné a nejsou ode mne ani požadovány
- Vedu pravidelně, sleduji konkrétní hodnoty (statistické výstupy, sledování určitých hodnot a parametrů, ...) – uveďte prosím jaké

povinná otázka

**18. Věnujete se v rámci nemocnice ještě další činnosti? Pokud ano, uveďte prosím jaké (kulturní akce, publikační činnost, pořádání soutěží, sbírek, koordinace dobrovolníků, aj.)**

- V nemocnici vykonávám pouze pastorační péči
- Vykonávám ještě další činnosti, např.

povinná otázka

**19. V roli nemocničního kaplana ve vztahu k pacientům řeším tato dilemata:**

- Žádné dilema ve své roli neřeším
- Řeším toto dilema - uveďte prosím příklady

povinná otázka

**20. V roli nemocničního kaplana vzhledem k systému řeším tato dilemata:**

- Žádné dilema ve své roli neřeším
- Řeším toto dilema - uveďte prosím příklady

nepovinná otázka

**21. Ve výkonu činnosti dle svých představ mi brání: prosím uveďte příklady kolizních situací**

nepovinná otázka

**22. Pro hledání síly ke své práci využívám tyto vnitřní zdroje: prosím uveďte příklady**

nepovinná otázka

**23. Ze svých dosavadních zkušeností při činnosti nemocničního kaplana**

**bych doporučil/a zdravotnickému zařízení ve vztahu k roli kaplana toto: prosím rozved'te**

nepovinná otázka

**24. Ze svých dosavadních zkušeností s působením ve zdravotnickém zařízení bych doporučil/a zdravotnickému zařízení pro jeho lepší fungování toto: prosím rozved'te**

povinná otázka

**25. Je podle Vašeho názoru v současnosti systém poskytování zdravotní lůžkové péče připraven na působení duchovních v roli nemocničních kaplanů?**

- Ano je, v mnoha nemocnicích funguje ve vzájemné symbióze
- Pouze částečně, záleží na přístupu poskytovatelů zdravotní péče a jednotlivých kaplanů
- Pastorační péče v českých nemocnicích je zatím stále na počátku, pro její zavedení je nutno ujit ještě dlouhý kus cesty

nepovinná otázka

**26. V případě zájmu prosím přiřete Vaše postřehy k dané problematice**

Odeslat dotazník

Ukončit vyplňování dotazníku a smazat vyplněné hodnoty

Dana Lauerová