

## Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému?

MUDr. Mgr. Marie Opatrná

Onkologická klinika 1.LF UK a VFN, Praha

### Klíčová slova

spiritualita, religiozita, pastorační péče, Bible, modlitba, smysl lidské existence, kaplan, paliativní péče, služba

### Místo motta:

**Místo motta: Stalo se vloni na jednom mimopražském pracovišti: Pacientka středního věku s nádorovým onemocněním byla informována, že onkologická léčba je vyčerpaná. Rozplakala se. Lékařka reagovala slovy: „Mhm, co má být, tak se přetělíte.“**

Navzdory našemu kulturnímu popírání je mortalita lidské bytosti 100%.<sup>1</sup> Uvádí se, že přibližně 90% lidí umírá na chronická onemocnění, tedy choroby, které trvaly řadu měsíců či let. Všude tam, kde léčba nevede k definitivnímu uzdravení (tzv. kurativní léčba), mluvíme o léčbě a péči paliativní. Definice paliativní péče Světové zdravotnické organizace z r. 2002 říká: „Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“<sup>2</sup>

O jaké těžkosti se jedná, mluvíme-li o duchovních potížích? Umíme je rozeznat? A kdo by je měl vyhodnocovat a řešit, resp. kdo by měl být nápomocen pacientům a jejich blízkým je vyhodnocovat a řešit? Dokáží pacienti potřeby týkající se jejich duchovní dimenze pojmenovat? Jedná se o péči *lege artis*, je-li jedna složka péče opomíjena?

Tyto otázky úzce souvisejí s lidskou důstojností, smyslem lidského života a života s nemocí, s právy pacientů, s právy umírajících, s pravdou na nemocničním lůžku a s problematikou interdisciplinárních a multiprofesních týmů – tedy s tématickými okruhy, které jsou předmětem lékařské etiky.

Dovolte mi uvést téma malým výkladovým slovníčkem. Spiritualita a religiozita byly během doby totality tabu a některé významy slov se za dlouhá léta posunuly, pro některá přijatá slova nemáme v současné době ani vhodný český ekvivalent.

Slovo *spiritualita* je odvozeno z latinského *spiritus* – *duch*. Adjektiva *spirituální* a *duchovní* jsou synonyma. *Spirituální (duchovní) péče* ve zdravotnictví je péče o duchovní dimenzi pacienta a také jeho blízkých.

Slovo *religiozita* resp. *religiózní* je odvozeno z latinského *religio* – náboženství.

Vzájemný vztah slov *spirituální* a *religiózní* je složitější. Význam slova *religiózní* vyjadřuje příslušnost k určitému náboženství, význam slova *spirituální* resp. *spiritualita* může být širší (a pak znamená obecný vztah k nějaké nadpřirozené skutečnosti bez vazby na konkrétní náboženství), ale může být také užší a znamená v tom případě určitý směr či orientaci v náboženském systému, např. v křesťanství.

Slovo *pastorační* je z latinského *pascere* – *sytit*, odtud pak pastor – duchovní protestantských církví či pastorační péče. Slovní spojení *pastorační péče* versus *spirituální péče* se používá nejednotně. Pod spirituální péčí myslí někteří péči širší než je péče jen o náboženské potřeby.

<sup>1</sup> Levy, M.H., Supportive Oncology – Palliative Care: What's in a Name?, s. 132, in: Seminars in Oncology – Supportive Oncology – Palliative Care:2005, Vol 32, No 2, April 2005, W.B.Saunders – Philadelphia, PA

<sup>2</sup> Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům O organizaci paliativní péče a Příloha k Doporučení, s.22, vydala Cesta domů 2004

Naopak někteří autoři nadřazují slovní spojení *pastorační péče* péči o spirituální potřeby i o potřeby religiózní. Podle těchto autorů se jedná o zastřešující termín.

Slovo *kaplan* je z latinského *capellanus* - *duchovní vázaný na kapli*. V současné době funkční titul pro duchovní, zvláště křesťanské, ale nejen pro ně.

