

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Pastorace v paliativní péči

Adam Kreperát

Katedra sociální práce
Vedoucí práce: Mgr. Petr Jandejsek, M.A., Th.D.
Studijní program: Sociální a pastorační práce
Studijní obor: Sociální a pastorační práce

Praha 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou bakalářskou práci s názvem Pastorace v paliativní péči napsal samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům

V Praze dne 20. června 2024

Adam Kreperát

Anotace

Na základě teoretického studia zvoleného tématu a kvalitativního výzkumu provedeného pomocí strukturovaných rozhovorů s kaplany působícími v pražských nemocničních paliativních týmech dochází práce k následujícím závěrům: Pastorační péče v paliativní péči je zásadní nejen během života pacienta, ale může efektivně pokračovat i po jeho úmrtí, zejména v práci s příbuznými. Výzkum odhalil, že kaplani čelí náročným psychologickým výzvám, a proto je péče o jejich duševní zdraví nezbytná pro udržení kvality jejich služby. Pastorační péče se ukázala jako klíčová pro poskytování podpory, útěchy a duchovního vedení umírajícím pacientům a jejich rodinám. Kaplani se přizpůsobují individuálním potřebám a situacím každého pacienta, což je pro efektivní paliativní péči kritické. Studie také zdůraznila význam empatického přístupu a schopnosti kaplanů reagovat na specifické duchovní potřeby pacientů i jejich blízkých během poslední fáze života.

Klíčová slova

pastorační péče; paliativní péče; nemocniční kaplan; paliativní tým; práce s umírajícími

Summary

Based on theoretical studies of the chosen topic and qualitative research conducted through structured interviews with chaplains working in Prague hospital palliative care teams, the thesis concludes the following: Pastoral care in palliative care is essential not only during the patient's life but can effectively continue after their death, especially in working with relatives. The research revealed that chaplains face significant psychological challenges, making mental health care crucial for maintaining the quality of their service. Pastoral care has proven to be vital for providing support, comfort, and spiritual guidance to dying patients and their families. Chaplains adapt to the individual needs and situations of each patient, which is critical for effective palliative care. The study also highlighted the importance of an empathetic approach and the ability of chaplains to respond to the specific spiritual needs of patients and their loved ones during the final phase of life.

Keywords

pastoral care; palliative care; hospital chaplain; palliative team; working with the dying

Poděkování

Rád bych poděkoval Mgr. Petru Janděskovi, M.A., Th.D. za vedení a podporu při psaní mé bakalářské práce, za jeho ochotu, trpělivost a rady. Zároveň bych rád poděkoval všem respondentům, kteří si na mě udělali čas a zapojili se do výzkumu.

Obsah

Úvod	1
1 Pojetí pastorační péče	2
1.1.1 Definice	3
1.1.2 Adresáři pastorační péče	4
1.1.3 Péče o katolické věřící	5
1.1.4 Péče o věřící z reformovaných církví	6
1.1.5 Metody využívané v pastorační péči	6
1.1.6 Úlohy pastorační péče	10
2 Paliativní péče	11
2.1.1 Definice paliativní péče	12
2.1.2 Historie paliativní péče	13
2.1.3 Formy paliativní péče	15
3 Nemocniční kaplanství	18
3.1.1 Historie nemocničního kaplanství v ČR	19
3.1.2 Podmínky pro výkon kaplanské služby	21
3.1.3 Etický kodex nemocničních kaplanů	22
4 Kvalitativní výzkum	25
4.1 Anotace	25
4.2 Kvalitativní výzkum	25
4.3 Výzkumné téma	26
4.4 Cíl výzkumu	26
4.5 Technika sběru dat	27
4.6 Výzkumný vzorek a místo	28
4.7 Etické aspekty výzkumu	30
4.7.1 Informovaný souhlas	30
4.7.2 Reflexe vlastních zkušeností:	31
4.8 Zpracování a analýza dat	31
5 Interpretace dat	32
5.1.1 Role v týmu a rozdíly od ostatních	32
5.1.2 Spirituální potřeby a interakce s pacienty	34
5.1.3 Komunikace o citlivých tématech	35
5.1.4 Eutanazie	36
5.1.5 Podpora rodin	37
5.1.6 Etická dilemata	38
5.1.7 Osobní péče a profesní rozvoj	39
5.1.8 Podpora týmu a zaměstnanců	40
6 Diskuze	41
Závěr	43
Seznam použitých zdrojů	44
Přílohy	

Příloha č. 1 – Rozhovor s MUDr. Mgr. Martinem Moravcem OCr.	
Příloha č. 2 – Rozhovor s Mgr. Vojtěchem Sivkem	
Příloha č. 3 – Rozhovor s Mgr. Filip Gärtnerem.....	
Příloha č. 4 – Informovaný souhlas	

Úvod

V mé bakalářské práci na téma Pastorace v paliativní péči se zaměřuji na specifika pastorační péče poskytované umírajícím pacientům v rámci paliativní péče. Hlavním cílem mé práce je podrobně prozkoumat roli pastorace v paliativní péči a zjistit, jaké jsou její specifické aspekty a výzvy této péče. Tento cíl jsem si vybral na základě mé osobní zkušenosti jako nemocniční kaplan, kde jsem se setkal s významem duchovní podpory nejen pro pacienty, ale i pro jejich rodiny.

Abych dosáhl tohoto cíle, využiji kombinaci teoretického poznání a kvalitativního výzkumu. V teorii se budu zabývat historickým a teologickým kontextem pastorace, jak je popisován ve Starém a Novém zákoně, a analyzovat, jak se pastorace vyvinula a jak je vnímána v dnešní době. Dále se zaměřím na specifika pastorace zaměřené na paliativní péči, a to jak na její historický vývoj, tak na různé formy poskytování této péče v České republice. V této části také podrobně popíšu adresáty pastorační péče a budu diskutovat o to, že pastorace je určena všem lidem, kteří o ni projeví zájem, bez ohledu na jejich příslušnost k věřícímu společenství. Zdůrazním také, že pastorace se nesoustředí na dosažení konkrétního cíle, ale na člověka a jeho potřeby.

Další část mé práce se věnuje vývoji nemocničního kaplanství v České republice. Zde zkoumám historické kořeny a vývoj kaplanství, včetně jeho integrace do zdravotnických zařízení, což bylo dlouho problematické kvůli absenci jednotného etického rámce. Diskutuji výzvy spojené s integrací duchovní péče do zdravotnických systémů a nezbytnost stálého vzdělávání kaplanů, aby mohli efektivně reagovat na proměnlivé potřeby moderního zdravotnictví.

Ve výzkumné části mé práce provádím kvalitativní výzkum, který je zaměřen na kaplany působících v paliativních týmech v pražských nemocnicích. Cílem tohoto výzkumu je zjistit specifika pastorace při práci s umírajícími pacienty v paliativní péči.

1 Pojetí pastorage

Představení první kapitoly: pojetí pastorage

V první kapitole této práce se zaměřuji na pastorage z několika úhlů pohledu, rozdělujíc se na historickou rovinu, teologickou perspektivu, a aplikaci v praxi, zejména ve vztahu k umírajícím.

Na historické rovině se zabývám pojmem pastorage od jeho biblických začátků, přes historické změny v pojetí a praxi pastorage v různých kulturních a historických obdobích.

V teologické perspektivě se zaměřuje na rozbor pastorage jako klíčového elementu v životě křesťanské komunity a individuální duchovní praxi. Rozebírám tu také rozdíly mezi katolickým a protestantským chápáním pastorage a jejími funkcemi.

V závěru kapitoly se soustředím na využití pastorage v kontextu péče o umírající. V této části pojednávám o tom, jak může být pastorage efektivně aplikována k poskytování podpory, útěchy a duchovního vedení jedincům v poslední fázi života. Zvláštní pozornost zde věnuju potřebě empatie, pochopení a schopnosti pastoračních pracovníků reagovat na specifické potřeby a situace umírajících a jejich rodin.

První kapitola: pojetí pastorage

Výraz „pastorage“ nebo „pastorační péče“ často nemá ve společnosti pevně stanovený význam. Aleš Opatrný uvádí: „*Mnohdy se pastorage rozumí to, co dělá kněz, zpravidla mimo práce hospodářské a technické. Jindy se rozumí pastorage jen přímé vedení farnosti, a to hlavně tehdy, když se uvažuje o knězi jako pastýři*“.¹

Pojem „pastorage“ pochází z latinského pastor, což znamená pastýř, a zahrnuje ve své etymologii pojem péče o potřeby zranitelných. Vzhledem k tomu, že Hebrejské spisy a Nový zákon byly produktem pastýřských společností, není asi překvapivé, že se metafora pastýře objevila jako hlavní obraz náboženského vedení: „Ježíš byl dobrým pastýřem a církvev jeho stádem.“²

V regionu, odkud pochází Starý zákon, což je oblast dnešního Izraele a jeho okolí, bylo během letních suchých období nezbytné převést stáda ovcí a koz na

¹ OPATRŇY, Aleš. *Co je pastorage?* [online]. [cit. 2024-02-20]. Dostupné z: <<https://www.pastorage.cz/clanky/co-je-pastorage>>.

² MILLER-MCLEMORE, Bonnie J. *The Wiley-Blackwell companion to practical theology*, s. 276.

několik měsíců z vesnic do dalekých a často opuštěných pastvin. Tyto stáda pak byly ponechány pod dohledem pastýřů.

Práce pastýře byla považována za náročnou, zodpovědnou a nebezpečnou činnost. Už ve starověkých sumerských textech se králové označovali za „pastýře určené bohy“, a v asyrštině se pro ně užívalo stejné označení jako pro pastýře. Toto označení zdůrazňovalo jejich úlohu spojovatele a ochránce slabých. V biblických textech je Bůh nazýván pastýřem (Žalm 23) nebo jsou mu připisovány vlastnosti pastýře.

V Novém zákoně Ježíš Kristus ve svých promluvách často využíval příběhy z pastýřského života a sám se popsal, jako „dobrý pastýř“ (Jan 10), který dává svůj život „za své ovce“. Titul pastýř byl přijat pro lídry křesťanských společenství, kteří měli za úkol pečovat o svou komunitu, hledat ztracené, chránit před omyly a rozkoly a sloužit jako vzor pro ostatní.