Existuje pět světových náboženství. Křesťanství, judaismus a islám jsou monoteistická náboženství (víra v jednoho osobního Boha, není víra v převtělování). Hinduismus uctívá řadu bohů, nade vším stojí absolutno, nedefinovatelné božské brahman, víra v převtělování. Budhismus není přesně vzato náboženstvím (chybí víra v nadpřirozenou bytost), ale spíše filosofickým systémem, který vede člověka přes opakovaná převtělení k nirváně, stavu blaženosti.

Naše západní kultura vyrostla z kořenů judaismu a křesťanství. Hospicové hnutí se zrodilo rovněž v křesťanském prostředí.

K problematice spirituální péče ve zdravotnickém systému zmíním tři materiály, které jsou významné v celosvětovém, resp. evropském měřítku.

1. V roce 2004 vydala Grada Publishing komentovaný oficiální překlad anglického textu „Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2002“:

„Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice“.

Tyto standardy byly vypracovány mezinárodní skupinou odborníků ze všech světadílů (Jižní Amerika a karibská oblast, Asie a Pacifik, Střední východ, střední a východní Evropa, západní Evropa a Afrika) a jsou podkladem pro akreditaci zdravotnických zařízení na celém světě.

Akreditace je považována za účinný nástroj hodnocení a řízení kvality péče a uvedené standardy jsou chápány jako optimální a dosažitelné. Standardy, které jsou vytištěné tučně, jsou označeny jako stěžejní standardy. Jejich splnění je pro udělení akreditace bezpodmínečné. Standard **PFR. 1.2.1.**, vytištěný tučně, říká: „**Nemocnice má vytvořený postup, v rámci kterého uspokojí požadavky pacientů a jejich blízkých na poskytnutí duchovních služeb či podobné požadavky vyplývající z pacientových duchovních potřeb a náboženského přesvědčení.**“<sup>3</sup>

... „Nově byla do stávajícího vydání zařazena část věnovaná péči o pacienty v terminálním stavu a léčbě bolesti (COP.14 – COP.19). I když jde o standardy, které nejsou z hlediska plnění akreditačních podmínek určeny jako stěžejní, patří posuzování postupů při léčbě bolesti u všech pacientů (nejen u pacientů v terminálním stavu) ke standardní součásti náplně akreditačního šetření.“<sup>4</sup>

Tato skupina standardů mluví opakovaně o duchovních a náboženských potřebách a problémech, o jejich rozpoznání a zajištění péče o ně. Jako duchovní problémy pacienta či jeho blízkých jsou označeny např. pocity zoufalství, utrpení, viny či potřeba odpuštění.

2. V roce 2003 vydala Cesta domů český překlad „Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care“ („Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče“ a „Příloha k Doporučení“). Materiál je vzhledem k tématu spirituální péče ve zdravotnictví zajímavý v tom smyslu, že slovo duchovní (především jako adjektivum) uvádí 22x. Po adjektivu duchovní následují tato substantiva: otázky, potřeby, obtíže, utrpení, problémy, blaho, podpora, péče, aspekty péče a útěcha. Kromě toho jsou 2x zmíněny existenciální otázky. Celkem tedy dokument mluví 24x o téže problematice. K dokreslení jedna citace: „**Paliativní péče obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta. vysoká úroveň o fyzickou stránku je samozřejmě zásadní, avšak sama o sobě nestačí. Nesmíme redukovat**

<sup>3</sup> Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, s. 44

<sup>4</sup> Cit. dílo s. 137

lidskou bytost na pouhou biologickou jednotku.“<sup>5</sup> V této souvislosti je třeba ještě připomenout, že paliativní péče není synonymem pro péči terminální (kterou však zahrnuje) a dále, že cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pacientů a jejich rodin. Proto za hlavní dimenze paliativní péče je považováno:

- mírnění symptomů;
- psychologická, duchovní a citová podpora;
- podpora rodině;
- doprovázení pozůstalých v době zármutku.<sup>6</sup>

3. V r. 2002 byly přijaty Evropskou sítí zdravotní kaplanské služby Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě. Text lze najít v angličtině na [www.eurochaplains.org](http://www.eurochaplains.org). V češtině lze zatím, protože neexistuje jednotný úzus, použít různé formulace, různé způsoby vyjádření, které odpovídají anglickému *healthcare chaplaincy*: zdravotní kaplanství, kaplanská služba ve zdravotnictví, klinická pastorační péče či nemocniční pastorační (duchovní) péče.

**Standardy definují nemocniční kaplanství jako službu - s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují -, která přivádí ke zdrojům osobním i kulturním, ke zdrojům víry i ke zdrojům společenství.**

Podle nejrůznějších statistik patří obyvatelé ČR k nejateističtějším na světě. Můžeme si tedy položit otázku, zda má vůbec smysl uvažovat a mluvit o zavedení spirituální péče ve zdravotnictví v širším měřítku, když finance<sup>7</sup> v systému evidentně chybí a potřeba spirituální péče je na první pohled spíše nejistá, ne-li zbytečná. Lišíme se ale opravdu tak významně od ostatní populace na této planetě? Máme či nemáme my Češi spirituální potřeby? A jaké spirituální potřeby mají lidé v ostatních zemích světa? Vždyť to, že potřeba péče o spirituální dimenzi pronikla do požadavků paliativní medicíny jako takové i do standardů nemocniční péče v celosvětovém měřítku, není jistě zanedbatelné.

Mnohdy mají lidé potřebu oslovit transcendentno, Boha v záležitosti banální. Čím větší musí být tato touha v tzv. mezních situacích, např. v souvislosti s život ohrožující chorobou? Filosofie klade v této souvislosti řadu otázek, na které existuje nepřeberné množství mnohdy protiřečících si odpovědí. „Někdy se mluví o *skandálu filosofie*. Poukazuje se na to, že speciální vědy dosahují ohromného pokroku a úspěchů, zatímco na filozofii je všechno zmatené a působí jen zklamání.“<sup>8</sup> Navzdory tomuto konstatování nezbyvá, než se kratičce poohlédnout po tom, jak někteří filosofové odpovídají na otázky charakteru „*Co je člověk?*“, „*Co je smrt?*“, „*Jak se máme postavit ke smrti?*“, „*Existuje pro člověka naděje za hranicí smrti?*“ atp.

Řekové nazývali člověka *zoón logon echon* – tj. živá bytost, která má logos. Slovo logos má několik významů, znamená slovo, rozum, duch, ale také smysl. Do latiny bylo toto sousloví přeloženo jako *animal rationale* – živočich rozumný. Animalita člověka je charakterizována např. tělesností, konečností, ale také nutností. Druhý pól člověka bývá označován jako transcendentálníta, „duch“, vědomí sebe, Já. Charakteristikami tohoto pólu je např. svoboda a zaměřenost na budoucnost. „Na jedné straně je duch naše pravé Já (Aristoteles), na druhé straně spatřujeme světlo světa mezi výkaly a močí (*inter feces et urinam* – Augustin). A přece

<sup>5</sup> Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy, s. 23

<sup>6</sup> srov. Cit. dílo s. 10

<sup>7</sup> V Evropě je kaplanská služba financována většinou z více zdrojů, většinou se na financování podílí jak stát tak církev. Má služba je financována katolickou církví – můj příjem na poloviční úvazek je 5000Kč.

<sup>8</sup> Anzenbacher, A. Úvod do filosofie, Logos Praha 1989, s. 39

je člověk v jednotě obou těchto stránek osobou.<sup>9</sup> Někteří filosofové (Buber a další) rozvinuli téma osoby a došli ke konstatování, že člověk je osobou jen ve vztahu k druhému člověku, případně k Bohu. „Pouze v živém vztahu lze bezprostředně poznat bytnost člověka, vlastní jen jemu. Také gorila je individuum, také termín státní kolektiv, ale Já a Ty se v našem světě vyskytují jen proto, že existuje člověk, a sice Já teprve na základě vztahu k Ty.“<sup>10</sup>