Během posledních dvou století, se vyvinul teologický obor dneska známý, jako pastorální teologie. Od osvícenství došlo ve společnosti, a tím pádem i v církvi, k významným změnám, které vedly k novému chápání pastorační praxe. Tato praxe zahrnuje různé aktivity prováděné komunitami nebo jednotlivci, jež jsou zaměřeny na plnění poslání církve.

V evropském katolicismu se stále více zdůrazňuje role křesťanské komunity jako celku v pastorální teologii, i když jsou zastoupeny konkrétními osobami. Naproti tomu v mnoha protestantských denominacích, jako jsou ty v USA, se klade větší důraz na individuální pastorační pracovníky. Tyto osoby jsou považovány za profesionály, kteří mají specifické dovednosti a znalosti pro zvládnutí složitých nebo kritických životních situací. V důsledku toho je jejich působení běžné v oblastech jako zdravotnictví, vězeňství, vzdělávání a sociální práce.³

1.1.1 Definice

Abychom lépe pochopili, co pastorační práce znamená představím zde tři různé definice pastorační práce, které nám nabízejí různé pohledy a důrazy. Tyto definice jsem si vybral, protože pokrývají různé aspekty pastorační práce, jako je respekt k jedinečnosti člověka, dosvědčování Boží péče, doprovázení v nemoci a utrpení, zpřítomňování dobrého Pastýře a podpora lidské důstojnosti.

³ KŘÍŠŤAN, Alois. Praktická teologie, pastorační práce a sociální práce – mezioborové souvislosti. In: MARTINEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 20-21.

Aleš Opatrný v knize *Malá příručka pastorační péče o nemocné* říká: „Pastorační péčí o nemocné a trpící 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 nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“⁴

Tato definice zdůrazňuje, že pastorece je citlivá a respektující služba, která bere v úvahu celistvost a jedinečnost člověka a jeho víru.

Tomáš Butta v knize *Pastorační péče v církvi* říká, že: „Pastorece je považována za základní a nejvlastnější činnost církve. Pastýřská péče má dosvědčovat Boží péči o člověka a zpřítomňovat jednání dobrého Pastýře.“ Tato definice ukazuje, že pastorece je neodmyslitelnou součástí církevního poslání a že lidé vykonávající pastoreci mají napodobovat Krista, který je dobrým Pastýřem.⁵

Asi nejkratší definici můžeme najít u evangelického teologa Josefa Smolíka, který říká, že: „pastorece je službou k víře a k životu z víry.“⁶ Tato definice poukazuje na to, že pastorece má pomáhat lidem objevovat, prohlubovat a prožívat svůj vztah k Bohu a k bližním. Pastorece se neomezuje jen na duchovní aspekt, ale zahrnuje i celistvost člověka a jeho potřeb

1.1.2 Adresáti pastorační péče

V následujících odstavcích se pokusím podrobně rozvést a objasnit přístupy, které bychom měli uplatňovat ve vztahu k různým skupinám lidí: těm, kteří vykazují duchovní přesvědčení, jedincům, kteří se nehlásí k žádnému náboženskému vyznání a vyjadřují skeptický nebo nevěřící postoj, a rovněž k osobám, které se explicitně identifikují jako ateisté, odmítající jakoukoliv formu náboženské víry.

Pastorační péče o umírající je velmi citlivá a náročná služba. Vyžaduje od nás respekt, soucit, trpělivost a moudrost. Nemůžeme přistupovat ke všem lidem stejně, protože každý má svůj osobní příběh, své potřeby, své otázky a své pochybnosti. Musíme být schopni naslouchat, rozumět, podporovat a nabízet naději všem lidem bez rozdílu.

Pastorační péče rozuměná v širším kontextu přesahuje hranice poskytování pomoci pouze věřícím křesťanům nebo členům křesťanských denominací. Příklady z evangelia ilustrují, jak Ježíš poskytoval pomoc každému, kdo po ní

⁴ OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 8.

⁵ BUTTA, Tomáš. *Pastorační péče v církvi*, s. 9.

⁶ SMOLÍK, Josef. *Pastýřská péče*, s. 12.

toužil, bez ohledu na jeho náboženskou příslušnost. To ukazuje, že péče a podpora jsou často vyhledávány i lidmi mimo církevní struktury, kteří v ní nacházejí útěchu a pomoc.

Je důležité s respektem přistupovat k jednotlivým osobám a uznávat jejich specifický stav nebo pozici. Lidé identifikující se jako křesťané nebo věřící obvykle nemají námitky proti takovému označení. Na druhou stranu, mnozí, kteří nebyli pokřtěni a nejsou spojeni s žádnou specifickou církví nebo vyznáním, odmítají být kategorizováni jako nevěřící.

Je nezbytné uznávat a respektovat jejich přesvědčení, bez ohledu na jeho povahu. Termín ateista by měl být používán pouze pro ty, kteří se tak explicitně identifikují nebo kdo aktivně vystupují proti náboženské víře. Současně je třeba rozlišovat mezi těmi, kteří nevěří v Boha, a těmi, kteří mají negativní postoj k církvi nebo náboženským organizacím, avšak nezavrhují možnost existence vyšší bytosti.

Cílem není náboženské klasifikace lidí, ale zajištění, aby byla respektována jejich základní lidská důstojnost, aby byli chápáni a nebyli zraňováni kvůli nedorozuměním.⁷

Dále si myslím, že je nutné v pastorační péči rozlišit církevní prostředí, kde se pastorační péče odehrává. Tím mám na mysli, že každé církevní prostředí má svou vlastní historii, tradici, teologii, liturgii, které ovlivňují způsob, jakým se stará o své věřící a jak komunikuje s ostatními. Pro mojí práci jsem se zaměřil na prostředí katolické a reformované – nazývané též evangelické.

1.1.3 Péče o katolické věřící

V prostředí katolické církve jsou svátosti nesmírně důležité a mohou být považovány za základní pilíř víry. Přesto život ve společenství a víra samotná přesahují pouhou účast na svátostech. Zejména v katolickém kontextu se často setkáváme s přístupem, kdy je duchovní péče redukována pouze na svátostnou dimenzi, přičemž osobní víra, která je pro život svátostí esenciální, může být u jednotlivce nedostatečně rozvíjena bez snahy o její formování nebo podporu.

Pastorační práce však není omezena jen na udílení svátostí; je to mnohem širší koncept. V každém případě je třeba se vyhnout omezení na pouhou „svátostnou pastorační činnost“ a zaměřit se na celostní podporu jednotlivce v jeho náročných životních situacích, ať už v oblasti víry nebo jiných duchovních a sociálních aspektů života.

⁷ OPATRŇY, Aleš. *Pastorace zvláštních skupin*, s. 20-21.

Nedostatečně rozvinutá katolická výchova v dětství, která není v dospělosti dále prohlubována, může člověku bránit. To může být buď proto, že nedokáže poskytnout odpovědi na životní otázky, nebo proto, že vytváří povrchní vrstvu nekritických názorů a zvyků, jež jsou chybně považovány za vyjádření křesťanské víry.

Konkrétní výzvou může být také přísné morální učení katolické církve, které věřící upřímně přijímají. Může nastat situace, kdy je potřeba pomoci někomu, kdo se v určitých aspektech života neřídí těmito pravidly. To představuje komplexní úkol: zachovat učení církve a současně poskytnout podporu těm, kdo se nacházejí mimo stanovené normy a zatím nebo trvale mají problémy s jejich dodržováním.

Morální nedokonalost by nikdy neměla být důvodem pro odmítnutí pomoci těm, kteří ji hledají. Příkladem nám je Ježíš, který místo odsouzení zla rozpoznával potřeby lidí a reagoval na ně, aniž by předem posuzoval jejich morální způsobilost.⁸

1.1.4 Péče o věřící z reformovaných církví

Pro členy církví, které vznikly během reformace, jsou klíčovými pilíři především Boží slovo, tedy Bible, a víra.

Bez ohledu na konkrétní denominaci jsou tyto dva prvky považovány za základní a mají nejvyšší prioritu. Reformační teologie klade důraz na význam individuálního rozhodnutí a aktu víry, který je často viděn jako důležitější než formální příslušnost k církvi.

Nicméně, sdílení víry, studium Bible a modlitby k Ježíši Kristu jsou aktivity, které mohou katolíci a křesťané z protestantských denominací vzájemně sdílet. Tato společná praxe je však možná pouze v případě, že existuje otevřenost a ochota ke sdílení mezi jednotlivci z obou skupin. Je důležité také zdůraznit, že základem vzájemného respektu a lidské úcty je správné používání názvů církví a vyhýbání se jakémukoli záměně označení.⁹

1.1.5 Metody využívané v pastorační péči

V pastorační péči se můžeme setkat s mnoha metodami, které pomáhají pastoračnímu pracovníkovi v praxi. Pro kontext s paliativní péčí zde představím a rozeberu 3 nepoužívanější metody, se kterými jsem se na praxi,

⁸ Tamtéž, s. 21-22.

⁹ Tamtéž, s. 22-23.

jako pastorační pracovník setkal. Vybral jsem si modlitbu, četbu a pastorační rozhovor.

1.1.5.1 Modlitba

Modlitba představuje univerzální jev, jenž přesahuje hranice náboženských vyznání a je známý prakticky všem lidem na světě, ačkoli se nestala neodmyslitelnou součástí života mnoha jedinců, včetně některých křesťanů. Přestože existuje rozsáhlé množství literatury, jak odborné, tak i laické, zdůrazňující důležitost modlitby při řešení různorodých problémů, ať už jde o problémy spojené s odvykáním alkoholu, psychosomatické či jiné zdravotní problémy, mnozí lidé modlitbu ve svých životech nevyužívají.

V oblasti pastorační péče se vynořují otázky týkající se toho, jak by měli k modlitbě přistupovat křesťanští pracovníci, ať už jsou to ordinovaní duchovní, pastorační pracovníci nebo jiní specialisté. Pro tyto odborníky je klíčové, aby se jejich příprava na pastorační službu nebo křesťanské poradenství zakládala na osobní modlitební praxi. Doporučuje se, aby nikdy nevstupovali do procesu řešení problémů – i těch, které se zdají být jednoduché – bez předchozí modlitby za osoby, kterým poskytují péči, protože spolupráce a přístup těchto osob jsou zásadní pro úspěch jejich pastorační činnosti.