„K autenticitě člověka bytostně patří, *aby se vyrovnal se svým životem jakožto bytím k smrti*; aby ve svém činném bytí na světě před touto svou konečností ... neuhýbal, nýbrž aby ji odhodlaně přijal jako možnost. Člověk upadající ve způsobu neurčitěho ‚ono se‘ uhýbá: Neříká ‚já zemřu‘, nýbrž ‚umírá se‘ – a necítí se tím už dále zasažen.“<sup>11</sup> Přesto je „smrt neustále přítomna, byť jen ve stavu potlačení... lidská existence je vždy projektována a žita na horizontu vědění o smrti. V lidském životě je smrt otázkou a smrt opět klade otázku samotnému životu.“<sup>12</sup>

Tyto úvahy a konstatování vedou k otázce po smyslu lidské existence vůbec, která je společná filosofii, psychologii (viz např. Frankl) i náboženství.

V souvislosti s problematikou smyslu můžeme z pohledu filosofie říci, že pro člověka existují cíle a hodnoty tzv. dílčí (mezilidské vztahy, zdraví, ale také beztrždní společnost – Marx a Engels či naplnění vůle k moci v nadčlověku – Nietzsche), ale rovněž smysl lidské existence v celku. Filosofické myšlení smyslu (tedy to, že je člověk schopen myslet smysl) lidské existence v celku dává možnost najít řád a souvislost dílčích cílů. Zde však dochází filosofie ke své hranici - ke dvěma základním alternativám – k alternativě víry (utrpení, ztroskotání, smrt vedou lidskou otázku po smyslu nad hranici filosofie k rovině víry) a k alternativě kritiky víry, resp. náboženství, která však mluví jen o dílčích aspektech lidského života a není schopna problematiku smyslu v nejobecnější rovině uzavřít. „Dialog mezi jistotou víry a kritikou náboženství je trvalým úkolem, v němž filosofii připadá rozhodující úloha.“<sup>13</sup>

Otázkou smyslu se po celý svůj život zabýval psychiatr Viktor E. Frankl. Zakladatel logoterapie došel k obdobnému závěru, k jakému dochází filosofie, a to na poli psychoterapie. Mluví rovněž o posledním resp. vyšším smyslu („ne však ve významu něčeho nadsmyslného“<sup>14</sup>), ve který však „můžeme jenom věřit“.<sup>15</sup> Tedy je už mimo oblast schopnosti našeho racionálního myšlení. Jako psychiatr a psychoterapeut přísně dělil mezi psychoterapií – naukou o duševním zdraví a teologií – naukou o spáse duše.<sup>16</sup> Jako příslušník židovského národa, který přežil několik koncentračních táborů, však také napsal: „O nic větší a o nic menší průkaznost než teze *Cogito, ergo sum* /Myslím, tedy jsem/ by tak neměla jiná teze: *Amo (Deum) ergo (Deus) est* /Miluji (Boha), tedy (Bůh) jest. Neboť právě tak jako první teze ‚usuzuje‘ z aktu myšlení na já jako na subjekt, ‚usuzuje‘ druhá teze z aktu nekonečné lásky na Boha jako (nekonečný) objekt.“ ... „**Nu, Bůh – osobní Bůh intendo vaný religioz ním člověkem – není koneckonců ničím jiným než jakoby pra-Ty. Ano, je tím tolik a tak podstatně, že vlastně není vůbec možné mluvit o něm, ve třetí osobě, nýbrž vždy jenom k němu, ve druhé osobě.** A nevím, zda je kupříkladu člověku, který byl... v koncentračním táboře, stál v hrobě a mluvil k Bohu, zda je pro tohoto člověka ještě někdy vůbec možné, aby stál za katedrou, řekněme v této posluchárně, a mluvil o Bohu jako o téže bytosti, k níž kdysi mluvil v hrobě...“<sup>17</sup>