Dále je podstatné zdůraznit, že modlitba by nikdy neměla být nucená. Přírozenost a upřímnost v modlitbě jsou zásadní, aby měla skutečný dopad na duševní a duchovní stav jak modlícího se, tak i na ty, za koho se modlitba koná. Modlitba by měla pramenit z opravdového přesvědčení a touhy po duchovním spojení, nikoli jako povinnost nebo rutinní úkon.

V rámci pastorační praxe je modlitba považována za základní nástroj, a to nejen během osobní přípravy na službu, ale i během samotného výkonu pastorační činnosti. Mnozí pracovníci se modlí sami za sebe i za osoby, které provází, během setkání i mimo ně, což jim pomáhá lépe se soustředit na probírané téma a poskytuje ochranu v této náročné práci.

Pro křesťanského pastoračního pracovníka tedy modlitba představuje nejen klíčový prvek pro obnovu a udržení duchovního a duševního zdraví, ale musí být vykonávána s opravdovostí a bez vedlejších úmyslů, aby byla skutečně účinná. Přírozenost a nepřinucenost v modlitbě odhalují její pravou sílu a místo v srdci duchovní práce.¹⁰

¹⁰ PROCHÁZKA, Pavel. *Pastorační péče se specifickým zaměřením*, s. 24-25.

1.1.5.2 Četba

Kvalitní literatura má schopnost inspirovat, uklidňovat, přinášet naději a obohacovat čtenáře novými poznatky, které mohou přispět k řešení různých životních výzev. Existují lidé, pro které je četba základním způsobem, jak hledat odpovědi na své problémy.

Na druhé straně jsou jedinci, kteří se na knihy a články neobrací a raději volí jiné formy řešení svých situací. Přestože četba může být obrovským zdrojem užitečných informací a rad, nikdy plně nenahradí bezprostřední interakci a rozhovor mezi dvěma lidmi. Literatura může sloužit jako příprava na diskusi nebo ji rozšířit a prohloubit, ale nikdy by neměla být použita jako náhrada osobního kontaktu, zejména pokud je odkaz na ni daný z důvodů nedostatku času nebo ochoty poradce či pomáhajícího se věnovat klientovi.

Není vždy jednoduché najít tu správnou literaturu, která by konkrétnímu člověku v dané situaci skutečně pomohla. Zkušenost, že určitá kniha byla prospěšná pro jednu osobu, neznamená, že bude stejně užitečná pro druhou. Často je potřeba být otevřený experimentování a volit díla s pevným základem a seriózním přístupem. V situacích, které jsou obtížně řešitelné, může klient vyhledávat rychlé a nekonvenční odpovědi, a může tak být více přitahován ezoterickou nebo alternativní literaturou, která slibuje rychlé řešení, než solidními duchovními či poradenskými texty, které se vyhýbají nereálným slibům.

U specifických stavů, jako jsou diagnostikované deprese, je nutné brát v úvahu, že vnímání textu může být značně ovlivněno psychickým stavem čtenáře. To, co se zdá být povzbudivé nebo neutrální pro zdravou osobu, může depresivní jedinec interpretovat zcela pesimisticky, někdy až do míry, která se zdravému člověku může zdát nepochopitelná. Tato skutečnost platí i pro četbu náboženských textů, jako je Bible. V takových případech může být četba spíše na škodu než k užítku.

Je tedy zřejmé, že výběr četby pro někoho, kdo hledá řešení problému nebo útěchu v těžké životní situaci, vyžaduje citlivý a individualizovaný přístup. Doporučení knihy by mělo vycházet z hlubokého porozumění pro aktuální potřeby a stav člověka, pro něhož je určeno. Současně je klíčové udržovat otevřenou komunikaci a být připraven na to, že proces nalezení té „správné“ knihy může být složitý a dlouhodobý.¹¹

¹¹ OPATRŇ, Aleš. *Pastorace zvláštních skupin*, s. 63.

1.1.5.3 Pastorační rozhovor

Když mluvíme o pastoračním rozhovoru, máme na mysli rozhovor s někým z církve, jako mohou být například jáhni, kněží nebo biskupové, nebo prostě s někým, kdo je křesťan, třeba s řeholnicemi, řeholníky nebo obyčejnými věřícími. Při těchto hovorech často padají slova o víře a křesťanských hodnotách, i když to nemusí být pokaždé hned na první pohled jasné. Důležitá je myšlenka, že tyto rozhovory mohou pokračovat dál a prohlubovat se, což může pomoci vytvořit opravdu smysluplný a hluboký rozhovor, který jde dál a nemusí zůstat jenom u jednoho setkání.¹²

Podmínky a zásady pastoračního rozhovoru nejsou přesvědčovat nebo učit, ani odpovídat na zvědavé dotazy. Jde spíš o to, že se obě strany rozhovoru opravdu věnují jedna druhé, naslouchají a snaží se porozumět tomu, co je v rozhovoru řečeno, cítit to a reagovat na to třeba z pohledu evangelia. Je důležité se zamyslet nad tím, co ten, kdo chce rozhovor, od něj vlastně očekává a co v něm hledá. Odpověď se nemusí najít hned. Co člověk říká, že potřebuje, a co skutečně hledá, může být různé. Mohou hledat rady, někoho, kdo jen poslouchá, duchovní směřování ve složité situaci, povzbuzení na duchovní cestě, útěchu, nebo někoho, kdo je bude provázet těžkým obdobím života.

Kdo rozhovor vede, by měl být citlivý k tomu, co druhá strana opravdu potřebuje. To znamená být trpělivý při odhalování těchto potřeb a nenechat se unášet prvním dojmem nebo předchozími zkušenostmi. Pokud to neudělá, i s nejlepšími úmysly může mluvit o něčem, co druhá strana nechce ani nepotřebuje, což může vést k pocitu, že jejich potřeby nejsou opravdu rozuměny.¹³

¹² OPATRŇY, Aleš. *Pastorální teologie pro laiky*, s. 127.

¹³ Tamtéž, s. 128.

1.1.6 Úlohy pastorační péče

Úlohy pastorační péče jsem se rozhodl rozdělit na dvě části první v užším křesťanském pojetí a druhý v obecném pojetí. Rozhodl jsem se proto, že pastorec má různé aspekty a úlohy v závislosti na tom, z jakého pohledu se na ni díváme.

V rámci křesťanského chápání se úlohou pastorační péče v jejím specifickém významu stává podpora a rozvíjení víry a životního stylu založeného na víře jak u jednotlivců, tak u celých společenství. Takto pojatá pastorec usiluje o to, aby lidé dosáhli pochopení a plnění Boží vůle, aktivně se účastnili svátostí, projevovali křesťanskou lásku, následovali Ježíše Krista a dosahovali duchovního dozrávání. Tento přístup je založen na působení Ducha svatého, který působí jako zdroj útěchy, posilování a vedení k pravdě.

V širším a obecnějším pojetí se pastorační péče zaměřuje na poskytování pomoci lidem ve specifických životních okolnostech, potřebách a výzvách. V tomto kontextu se pastorec snaží o podporu lepšího porozumění, komunikace a vzájemné spolupráce, o překonání nepříznivých situací, poskytování sociální podpory a prevenci osamělosti, zvládnutí osobních konfliktů, emocí a překonávání předsudků. Úlohou je také podpora osobního růstu, vývoje a eliminace škodlivých tendencí, a naučení se efektivním strategiím pro zvládnutí obtížných situací.¹⁴

¹⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pastorální péče*, s. 15-16.

2 Paliativní péče

Představení druhé kapitoly: paliativní péče

V druhé kapitole se zabývám tématem paliativní péče, což je oblast zdravotní péče, která si klade za cíl zlepšit kvalitu života pacientů čelících nevléčitelným onemocněním a jejich rodin. Představuji tu paliativní péči jako multidisciplinární úsilí, které sjednocuje odborníky z různých oblastí zdravotní péče tak, aby poskytovali komplexní podporu pacientům ve všech aspektech jejich potřeb – od fyzických po psychologické, sociální a duchovní.

V historii, kterou zde popisuji, se věnuji evoluci paliativní péče. Popisuji, jak paliativní péče vznikla a rozvíjela se v reakci na potřebu komplexnějšího přístupu k umírání a smrti, překračujícího hranice tradiční medicíny. Dále se dotýkám toho, jak tento vývoj otevřel dveře pro integraci pastorační péče do paliativního kontextu.

V kapitole se také věnuji různým formám paliativní péče, jako jsou lůžkové hospice, domácí hospicová péče a konziliární paliativní týmy, a ukazuji, jak každá z nich přispívá k poskytování cílené podpory pacientům a jejich blízkým.

Druhá kapitola: paliativní péče

Paliativní péče je oblast zdravotní péče, která se začala vyvíjet teprve v druhé polovině 20. století, a to jako odpověď na změnu v příčinách umírání. V minulosti lidé častěji umírali na rychle postupující infekční nemoci. Avšak s časem se to změnilo, a nyní převažují dlouhodobé nemoci, které se nedají vyléčit a které postupně oslabují tělo. Tento posun způsobil, že proces umírání se pro mnohé stal dlouhým a emocionálně náročným.

Postupem času se objevila nová skupina lidí, označovaných jako „umírající“. Péče o ně se přesunula z pohodlí a intimity domovů do nemocnic a hospiců, což jsou specializovaná zařízení, která se snaží poskytovat komplexní podporu. Dlouhou dobu nebyla umírajícím věnována adekvátní odborná péče, s převažujícím zaměřením na izolaci od ostatních pacientů a zachování jejich soukromí pomocí opatření jako izolace za bílé zástěny. Přístup k umírání byl často chladný a smrt byla viděna jako neúspěch medicíny.