<sup>9</sup> cit. dílo s. 189

<sup>10</sup> Buber, M. Problém člověka, Kalich, Praha 1997, s. 153

<sup>11</sup> cit. dílo s.198

<sup>12</sup> Scherer, G. Smrt jako filosofický problém, s.12

<sup>13</sup> Anzenbacher, A. Úvod do filosofie, Logos Praha 1989, s. 295

<sup>14</sup> Frankl, V.E., Co v mých knihách není, s. 43

<sup>15</sup> Frankl, V.E., Co v mých knihách není, s.43

<sup>16</sup> srov. cit. dílo s. 43

<sup>17</sup> Frankl, V.E., Vůle ke smyslu, s. 48

Otázkami *co je smrt, zda existuje naděje za hranicí smrti, jaký smysl má smrt a jaký smysl má život* „ve stínu smrti“ se nezabývají jen velcí myslitelé, ale každý člověk, který musí čelit život ohrožující chorobě. Pocity zoufalství a utrpení, pocity zmaru, nenaplněnosti života, ale také touha po transcendentnu, po Bohu, pomíjivé „pokušení“ myslet na Boha podobně, jako když se člověk ocitne na břehu moře nebo ve vysokých horách, potřeba modlitby, potřeba odpuštění, potřeba najít, pochopit smysl vlastního života a mnohé další jsou základními spirituálními potřebami nemocného člověka.

Proč? Proč já? Ještě že já a ne mé dítě, můj příbuzný!... Všem těmto otázkám předchází výkřik, prakticky stejný u všech lidí, nezávisle na jejich víře či náboženství: *Bože! Pane Bože! Co se to stalo?! Ne, to není pravda!* Podle dr. Kübler-Rossovové jsme ve fázi šoku a negace. Jedná se o jakýsi instinktivní obrat k transcendentnu, případně k osobnímu Bohu. Později v dalších fázích pacienti, dříve tzv. nevěřící, jakoby podléhají „pokušení“ myslet na osud, případně Boha a klást řadu dalších otázek. Tzv. existenciální myšlenky či problémy je pak provázejí po celou dobu onemocnění a zintenzivňují se v období krizí a tehdy, spěje-li onemocnění ke svému konci. Tyto lidské potřeby a city nás neopravňují dělat závěr, že transcendence (Smysl, Bůh...), po které člověk touží, existuje. Ale je třeba přijmout fakt, že existuje fenomén spirituální dimenze člověka a že spirituální či náboženské problémy se stávají za určitých okolností velmi zřetelnými.

Ptáme-li se, kde má současná spirituální péče ve zdravotnických systémech své kořeny musíme se vrátit hluboko do historie.

Skupina nomádů, vedená podle Bible Abrahámem, vyšla z oblasti starověké Mezopotámie a postupně se dostala na Blízký východ. Díky neutěšeným životním podmínkám odešla část kmenů do Egypta. Tam se Izraelité dostali později do otrockého postavení, ale mocným božím zásahem, jak věří judaismus i křesťanství, byli vyvedeni z otroctví do „země zaslíbené“. Celý Starý Zákon pak představuje Boha jako toho, který zachraňuje, který vyvádí z poroby, který o člověka pečuje. Tehdejší pastevecké kultuře byl blízký obraz pastýře, a proto se pro Boha pečujícího, chránícího atp. ujala, mimo jiné, metafora pastýře. Žalm 23 (nejstarší texty žalmů jsou cca 3 tisíce let staré) říká: *Hospodin je můj pastýř, nic nepostrádám, dává mi prodlévat na svěžích pastvinách, vodí mne k vodám, kde si mohu odpočinout. Občerstvuje mou duši, vede mne po správných cestách pro svoje jméno. I kdybych šel temnotou rokle, nezaleknu se zla, vždyť ty jsi se mnou.*<sup>18</sup> Snad si v této souvislosti někteří čtenáři uvědomí, že tento text byl zhudebněn A. Dvořákem.

Křesťanství výše popsaný pohled jen potvrdilo a rozvinulo. Ježíš o sobě v Janově evangeliu prohlašuje: „Já jsem dobrý pastýř. Dobrý pastýř položí život za své ovce.“<sup>19</sup>

Z Nového Zákona je třeba ještě zmínit 25. kapitulu Matoušova evangelia, kde se Ježíš ztotožňuje s hladovými, žiznivými... a také nemocnými.

Lukášovo evangelium zase vypráví příběh o milosrdném Samaritánovi<sup>20</sup>: Pocestný je přepaden lupiči, obrán, zbit a ponechán polomrtvý u cesty. Dva kolemjdoucí se mu postupně vyhnou, až Samaritán (vpodstatě nepřítel) byl pohnut soucitem, ošetřil mu rány a odvezl ho do hostince. A Ježíš pak vyzývá k obdobnému jednání.

**S určitou nadsázkou se dá říci, že právě ona hospoda, kam milosrdný Samaritán zavezl zraněného, byla prvním hospicem, prvním špitálem**

Novozákonní pohled na nemocné dokresluje několik veršů z Jakubova listu, které hovoří o modlitbě za nemocné. Tento text se stal základem tzv. svátosti nemocných v katolické církvi.

<sup>18</sup> Bible, Žalm 23, 2-4a (uvedený překlad je však liturgický, protože je melodičtější)

<sup>19</sup> Bible, Jan 10, 11

<sup>20</sup> Bible, Lukáš 10, 25-37

Křesťané se na základě výše uvedených textů začali velmi intenzivně starat o nemocné a postižené. Odkud tedy označení kaplan či nemocniční kaplan?

Vedle ošetřování ran a léčení nemocí patřila po celá staletí k péči vždy modlitba, četba Písma a svátosti – tedy péče pastorační. Znamenalo to a dodnes znamená napodobovat Ježíše jako dobrého pastýře, který sytí dobrými věcmi – sytí slovem (Bible) i tělem (eucharistie). Tato péče byla po celá staletí vyhrazena kněžím a pastorům, tedy duchovním (osobám).

Podle Kodexu kanonického práva katolické církve „Kaplan je kněz, kterému je natrvalo alespoň z části svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů.“<sup>21</sup> Zvláštní skupinou křesťanů se myslí např. křesťané v nemocnicích, v armádě či ve věznicích. Slovo kaplan však také užívají protestantské církve. Ve 20. stol. díky ekumenické spolupráci křesťanských církví došlo k určitému posunu v chápání slova. V současné době je tímto termínem v západních zemích označován člověk, ať muž nebo žena (v katolické církvi se žena nemůže stát knězem), který má patřičné vysokoškolské vzdělání a pověření od církve, jejímž je členem, aby vykonával pastorační péči v nemocnicích. V řadě zemí potřebují mít nemocniční kaplani ještě speciální postgraduální vzdělání (CPE – clinical pastoral education) nebo výcvik (CPT – clinical pastoral training).

Duchovní péče o nemocné má tedy křesťanské kořeny. V minulém století se ke křesťanským kaplanům připojili i kaplani židovští. Ke konci století se o tuto službu začali zajímat i muslimové, ačkoli k jejich náboženské tradici takovýto typ péče o nemocné nepatří.

Charakteristika pastorační péče se dá shrnout do několika bodů:

- 1. služba s ohledem na potřeby:** - existenciální  
- duchovní  
- náboženské
- 2. hledání a přivádění ke zdrojům:** - osobním  
- víry  
- kulturním  
- společenství
- 3. individuální přístup**

Nemocniční kaplan má bránit nekonečnou hodnotu a důstojnost každé osoby. Tím, že je přítomen na oddělení, je znamením ještě jiné dimenze utrpení, než jakou obvykle lidé utrpení dávají. Dále má dbát, aby byly „ošetřeny“ spirituální potřeby lidí z různých náboženství a kultur a současně má chránit před nevhodnou duchovní vtíravostí (např. sekt) nebo proselytismem („přetahování“ pacientů mezi církvemi či náboženstvími).