V 60. letech 20. století však došlo k významné změně, kdy v několika zemích vznikly iniciativy, které si kladly za cíl zlepšit péči o umírající. Tím začaly první kroky k tomu, co dnes známe jako „hospicové hnutí“. Toto hnutí, které založila

Cicely Saundersová, přineslo nový pohled na bolest a utrpení, ukazující, že bolest má mnoho dimenzí – nejen fyzickou, ale také psychickou, sociální a duchovní.

Začalo se hovořit o významu „kvality života“ umírajících, o potřebě účinně zvládat jejich bolest a další symptomy, a také o důležitosti psychosociální podpory. Tento přístup zdůrazňuje, že i v posledních dnech života je možné poskytnout péči, která ctí důstojnost člověka a podporuje jeho pohodu, ať už fyzickou, tak emocionální.¹⁵

2.1.1 Definice paliativní péče

V uplynulých dvou desetiletích se rozvinulo chápání a aplikace paliativní péče, což se projevilo především rozšířením skupiny pacientů, kterým je tato péče nabízena, a dřívějším zahájením této péče.

Termín „paliativní“ má svůj původ v latinském slově „pallium“, které se dá přeložit jako „rouška“ nebo „plášť“.

Tento význam odkazuje na základní účel paliativní péče – poskytnout ochranu a útěchu těm, kdo čelí dopadům nevyhlášeného onemocnění, nebo nabídnout podporu těm, kteří jsou vyloučeni z možnosti léčby, která by mohla vést k uzdravení. Anglický výraz „to palliate“ vyjadřuje snahu o zmírnění, uklidnění, snížení intenzity nebo poskytnutí dočasné úlevy.¹⁶

Pro definici paliativní péče jsem vybral dvě konkrétní definice, které přináší komplexní a vzájemně se doplňující perspektivy, které odrážejí jak hloubku, tak šíři tohoto oboru.

Světová zdravotnická organizace – WHO definuje paliativní péči takto: *„Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů (dospělých a dětí) a jejich rodin, které čelí problémům spojeným s onemocněním ohrožujícím život. Předchází a zmírňuje utrpení prostřednictvím brzké identifikace, správného hodnocení a léčby bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo duchovních“.*¹⁷

Tato definice ukazuje, jak paliativní péče zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících život ohrožujícím onemocněním tím, že se zaměřuje na celkové potřeby – fyzické, psychosociální i duchovní. Přístup WHO k paliativní

¹⁵ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*, s. 15-16.

¹⁶ BUŽGOVÁ, Radka – SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská paliativní péče*, s. 29.

¹⁷ *Palliative care* [online]. 2020 [cit. 2024-02-11]. Dostupné z: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.

péči mi přijde jako základní kámen pro pochopení, že péče o pacienta a jeho blízké musí být komplexní a včasná.

Centrum pro rozvoj paliativní péče – Center to Advance Palliative Care definuje paliativní péči takto:

„Paliativní péče a její lékařská specializace, paliativní medicína, jsou zaměřeny na specializovanou lékařskou péči pro osoby žijící s vážnými onemocněními. Tato péče se soustředí na úlevu od příznaků a stresu způsobených vážným onemocněním s cílem zlepšit kvalitu života jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Paliativní péče je zajišťována týmem odborníků v oblasti paliativní péče včetně lékařů, sester, sociálních pracovníků a dalších specialistů, kteří společně s ostatními lékaři pacienta spolupracují na poskytnutí další podpory. Tato péče je vhodná pro osoby všech věkových kategorií a v libovolné fázi vážného onemocnění, přičemž je možné ji aplikovat paralelně s léčebnými postupy zaměřenými na uzdravení.”¹⁸

Naopak, definice od Centra pro rozvoj paliativní péče jsem si vybral, protože se více soustředí na praktické a strukturální aspekty poskytování paliativní péče. Popisuje, jak se tým odborníků spojuje, aby poskytl pacientům s vážnými onemocněními specializovanou péči, která zmírňuje symptomy a stres. Tato definice zdůrazňuje význam týmové práce a ukazuje, že paliativní péče je relevantní a potřebná v jakékoli fázi onemocnění a může být poskytována souběžně s léčbou zaměřenou na vyléčení.

2.1.2 Historie paliativní péče

Chceme-li plně pochopit význam současných jevů, je nezbytné se obrátit k minulosti. Toto pravidlo platí i v případě paliativního ošetřovatelství, medicíny a otázek smrti, které na první pohled mohou vypadat jako nové a málo prozkoumané disciplíny. Ve skutečnosti je paliativní péče jednou z nejstarších medicínských praxí, jejíž kořeny sahají staletí do minulosti. Hlavním cílem lékařů a později i ošetřovatelů a sester bylo odpradávná zmírňování utrpení a doprovázení k pokojné smrti, často ve spolupráci s rodinou, přáteli a duchovními, což paliativní péči předurčilo stát se multidisciplinární disciplínou s bohatou historií.

Zásadním momentem v historii paliativní péče byl rok 1967, kdy byl v Londýně založen Hospic sv. Kryštofa, první moderní zařízení tohoto typu. Cicely Saundersová, zakladatelka hospice, byla inspirována psychologem Carlem Rogersem a jeho důrazem na komunikaci a empatii vůči pacientovi, čímž

¹⁸ Center To Advance Palliative Care [online]. [cit. 2024-02-11]. Dostupné z: <<https://www.capc.org/documents/download/133/>>.

reagovala na kritiku tehdejší péče o umírající, která se příliš zaměřovala na léčbu nemoci na úkor ostatních potřeb nemocného. Saundersová přišla s inovativním konceptem péče o „celkovou bolest“, což položilo základy moderního hospicového hnutí, zdůrazňujícího význam multidisciplinárního přístupu.

Od 70. let 20. století docházelo k prvním pokusům o začlenění hospicové péče do nemocničního prostředí, vznikaly první konziliární týmy a lůžková oddělení paliativní péče v rámci nemocnic. Přelomovým rokem byl 1975, kdy kanadský lékař Belfour Mount zavedl pro své oddělení termín „oddělení paliativní péče“, aby odlišil tuto formu péče od hospicové péče a předešel tak možným nedorozuměním. Tento vývoj ukazuje na postupnou evoluci paliativní péče a její integraci do širšího zdravotnického systému, což představuje klíčový vývoj v poskytování komplexní a soucitné péče o umírající.¹⁹

Jakub Peřina v historii paliativní péče uvádí: „V Čechách o výraznějším rozvoji paliativní medicíny hovoříme až od období 90. let minulého století. První oddělení paliativní péče ovšem vzniklo ještě za dob Československa, těsně před vznikem samostatné České republiky. Bylo to v Nemocnici v Babicích nad Svitavou na Oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění, kde se zahájil provoz v listopadu roku 1992.“

Významný rozvoj paliativní péče pokračoval v polovině 90. let, kdy byl založen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, čímž se otevřely dveře pro zřizování dalších podobných zařízení. Rozvoj paliativní medicíny v České republice byl do značné míry podpořen nově nabytou možností českých odborníků, lékařů a sester cestovat do zahraničí na studijní stáže. Po sametové revoluci se otevřely hranice, což umožnilo českým zdravotnickým pracovníkům navštívit přední zahraniční nemocnice a hospice, přinést si z těchto návštěv cenné zkušenosti a inspirovat se nejnovějšími metodami a přístupy v péči o umírající.

Tyto zahraniční zkušenosti a poznatky následně výrazně přispěly k rozvoji a formování paliativní péče v České republice, jejíž kvalita a dostupnost se od té doby neustále zlepšovaly. Díky těmto impulzům se paliativní péče stala nedílnou součástí zdravotnického systému, s rostoucím počtem zařízení poskytujících tuto specializovanou formu péče, a to nejen v hospicích, ale i v rámci nemocnic a domácího prostředí, čímž se zvyšuje kvalita života pacientů v terminálním stádiu onemocnění.²⁰

¹⁹ MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 13.

²⁰ PEŘINA, Jakub. *Historie paliativní péče* [online]. 21. 10. 2016 [cit. 2024-02-08]. Dostupné z: <<https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>>.

V roce 2004 byl v Česku zřízen samostatný atestační obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“ a to byl klíčový milník pro paliativní péči u nás, tento milník znamenal odborné uznání jako nezbytné specializované odvětví medicíny. Tento krok nejen zvýšil kvalitu poskytované péče díky specializovanému vzdělávání a certifikaci lékařů, ale také podpořil multidisciplinární přístup k péči, spojující různé zdravotnické a podpůrné profese k nejlepšímu prospěchu pacientů a jejich rodin.²¹

2.1.3 Formy paliativní péče

Pro mojí práci jsem si vybral 3 formy paliativní péče, se kterými si myslím, že se můžeme nejčastěji setkat. Jako první jsem si vybral lůžkový hospic, domácí hospicovou péči a konziliární tým paliativní péče.

2.1.3.1 Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je specifické zařízení, které připomíná spíše domov než nemocnici, a je určeno pro lidi, kteří se nacházejí ve velmi pokročilé fázi svého onemocnění, které již není možné léčit s cílem vyléčení. Rád bych také podotknul, že těchto zařízení je v České republice pouze 17 a často jsou dlouhé čekací lhůty na přijetí.²²

Zaměstnanci hospice, kteří mohou být jak zdravotnickými, tak i nezdravotnickými pracovníky, se věnují pacientům s velikým lidským přístupem.

Každému pacientovi je věnována individuální pozornost s ohledem na jeho osobní potřeby a přání. Jedinečná atmosféra lůžkového hospice, která je často přirovnávána k domácímu prostředí, a zajištění maximálního soukromí pro pacienty, například prostřednictvím jednolůžkových pokojů, společně s volným režimem pro návštěvy, výrazně přispívají k pocitu bezpečí a klidu.²³

2.1.3.2 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je terénní služba, která je určena lidem s nevléčitelným onemocněním, kteří se nacházejí v poslední fázi života a přejí si svůj zbývajících čas strávit doma mezi svými blízkými. Důležité je podotknout,

²¹ SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*, s. 13.

²² *Hospic je dnes synonymem pro něco dobrého a správného. Florence plus* [online]. 23. 4. 2019 [cit. 2024-03-23]. Dostupné z: <<https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/hospic-je-dnes-synonymem-pro-neco-dobreho-a-spravneho/>>.

²³ Hospic a mobilní hospic [online]. [cit. 2024-02-25]. Dostupné z: <<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/hospic-a-mobilni-hospic>>.

aby tato péče vůbec mohla probíhat musí být v domácnosti alespoň jeden pečující. Pečujícím může být rodinný příslušník či příbuzný.

O klienta se stará paliativní tým domácího hospice, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové nebo duchovní, kteří společně pracují na tom, aby klient nezažíval bolest ani jiné formy nepohody. Tyto odborníky může doplňovat i skupina dobrovolníků, kteří pacientům poskytují společnost a další formy podpory. Tým je k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, s možností okamžitého kontaktu prostřednictvím telefonní pohotovosti, aby byla zajištěna nepřetržitá péče a reakce na jakékoli měnící se potřeby klienta.

Zásadním aspektem domácí hospicové péče je také poskytování potřebných kompenzačních pomůcek pro péči, které hospic zapůjčuje rodinám. Tímto způsobem se rodinám ulehčuje jak z finančního, tak logistického hlediska, umožňuje jim to soustředit se na péči o svého blízkého bez dodatečných stresů spojených s pořizováním potřebných zdravotnických pomůcek. Paliativní tým dále asistuje rodinám s vyřizováním administrativních a jiných praktických záležitostí, což je zásadní pro minimalizaci existenčních problémů a umožnění rodině plně se věnovat péči o pacienta.²⁴

2.1.3.3 Konziliární tým paliativní péče

V nemocničním prostředí se můžeme setkat s paliativní péčí ve formě specializovaných konziliárních týmů. Konziliární paliativní tým je zároveň týmem multidisciplinárním, který se skládá z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů a kaplanů. Tyto týmy poskytují péči a podporu pacientům na rozličných odděleních nemocnice, kde zároveň působí jako odborní poradci pro své kolegy z jiných specializací. Proto aby mohl konziliární tým zahájit péči o pacienta je nutné, aby tuto péče doporučil jeho ošetřující lékař na oddělení.

Podnět k intervenci může ošetřujícímu lékaři dát i jiný člen primárního ošetřujícího týmu (např. sestra, psycholog, zdravotně-sociální pracovník). O intervenci paliativního týmu může požádat také sám pacient a jeho blízcí nebo zákonný zástupce pacienta.

Úkolem konziliárního paliativního týmu je komplexní podpora pacientů s pokročilým onemocněním a jejich blízkých, zahrnující pomoc při obtížné komunikaci o nepříznivých zprávách, ztrátách a adaptaci na novou situaci.

²⁴ *O mobilních hospicích* [online]. [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz/o-mobilnich-hospicich>

Tým také řeší sociální problémy, zajišťuje plynulost péče mezi různými zařízeními a poskytuje poradenství týkající se sociálních služeb a dávek. Snaží se také informovat o možnostech paliativní péče dostupných v pacientově oblasti, včetně pomoci s kontaktováním příslušných zařízení.

Dále koordinuje zdravotní péči, podporuje v etických dilematech, pomáhá s formulací pacientových přání a poskytuje podporu příbuzným a rodině v období truchlení. Nabízí také spirituální péči bez ohledu na náboženské vyznání a zajišťuje další zdravotní, psychologickou, sociální a spirituální podporu pro pacienty a jejich rodiny.²⁵

²⁵ *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení* [online]. 2019 [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/201909/Methodika_implementation_PPP_2019%20FINAL.pdf>.

3 Nemocniční kaplanství

Představení třetí kapitoly: nemocniční kaplanství

Ve třetí kapitole se zaměřuji na vývoj nemocničního kaplanství v České republice, zkoumám podmínky pro výkon kaplanské služby a věnuji se etickému kodexu, který reguluje tuto důležitou duchovní funkci. Významným milníkem bylo založení České společnosti pro klinickou pastorační péči (ČSKPP) v roce 2009 a Asociace nemocničních kaplanů (ANK) v roce 2011, což představuje klíčové kroky k profesionalizaci a standardizaci kaplanství.

Tyto organizace formulovaly profesní standardy, etické principy a směrnice zahrnující respekt k náboženské rozmanitosti pacientů, které jsou zásadní pro efektivní poskytování duchovní péče.

V kapitole také reflektuji historické kořeny a vývoj kaplanství, včetně jeho integrace do zdravotnických zařízení, což bylo dlouho problematické kvůli absenci jednotného etického rámce. Diskutuji výzvy spojené s integrací duchovní péče do zdravotnických systémů a o nezbytnosti stálého vzdělávání kaplanů, aby mohli efektivně reagovat na proměnlivé potřeby moderního zdravotnictví.

Třetí kapitola: nemocniční kaplanství

Termín „kaplan“ má svůj původ v latinském slově „capellánus“, což historicky označovalo duchovního osobu, která byla vyčleněna k pečování o kapli. V průběhu času se význam tohoto pojmu rozšířil a dnes zahrnuje duchovní osoby, které jsou přiděleny specificky jednomu faráři, anebo ty, které jsou pověřeny konkrétním a speciálním úkolem či posláním v rámci duchovní správy. Tyto zvláštní úkoly mohou zahrnovat péči o duchovní potřeby lidí v nemocnicích, věznicích nebo v rámci armády, kde kaplani poskytují duchovní podporu a vedení v kontextech, kde může být náboženská a duchovní asistence zvláště potřebná.²⁶

Za to pojem „nemocniční kaplan“ se používá na mezinárodní úrovni pro osoby muže a ženy, které poskytují duchovní oporu v rámci zdravotnických zařízení, včetně nemocnic, hospiců. Ohledně zařízení poskytujících péči seniorům, a v zařízeních nabízejících pobytové a sociální služby se už nyní hovoří o kaplanech, kteří by byli přímo zaměřeni na tyto sociální služby tudíž by se už nenazývali „nemocniční“. Dále jsou kaplani vysláni a pověřeni svou církevní

²⁶ SALAJKA, Milan. *Slovník náboženských a teologických výrazů a pojmů: pro školu, pracovní a dům*, s. 44.

autoritou a jejich služba je formalizována smlouvou s příslušným zdravotnickým zařízením, kde vykonávají svou činnost.²⁷

Nemocniční kaplani nejsou k dispozici jenom pacientům, ale i rodinám, příbuzným a také se poměrně dosti věnují personálu nemocnice. Činnosti kaplanů jsou různorodé. Ve své službě neustále připomínají existenciální a spirituální aspekty, které jsou neodmyslitelně spojeny s utrpením, nemocí a smrtí. Tím, že poukazují na uzdravující, podpůrnou, usměrňující a usmiřující sílu náboženské víry, hrají nemocniční kaplani nenahraditelnou roli v procesu léčby. Věnují také zvláštní pozornost spirituálním potřebám lidí z různých náboženských a kulturních tradic, přičemž dbají na respektování jejich osobního přesvědčení a ochranu před nevhodným duchovním obtěžováním či proselytismem.

Prostřednictvím naslouchání poskytují podporu a porozumění těm, kteří čelí úzkosti a strachu. Pořádají bohoslužby, obřady a udílejí svátosti v rámci své křesťanské tradice. Tímto reagují na duchovní potřeby pacientů a posilují v nich pocit naděje a míru. Jako součást multidisciplinárních zdravotnických týmů přispívají k holistickému přístupu k léčbě, integraci duchovní péče do celkového plánu péče o pacienta.

Nemocniční kaplani také hrají významnou roli v edukačních programech, kde sdílejí své zkušenosti a znalosti s ostatními zdravotnickými profesionály, čímž pomáhají rozvíjet pochopení pro duchovní aspekty péče. Jako prostředníci a smířčí osoby zasahují ve prospěch pacientů, čímž podporují vznik prostředí založeného na porozumění, respektu a empatii. Ve svém úsilí nemocniční kaplani nejenže poskytují duchovní a emocionální oporu, ale také podporují důstojnost a integritu každého pacienta během jeho léčby a zotavování.²⁸

3.1.1 Historie nemocničního kaplanství v ČR

Ohledně historie nemocničního kaplanství jsem se rozhodl čerpat z článku Jany Maryškové „Nemocniční kaplanství v poločase“.

Po sametové revoluci, která se odehrála v listopadu roku 1989, se křesťanským církvím po dlouhých letech omezení a represí otevřel prostor pro obnovení a veřejné provozování jejich činností v nově svobodné a demokratické společnosti, obohacené o pluralitu názorů.

²⁷ HOŠŤÁLKOVÁ, Marta. *Doprovázení člověka v nemoci*, s. 1.

²⁸ *Standardy pro poskytování nemocničního kaplanské služby v Evropě* [online]. [cit. 2024-05-05]. Dostupné z: <<https://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Standardy-pro-poskytování-nemocniční-kaplanské-sluzby-v-Evropě-ke-stažení.pdf>>.

Tento historický okamžik umožnil církvím, aby se po mnoha leté pauze opět aktivně zapojili do širokého spektra činností. Mezi tyto aktivity patřilo nejen znovuoživení a rozvoj sociálních a charitativních programů, ale také podílení se na kulturních a vzdělávacích iniciativách, které měly za cíl obohatit společnost. Navíc se naskytlá příležitost pro spolupráci s různými státními institucemi mezi ně patřilo i zdravotnictví.²⁹

Už v roce 1997 začala být ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze poskytována klinická pastorační péče. V roce 2006 pak byla na Onkologické klinice této nemocnice, pod záštitou jejího ředitele a kolegia děkana První lékařské fakulty Univerzity Karlovy, zřízena Jednotka klinické pastorační péče. Od roku 2008 se oblast působnosti této jednotky rozšířila také na První interní kliniku hematoonkologie. Tato Jednotka, která je součástí Evropské sítě nemocničních kaplanů, nejenže poskytuje nadkonfesijní klinickou pastorační péči, ale také se věnuje organizaci vzdělávacích a formačních setkání pro pastorační pracovníky z lékařských zařízení v České republice a na Slovensku.

Jana Maryšková říká že: „V listopadu 2006 byla uzavřena Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v České republice s cílem prospět trpícím v těžkých životních situacích bez ohledu na jejich vyznání. V prosinci 2011 byl k této Dohodě připojen Dodatek, který „upřesňuje a upravuje ujednání obsažená v Dohodě v jejich přílohách č. 1 a 2.1“.