Kasuistika z mé praxe: Pacientka s diagnózou maligního melanomu „od dveří“ hlásí, že podstoupí jakoukoli léčbu, ale ne transfuzi krve. V rozhovoru mi potvrdí, že je členkou Svědků Jehovových. Pokřtěna byla jako katolička a také tak řadu let žila. Protože pacientka nemá žádného blízkého příbuzného, ale naopak je velmi pevně vázána v sociální síti Svědků, je třeba jí ponechat její pozdější rozhodnutí, víru a zakotvení. Po lidské stránce jsme si velmi rozuměly a pacientka mi byla nesmírně vděčná, že jsem respektovala její svobodu.

Kaplan má poskytovat (či zajistit poskytnutí) bohoslužby, obřady a svátosti podle té které náboženské tradice. Praktikujících křesťanů (chodících pravidelně na bohoslužby), resp. křesťanů s tzv. intrinsickou (zvnitřněnou) vírou je mezi mými pacienty relativně málo (0-3 při současném počtu 20 lůžek onkologické kliniky). Jsou to lidé, kteří mají zájem (pokud jsou

---

<sup>21</sup> Kodex kanonického práva, kánon 564, s. 261

katolíky) o donášení eucharistie, případně o další svátosti. Katolíci i křesťané jiných denominací pak vítají četbu biblických textů, modlitbu, ale také rozhovor.

Naslouchání je základním „nástrojem“ kaplana, který uplatňuje nejen v setkání s věřícími, ale především v setkání s lidmi s tzv. vnějškovou formou víry, s lidmi se zbytky víry či nevěřícími. Celá léta mne udivuje, kolik lidí má potřebu vyprávět mi svůj životní příběh, mnohdy už při prvním setkání. Vysvětlení se nabízí hned několik. Lidé chtějí někam sociálně patřit - i v nemocnici. Pacienti si potřebují utřídit své myšlenky, sdělit někomu, že jejich život byl a je důležitý. Mnohdy ospravedlňují, co se jim nepovedlo, jindy hledají odpuštění. Chtějí buď najít nebo potvrdit smysl svého života. Intuitivně se potřebují vyrovnat s minulostí, aby mohli čelit budoucnosti.

Starší žena mi začne vyprávět o svém životě, ještě než si stačím sednout k lůžku. Důvod se dozvídám díky trpělivému tichému naslouchání i zdánlivě nepodstatným věcem. Pacientka žila celá desetiletí s výčitkami svědomí, že neumožnila narodit se dítěti, které by v současné době bylo přibližně tak staré jako já. Žena nakonec vyslovuje dosud nevyslovenou lítost a vyjadřuje touhu po odpuštění.

Bývalý pohraničník na naší hranici se západní Evropou. Znovu a znovu mi vypráví, jak záslužnou práci dělal, obhajuje své členství v KSČ. Poslouchám, nehodnotím. Díky náročné léčbě dochází k vážným komplikacím. Pacient si myslí, že zemře. Sedím u lůžka a držíme se za ruku. Tiše mi začne vyprávět, že je pokřtěný, že ministroval, měl svatbu v kostele. Četba žalmů ho znovu uvádí do modlitby...

Mladá žena, matka dvou malých dětí. Před vypuknutím nemoci se setkala se skupinou křesťanů, ale během léčby potkává ještě budhisty a dostává se k ní literatura New Age. Váhá, co zvolit. Doporučuji jí, aby si vybrala podle toho, co se jí zdá nejbližší, „šitě na její míru“. Jednou, když čeká na výsledek CT a vykazuje známky silné úzkosti, si k ní sednu. Drží něco v sevřené ruce. Po chvíli se zeptám: „Můžete mi, prosím ukázat, co máte v ruce?“ Otevře dlaně – je na ní kříž.

Nemocniční kaplan má být členem multidisciplinárního týmu. To má své velké přednosti: kaplan tak do nemocnice, na oddělení patří a pacienti jsou zvyklí na jeho přítomnost.