Na základě této Dohody je umožněno, aby do zdravotnických zařízení byli vysíláni nemocniční kaplani a dobrovolníci na základě společného rozhodnutí mezi daným zdravotnickým zařízením a zástupci ČBK nebo ERC. Navíc se zdravotnická zařízení a delegující církevní organizace dohodnou na specifických podmínkách pro činnost daného nemocničního kaplana v určitém zdravotnickém zařízení, přičemž každá církev má právo upravit podmínky vyslání a trvání této služby podle svých vnitřních pravidel.³⁰

I když se postupně začaly formovat kaplanské služby v nemocnicích a sociálních zařízeních, dlouhou dobu chyběla organizace, která by tyto služby koordinovala, podporovala vzájemnou komunikaci mezi kaplany, sdílení jejich zkušeností, poskytovala informace o nemocničním kaplanství v zahraničí a nabízela vzdělávací programy. Na popud M. Opatrné došlo v roce 2009 k založení České společnosti pro klinickou pastorační péči (ČSKPP). První setkání této společnosti se konalo v únoru 2009 pod patronací MUDr. Z. Roithové a společnost se stala členem České lékařské společnosti J. E. Purkyně, sloužící jako platforma pro lékaře, studenty mimo lékařské obory (včetně

²⁹ MARYŠKOVÁ, Jana. *Nemocniční kaplanství v poločase. Caritas et veritas*, 2015, roč. 5, č. 2, s. 10.

³⁰ Tamtéž, s. 12.

nemocničních kaplanů a teologů) a další pracovníky v zdravotnictví se zájmem o klinickou pastorační péči.

Tato ekumenická společnost si kladla za cíl podporovat mezi odborný dialog mezi lékaři a pastoračními pracovníky v zdravotnických zařízeních, avšak cíle se nepodařilo dosáhnout mimo jiné kvůli absenci jednotné koncepce duchovní péče v zdravotnictví. Proto se role společnosti jako zprostředkovatele a odborného poradce ukázala být problematická, a v květnu 2011 byl podán návrh na její zrušení, které následně proběhlo v červnu 2011.³¹

Mezi roky 2011 a 2012 došlo k podstatnému rozvoji v oblasti nemocničního kaplanství se založením dvou klíčových asociací. V květnu 2011 byla na podnět V. Vursta zřízena Asociace nemocničních kaplanů (ANK) s cílem zajistit koordinaci, osvětlovat problematiku, poskytovat vzdělání a podporu kaplanům pracujícím v nemocnicích.

První členská schůze ANK proběhla v červnu téhož roku. O něco později, 2. října 2012, byla na Velehradě slavnostně založena Katolická asociace nemocničních kaplanů v ČR (KANK v ČR) s účastí zástupců České biskupské konference, Evropského radního centra a ANK. Založením těchto dvou asociací byla řešena potřeba existence přesahující organizace, která by nejen spojovala nemocniční kaplany, ale také zajišťovala informovanost nemocnic, veřejnosti a potenciálních zájemců o kaplanské služby, jejich existenci a činnost, a současně podporovala další profesní rozvoj kaplanů.³²

3.1.2 Podmínky pro výkon kaplanské služby

Proto, aby nemocniční kaplan mohl působit v zdravotním či jiném sociálním prostředí tak musí splňovat odborné podmínky a náležitosti, které stanovuje Ministerstvo zdravotnictví. Tyto podmínky nalezneme v Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví, kterou uzavřelo Ministerstvo zdravotnictví, Česká biskupská konference a Ekumenická rada církví v ČR.

Kaplan se věnuje duchovní podpoře na základě formálního dohodovacího procesu s institucí poskytující zdravotní služby, obvykle v rámci pracovních právních vztahů. Tento vztah je závislý na platném oprávnění vydaném církví, která kaplana pověřila, a na jeho vyslání příslušnou církevní autoritou, včetně ERC a České biskupské konference. Pověření i možnost jeho zrušení jsou vyřizovány církví písemně.

³¹ Tamtéž, s. 13.

³² Tamtéž, s. 14.

Aby byl kaplan kvalifikován pro výkon svého povolání, musí splňovat následující požadavky:

1. Mít pověření od své církve. Pokud je toto pověření odňato, kaplan přichází o kvalifikaci k poskytování duchovní péče, což vede k ukončení jeho právního vztahu s poskytovatelem zdravotních služeb.
2. Absolvovat vysokoškolské vzdělání, a to buď na magisterské úrovni v teologii nebo v příbuzných studijních oborech jako filozofie a religionistika, nebo kombinaci bakalářského studia v teologii a magisterského studia v jednom z uvedených nebo jiných relevantních oborů, včetně, ale ne omezeně na, farmacii, pedagogiku, psychologii, sociální práci, učitelství, veterinární lékařství nebo zdravotnictví.
3. Mít zkušenosti s pastorační péčí, a to konkrétně minimálně tři roky v obecné pastorační péči pro osoby specifikované v prvním případě, nebo alespoň pět let pro osoby uvedené v dalších bodech.
4. Úspěšně dokončit specializovaný kurz pro nemocniční kaplany, který se koná na teologických fakultách a odpovídá minimálním standardům uvedeným na oficiálních stránkách.³³

3.1.3 Etický kodex nemocničních kaplanů

Etický kodex pro nemocniční kaplany zastává zásadní roli v zajišťování, duchovní péče poskytované ve zdravotnických a sociálních zařízeních na území České republiky, která je prováděna s nejvyšší mírou odpovědnosti, citlivosti a profesionality.

Jeho důležitost spočívá v stanovení jasného rámce pro chování a očekávání, což je nezbytné pro podporu důvěry mezi kaplany, dobrovolníky a těmi, kteří hledají duchovní oporu. Vzhledem k tomu, že kaplani působí v prostředí, kde jsou jedinci často vystaveni značnému stresu, zranitelnosti a nejistotě, poskytuje etický kodex nezbytné směrnice pro zachování integrity a etiky v této citlivé roli. Toto stanovisko je také uvedeno v Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví, a to ve článku 6 a, který se týká zásad činnosti kaplana, kterými je povinen se řídit.

³³ Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví [online]. 2019 [cit. 2024-04-06]. Dostupné z: <<https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zakladni-dokumenty-dohoda-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi-5d2c75e066f5f.pdf>>.

Dohoda říká: „Při své činnosti v LLZ dodržovat platné právní předpisy ČR, zásady bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a řídit se **etickým kodexem nemocničního kaplana**.“³⁴

Etický kodex je v první řadě zaměřen na kaplany působící v nemocničních a sociálních zařízeních v České republice, kde poskytují duchovní podporu. Jejich činnost je legitimizována skrze oficiální pověření od církví, zastoupených Českou biskupskou konferencí nebo Ekumenickou radou církví ČR, a je podrobena vzájemným posláním a smlouvami s poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb.³⁵

Základem kaplanovy služby je respekt pro život.

- Kaplan při poskytování duchovní péče ctí základní lidská práva pacientů a zachází s nimi s úctou, bez rozdílů národnosti, rasy, víry, barvy pleti, pohlaví, politických názorů nebo sociálního statusu.
- Ochrana lidské důstojnosti a hodnoty je pro kaplana prioritou od začátku do konce přirozeného života.
- Ve své práci se kaplan věnuje specifickým potřebám každého klienta s pochopením a respektem.

1. Kaplan ctí právo pacientů na soukromí a zachovává důvěrnost informací.

- Veškeré informace získané během služby jsou chráněny mlčenlivostí.
- Informace o pacientech lze sdílet s lékařským personálem pouze s výslovným souhlasem daného klienta.
- Kaplan zaručuje anonymitu osobních údajů, pokud jsou informace využity pro studijní nebo jiné účely.

³⁴ Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví [online]. 2019 [cit. 2024-07-06]. Dostupné z: <<https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zakladni-dokumenty-dohoda-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi-5d2c75e066f5f.pdf>>.

³⁵ Etický kodex nemocničního kaplana [online]. [cit. 2024-07-06]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/cs/wp-content/uploads/2022/07/Etic_kodex_2022.pdf>.

2. Kaplanova péče směřuje k celostní bio-psycho-sociálně duchovní pohodě klientů a k lepší kvalitě zdravotní péče.

- Službou se snaží zmírnit duchovní strádání klientů, což přispívá ke zlepšení jejich celkového stavu a životní spokojenosti.
- Kaplan udržuje výhradně profesionální vztahy s klienty.
- Podporuje léčebný proces respektováním zdravotnické péče a spoluprací se zdravotnickým personálem.
- Jako člen multidisciplinárního týmu si je vědom své profesionální role, respektuje odborné hranice a oceňuje přínosy ostatních.
- Vztahy s ostatními kaplany jsou založeny na profesionální kolegiálnosti a vzájemné úctě k jejich víře.³⁶

Posouzení etického kodexu

Etický kodex nemocničních kaplanů v České republice je klíčový pro zajištění, že duchovní péče je poskytována s nejvyšší mírou profesionality, citlivosti a odpovědnosti. Tento etický kodex nejenže stanovuje jasné etické a profesionální normy, ale také poskytuje nezbytný rámec, který podporuje důvěru mezi kaplany, dobrovolníky a pacienty. Jeho důležitost je obzvláště zřetelná v prostředí, kde jsou lidé často vystaveni značnému stresu a zranitelnosti.

Kodex zajišťuje, že kaplani zachovávají důvěrnost a soukromí informací, respektují lidská práva a ochraňují důstojnost pacientů. Dále podporuje spolupráci s multidisciplinárními týmy, čímž přispívá k lepší kvalitě zdravotní péče a zlepšuje celkový stav a životní spokojenost pacientů. Etický kodex tak představuje nezbytný nástroj pro udržení vysokých standardů v duchovní péči, posiluje profesionální vztahy a udržuje respekt a kolegiálnost v rámci zdravotnického prostředí.

³⁶ *Etický kodex nemocničního kaplana* [online]. [cit. 2024-07-06]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/cs/wp-content/uploads/2022/07/Etic_kodex_2022.pdf>.