Nepřichází jako někdo, kdo zase odejde, kdo je zde jen na chvíli, proto že byl zavolán. Ale snáší útrapy pobývání na jedné lodi, v jedné ponorce. Je tedy s pacienty v jejich drobných radostech, ale je s nimi a pro ně především tehdy, když je jim úzko, když hledají, ptají se. Je s nimi v bolesti při úmrtí spolupacienta na oddělení či přímo na pokoji.

Podobně jako ostatní členové týmu je vnímán tak, že je zde proto, aby pomáhal. Tím samým už je navozena atmosféra důvěry. Je tudíž k dispozici všem pacientům, jejichž komunikační schopnosti se během hospitalizace mnohdy velmi rychle mění a střídají. Snáze může zohlednit jejich stav a potřeby. Pacient má samozřejmě právo kaplana odmítnout.

Opakované hospitalizace umožňují navázat na předchozí rozhovory a rozvíjet je:

*Jsem nevěřící, ke křesťanství nemám žádný vztah.* Respektuji toto sdělení, chápu velkou bolest, kterou tato žena prožívá, protože před pár dny ještě učila a výsledky z minulého měsíce byly negativní. Onemocnění však náhle vzplanulo a během několika dní změnilo ženu plnou života v ležícího pacienta. Denně za ní přicházím, abych ji pozdravila a většinou na požádání podala to či ono, otevřela či zavřela okno atp. Po chirurgickém zákroku na páteři se žena vrací na naši kliniku. Ten den na pokoji umírá jedna pacientka. *Paní doktorko, modlete se za mne. Modlím se za vás všechny.* Náhle – pomodlíte se se mnou? K mému úžasu umí tato žena Otče náš.

Potřeba modlitby je jednou z nejvýraznějších spirituálních potřeb. Současně se jedná o záležitost velice intimní, o které lidé mluví většinou jen tehdy, vnímají-li dostatečné porozumění, ale především, mají-li dostatečnou důvěru k tomu, komu svou potřebu sdělují.

Etty Hillesum, mladá Židovka, prošla zvláštním procesem zrání, ve kterém se proměnila z ateistky v hluboce věřícího člověka. Její život skončil v Osvětimi. Svůj duchovní vývoj zaznamenala v denících.<sup>22</sup> Mimo jiné píše: „...zbudou mi vždycky ještě sepnuté ruce a ohnutá kolena. Jsou to gesta, která se u nás Židů nepředávala z generace na generaci. Musela jsem se jim naučit. Je to moje nejdrahocennější dědictví...je to moje nejintimnější gesto, intimnější než všechna gesta milostného soužití s mužem.“

Někteří z pacientů nemají vůbec žádný vztah k žádnému náboženství, přesto mají své spirituální potřeby. Chtějí uzavřít svůj život, touží po spočinutí a bezpečí. Pacient – popelář, i on mi vypráví svůj životní příběh; a také o pěstování rajčat a květin na pavlači...Když ho vidím naposledy, dává mi najevo, že chce upravit polštář. Pak již jen hlesne děkuji, ve tváři se mihne úsměv, objeví se pokojný výraz a ztratí vědomí.

Ve světě se kaplani účastní i na výukových programech pro zdravotnické profesionály a ve výzkumných programech o spirituální péči.

Jsem velmi vděčná za prostor, který mi časopis Diagnóza nabídl k prezentaci tématu spirituální / pastorační péče. Toto téma je u nás zatím prakticky neznámé jak mezi zdravotníky tak mezi pacienty. Nejen tlak Evropské unie, ale i příběhy podobné úvodní kratičké kasuistice by nás mohly vést k zamyšlení, zda v naší zemi není opomíjena velmi důležitá část péče o vážně nemocné. Neznalost kombinovaná se snahou o „první pomoc“ v této oblasti může pacienta poškodit víc, než si umíme představit. I tento typ péče, stejně jako kterýkoli jiný, patří do rukou odborníka.

the journal:Diagnóza v ošetrovatelství  
3/2006, ročník 2  
Promediamotion Praha

the name of the article: Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému  
(pages): s.105 – 108

---

<sup>22</sup> Hillesum, E. Přervaný život – Deníky E.H.1941 - 1943