4 Kvalitativní výzkum

4.1 Anotace

Cílem tohoto kvalitativního výzkumu je zjistit specifika pastorační péče při práci s umírajícími v paliativní péči. Výzkum se věnuje nemocničním kaplanům, kteří jsou součástí nemocničního paliativního týmu a pastoračně se starají o umírající. Toto téma jsem si vybral, protože jsem si v rámci praxí mohl zkusit, jak práci kaplana čistě s nemocnými lidmi, tak také s umírajícími. Ve výzkumu jsem kaplanům kladl otázky na jejich zkušenosti, práci v paliativním týmu či také na etická dilemata. Jelikož kaplan v paliativním týmu, je těžká profese tak cílem bylo také poodhalit to, jak se kaplani starají o své duševní zdraví.

Klíčová slova: kaplan, pastorační péče, paliativní péče, spirituální potřeby, péče o sebe sama

Keywords: caplan; pastoral care; palliative care; spiritual needs; self care

4.2 Kvalitativní výzkum

V rámci praktické části mé práce jsem se rozhodl využít kvalitativní výzkum.

Creswell říká že: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“³⁷

V kvalitativním výzkumu se na začátku vybírá výzkumné téma a definují se základní výzkumné otázky. Tyto otázky mohou být upravovány nebo doplňovány během celého výzkumného procesu, v průběhu sběru a analýzy dat. Z tohoto důvodu se kvalitativní výzkum často označuje jako emergentní nebo flexibilní forma výzkumu. V jeho průběhu vznikají nejen nové výzkumné otázky, ale také hypotézy a rozhodnutí, jak upravit výzkumný plán a pokračovat v dalším sběru a analýze dat.

Hendl uvádí že: „*Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v terénu, kde se něco děje.*”

³⁷ CRESWELL, John W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*, p. 12.

Sběr dat a jejich analýza v kvalitativním výzkumu probíhají v delším časovém intervalu, výzkumný proces má longitudinální charakter. Výzkumník vybírá na základě svých úvah místa pozorování nebo jedince, které dále sleduje v různých časových okamžicích. Analýza dat a jejich sběr probíhají současně výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje, a začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou. Během těchto cyklů výzkumník své domněnky a závěry přezkoumává.³⁸

4.3 Výzkumné téma

Výzkumné téma mé bakalářské práce se zaměřuje na zkoumání specifík pastorační péče v rámci paliativní péče v třech pražských nemocnicích. Podotýkám, že výzkum je primárně zaměřen na dospělé pacienty. Tento výzkum se podrobně věnuje analýze, jak kaplani působící v těchto prostředích poskytují duchovní oporu umírajícím pacientům a jak tato činnost ovlivňuje jejich duševní zdraví. Předmětem tohoto výzkumu je identifikace specifických praktik a metod, které kaplani využívají pro zajištění efektivní a citlivé pastorační péče, přičemž se zohledňují etické, náboženské a sociokulturní aspekty paliativní péče.

Klíčovým prvkem tématu je také zkoumání mechanismů, které kaplani používají pro zachování vlastního duševního zdraví. Zároveň se výzkum snaží porozumět tomu, jak je pastorační péče vnímána z pohledu pacientů a jejich rodin. Zajímá se o to, jak duchovní péče ovlivňuje kvalitu života pacientů v terminálních stádiích onemocnění a jak přispívá k jejich duševní pohodě.

Toto téma jsem si vybral protože, jsem si sám mohl zkusit pastorační péči v paliativní péči. A velice mě toto téma zaujalo. Během této praxe jsem prožil spoustu specifických a silných zážitků. A proto jsem se rozhodl zkoumat specifika pastorační péče v paliativní péči.

4.4 Cíl výzkumu

V souvislosti s cílem výzkumu jsem definoval hlavní výzkumnou otázku a také dvě dílčí otázky. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit specifčnost pastorační péče při práci s umírajícími v paliativní péči. První dílčí otázka byla zjistit, jaké konkrétní praktiky a metody používají kaplani při práci s umírajícími. Druhá dílčí otázka byla zjistit, jaké metody či techniky používají kaplani, aby si udrželi své duševní zdraví.

³⁸ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, s. 48.

Určena byla následující hlavní výzkumná otázka:

Zjistit specifika pastorační práce s umírajícími v paliativní péči?

Dvě dílčí otázky: Jaké konkrétní praktiky a metody používají kaplani při práci s umírajícími? Jaké metody či techniky používají kaplani, aby si udrželi své duševní zdraví?

4.5 Technika sběru dat

Pro volbu metody sběru dat jsem se rozhodl použít strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Strukturovaný rozhovor, který zahrnuje otevřené otázky, je charakterizován sérií pečlivě připravených otázek, na které mají respondenti odpovídat. Flexibilita v kladení dodatečných otázek je v tomto typu rozhovoru omezenější než u ostatních typů.

Tento druh rozhovoru je vhodný v případech, kdy je potřeba omezit rozdíly v otázkách, které jsou kladeny různým respondentům. Tím se snižuje riziko, že by se data získaná z různých rozhovorů výrazně lišila ve své struktuře.³⁹

Hendl také uvádí že: „*Tento typ rozhovoru je vhodný, pokud ho nemáme možnost opakovat a máme málo času se respondentovi věnovat.*“⁴⁰

Jelikož jsem si práci kaplana v paliativním týmu mohl vyzkoušet tak jsem kaplany moc nechtěl časově zatěžovat. Byl jsem vůbec rád, že jsem rozhovory mohl uskutečnit osobně přímo v daných nemocnicích. Délka strukturovaného rozhovoru byla nastavená na maximálně 60 minut. Tuto délku se mi podařilo zachovat a opravdu se všechny tři rozhovory vešly do jedné hodiny.

Rozhovor obsahoval následující otázky a podotázky:

1. Jak vidíte svoji roli v multidisciplinárním paliativním týmu? Jak se vaše úloha liší od úloh ostatních členů týmu?
2. Čím si myslíte, že je pozice kaplana v paliativním týmu výjimečná?
3. Jak rozpoznáváte a reagujete na různé spirituální potřeby umírajících pacientů? Jaké metody používáte?

³⁹ Tamtéž, s. 179.

⁴⁰ Tamtéž, s. 180.

4. Jak přistupujete k citlivým tématům, jako jsou smrt a umírání, ve vašich rozhovorech s pacienty a jejich rodinami?
5. Jaké jsou největší výzvy, kterým čelíte při poskytování pastorační péči umírajícím pacientům?
6. Jak podporujete rodiny a blízké pacientů během procesu umírání a po smrti jejich milované osoby?
7. Můžete popsat nějaká etická dilemata, se kterými jste se setkali při poskytování spirituální péče, a jak jste je řešili?
8. Jak řešíte otázky ohledně eutanázie z křesťanského pohledu?
9. Jak se připravujete na rozhovory s pacienty, kteří jsou ve velmi pokročilém stadiu nemoci? Používáte nějaké speciální meditační nebo modlitební techniky?
10. Jaké strategie používáte pro osobní péči a zachování svého duševního zdraví vzhledem k emocionální náročnosti vaší práce?
11. Jaké zdroje nebo formy dalšího vzdělávání považujete za klíčové pro rozvoj vašich dovedností v pastorační umírajících?
12. Nabízíte pastorační podporu také ostatním členům paliativního týmu nebo personálu nemocnice? Pokud ano, mohli byste popsat, jak často tuto podporu zaměstnanci využívají a jaké formy této podpory jsou nejčastěji požadovány?

4.6 Výzkumný vzorek a místo

Pro můj výzkum jsem zvolil formu předem danou strukturu výběru, protože jsem chtěl zajistit konzistentnost a srovnatelnost získaných dat. Předem daná struktura mi umožnila přesně definovat kritéria pro výběr respondentů a zajistit, že všichni účastníci budou splňovat specifické požadavky, které jsou pro tento výzkum klíčové.

Dále jsem si tuto strukturu vybral proto, že mi také poskytla rámec pro systematické analyzování a interpretování výsledků. Díky jasně definovaným kritériím a homogenní skupině respondentů jsem mohl provádět srovnání a identifikovat vzorce, které by při náhodném výběru mohly zůstat skryté.

Tím jsem dosáhl hlubšího a ucelenějšího pochopení tématu, což bylo pro můj výzkum klíčové.

Původní plán výzkumu byl, že oslovím 2 kaplany a 1 kaplanku. Domluva probíhala prostřednictvím emailové komunikace, bohužel jsem se s kaplankou nedomluvil na termínu a času rozhovoru. Musím připustit, že jsem popravdě podcenil časovou náročnost a mylně jsem doufal, že na rozhovor budou mít volný čas všichni oslovení respondenti. A v reakci na tento neočekávaný vývoj a časovou zátěž se mi na poslední chvíli podařilo sehnat dalšího kaplana, kterého mi doporučila má kolegyně z práce.

Mým záměrem v tomto výzkumu bylo vést rozhovory nejen s kaplany z Římskokatolické církve, ale také z evangelické/reformované tradice šlo mi o to, aby bylo zajištěno širší spektrum názorů.

Výzkum byl tedy zaměřen na 3 kaplany ve věku 40–50 let působící v pražských nemocničních paliativních týmech. Rozhovory probíhaly osobně ve třech pražských nemocnicích. Jako první jsem navštívil Fakultní Nemocnici Královské Vinohrady dále Fakultní Thomayerovu nemocnici a na závěr Fakultní nemocnici Motol. Pro přehlednost a otevřenost výzkumu bych zde rád představil kaplany z nemocničních paliativních týmu.

První respondent byl MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr. z Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady. Pan Moravec pracuje, jako nemocniční kaplan ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze a je také lékař. V roce 2009 promoval a nastoupil, jako lékař na interní kliniku ve Vinohradech.

Asi po třech a půl letech došel k tomu, že by se chtěl stát knězem. Což bylo něco, o čem přemýšlel už delší dobu. V roce 2013 opustil nemocnici a vstoupil do řádu Křížovníků s červenou hvězdou, kde se začal připravovat ke kněžství a vystudoval teologii. V roce 2019 byl vysvěcen na římskokatolického kněze.

Během roku 2019, se opět vrátil do nemocnice, jako lékař. A během téhož roku ho oslovili z paliativního týmu nemocnice s nabídkou, aby se stal oficiálně kaplanem toho týmu. V roce 2022 se stal oficiálně koordinátorem spirituální péče ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. A v roce 2024 dokončuje kvalifikační kurz pro nemocniční kaplany, což je podmínka pro to, aby kaplan mohl působit v nemocnicích.

Jako druhého respondenta jsem oslovil Mgr. Vojtěcha Sivka, který pracuje, jako kaplan ve Fakultní Thomayerově Nemocnici. Pan Sivek má vystudovanou psychologii a také katolickou teologii. Má kurz krizové intervence a také

absolvoval třídní kurz – úvod do dětské paliativní péče. Pan Sivek se také na začátku roku 2024 přihlásil do kurzu pro nemocniční kaplany.

Jako kaplan v Thomayerově nemocnici působí od roku 2020. A jako kaplan v paliativním týmu od roku 2023. Ke kaplanství v paliativním týmu se dostal skrze nemocnici. Členové paliativního týmu požádali jeho kolegyni s tím, jestli by neměli zájem se do týmu zapojit.

Třetího respondenta jsem oslovil z Fakultní nemocnice Motol a to Mgr. Filipa Gärtnera. Pan Gärtner má vystudovanou Evangelickou teologii na Evangelické teologické fakultě. Působí také na poloviční úvazek, jako farář Evangelické církve metodistické ve farnosti Slaný. A na druhý poloviční úvazek pracuje, jako kaplan právě v Motole.

V rámci doplňkového studia absolvoval sebezkušenostní výcvik v psychoanalytické psychoterapii. Ve Fakultní nemocnici Motol pracuje od roku 2021. Do paliativního týmu byl delegován z týmu nemocničních kaplanů právě v roce 2021. Kvalifikační kurz pro nemocniční kaplany zatím neabsolvoval, jelikož po něm kurz nemocnice zatím nevyžaduje. V rozhovoru mi také sdělil, že kurz považuje za důležitý a plánuje si ho dodělat.

4.7 Etické aspekty výzkumu

Dlouho jsem zvažoval, jaké etické aspekty by mohly mít významný dopad na můj výzkum a které by měly být prioritně zohledněny. Po pečlivém zvážení různých možností jsem se rozhodl vybrat dva klíčové etické aspekty, které považuji za nejrelevantnější pro integritu a etickou výpovědní hodnotu mého výzkumu. Vybral jsem informovaný souhlas a reflexi vlastních zkušeností.

4.7.1 Informovaný souhlas

Získání informovaného souhlasu bylo pro mě zásadním krokem, než jsem mohl započít výzkum s kaplany. Bylo pro mě důležité, aby každý účastník byl plně informován o celém rozsahu výzkumu, což zahrnovalo jasný popis účelu výzkumu, přehled informací, které budou shromažďovány, a vysvětlení způsobu jejich použití. Kromě toho jsem účastníkům podrobně vysvětlil potenciální rizika spojená s účastí ve výzkumu a způsoby, jakými budou chráněna jejich data. Tímto procesem jsem zajistil, že každý kaplan měl dostatečné informace pro informované a svobodné rozhodnutí o účasti na tomto výzkumu.

4.7.2 Reflexe vlastních zkušeností:

Reflexe vlastních zkušeností byla klíčovou součástí mého přístupu k výzkumu, neboť mám osobní zkušenosti s prací kaplana. Bylo pro mne nezbytné si uvědomit, jak mé vlastní názory a předsudky mohou ovlivnit průběh a výsledky výzkumu. Proto jsem kladl velký důraz na transparentnost a sebereflexi svých zkušeností. Tento proces sebereflexe jsem provedl tak, že jsem si zajistil deník ve, kterém jsem si zaznamenával své myšlenky a postřehy, které by mohly ovlivnit interpretaci dat.

4.8 Zpracování a analýza dat

Všechny rozhovory jsem si nahrával na diktafon v mobilním telefonu. Po nahrání jsem všechny rozhovory přepsal. Ohledně analýzy dat jsem rozřadil výzkumné otázky do těchto kategorií:

- a) Role v týmu a rozdíly od ostatních
- b) Spirituální potřeby a interakce s pacienty
- c) Komunikace o citlivých tématech
- d) Eutanazie
- e) Podpora rodin
- f) Etická dilemata
- g) Osobní péče
- h) Podpora týmu a zaměstnanců

A dále jsem v každé kategorii analyzoval odpovědi všech tří kaplanů a identifikoval hlavní témata, rozdíly a společné rysy jejich odpovědí. Pro každý rozhovor jsem si zaznamenal klíčové informace a citace, které jsem pak použil v interpretaci dat.

5 Interpretace dat

5.1.1 Role v týmu a rozdíly od ostatních

Tato kategorie má za cíl prozkoumat, jak kaplani vnímají svou roli ve srovnání s ostatními členy týmu a taky, jaké jsou specifické úkoly a odpovědnosti kaplanů.

MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr.

Moravec popisuje svou roli kaplana tak i lékaře. Vysvětluje, že tyto role odděluje a pacienty informuje o své roli v konkrétním okamžiku. Kaplan uvádí: *„A přestože jsem tam byl v roli lékaře, tak úlohou bylo spíše doprovázení v nějakým složitějším stonání, naslouchání, a lékařsky tam toho moc udělat nešlo, ve smyslu nějakého plánování. Vnímaná role kaplana se odlišuje od ostatních členů týmu tím, že nabízí duchovní podporu, přičemž duchovní podpora je poskytována hlavně formou modlitby a práci s nadějí. Kaplan říká: „A za mě to, co je takové specifické třeba oproti psychologům, tak myslím si, že všichni pracujeme nějak s nadějí, ale přece jenom ten kaplan, pokud neztratí rozměr víry, tak i pro ty nevěřící je nějakým znamením naděje. To, co je specifické pro kaplany, jsou určitě otázky náboženské. Ve smyslu rituálů a ve smyslu různé modlitby, požehnání a podobně.“*

Mgr. Vojtěch Sivek

Sivek vidí svou roli v multidisciplinárním paliativním týmu jako zásadní pro poskytování duchovní podpory a dodávání naděje pacientům. Uvádí: *„Teď přemýšlím, jestli jsou ty úlohy nějak specificky diskutované. Asi jsme to dělali, když jsme vyráběli informační letáček pro pacienty. Tím cílem byla přítomnost u pacienta, hledání odpovědí na takový nějaký základní existenční otázky a dodávání naděje.“* Kaplan zdůrazňuje, že jeho práce má duchovní rozměr, který je specifický a odlišný od práce psychologů: *„Když přijde kaplan, lidé skutečně vědí, že mají otevřenou cestu bavit se o duchovních věcech, o modlitbě, a o svých náboženských a řekněme duchovních praktikách.“*

Mgr. Filip Gärtner

Gärtner vidí svou roli v multidisciplinárním paliativním týmu jako klíčovou pro poskytování duchovní podpory nejen pacientům, ale i členům týmu. Uvádí: *„Sloužím nejenom pacientům, ale i lidem v tom týmu... Normálně si je беру do kaple a mluvíme o osobních věcech, o nějaký jejich podpoře v rámci té jejich práce.“* Kaplan také zdůrazňuje, že jeho role se překrývá s rolí psychologa, ale jeho přítomnost jako kaplana je vnímána specificky díky duchovnímu

rozměru: „Už proto, že tam přicházím tahle, tj. s nějakou nálepkou nebo funkcí, čekají od toho něco jiného než od lékaře.“

5.1.2 Spirituální potřeby a interakce s pacienty

Tato kategorie má za cíl prozkoumat metody a přístupy, které kaplani používají k rozpoznání a reakci na spirituální potřeby pacientů.

MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr.

Moravec používá individuální přístup k rozpoznávání a reakci na spirituální potřeby pacientů, včetně dotazování se na jejich víru a zájem o modlitbu. Moravec uvádí: „Ptám se, jestli jsou věřící, jestli by stáli o modlitbu, jestli jsou pokřtění. Ptám se také rodiny, jestli by stál ten jejich příbuzný, když není schopen sám se vyjádřit, o modlitbu, o návštěvu kněze.“ Důležitou metodou je projevení přijetí pacienta, což zahrnuje naslouchání, ocenění pozitivních aspektů jejich života a poskytování útěchy a naděje. Kaplan uvádí: „Základní metodou je nějak projevit přijetí toho člověka, ať je jakýkoliv. To, že má svoji hodnotu, že stojí za náš zájem, a to si myslím, že je ten základní přístup.“

Mgr. Vojtěch Sivek

Sivek zase používá kombinaci aktivního naslouchání a empatie k rozpoznávání a reakci na spirituální potřeby pacientů. Sivek uvádí: „Nevím, jestli je na to nějaká přesná technika. Zkrátka je to kombinace aktivního naslouchání nebo empatie.“ Také zdůrazňuje důležitost porozumění duchovní oblasti člověka a schopnosti identifikovat a pojmenovat duchovní témata: „Zároveň k tomu patří ještě porozumění té duchovní oblasti člověka. Já nemám úplně rád slovo jako duchovní potřeba, protože to je trochu protimluv – ona ne vždycky je to potřeba. Je to třeba nějaké téma, se kterým ten člověk potřebuje něco udělat, ale není to úplně stejné jako potřeba hladu nebo blízkosti. Vždy se to dá naplnit a nějak těm lidem třeba ukázat, jak s tím zacházet. Takže vlastně porozumění, co to je, nebo jaký to má vztah třeba k těm ostatním rozměrům člověka, a jaký jsou k tomu třeba varianty.“

Mgr. Filip Gärtner

Gärtner používá jednoduchý přístup k navázání kontaktu s pacienty, zdůrazňuje citlivost a empatii. Uvádí: „Moje základní metoda je jednoduchý rozhovor. Navázat s tím člověkem rozhovor a uvést ho do klidu, pokud je v nějakém rozrušení, zdůraznit, že tam s ním můžu být, jak dlouho on bude potřebovat.“ Kaplan také zdůrazňuje důležitost naslouchání a poskytování prostoru pacientům, aby se mohli otevřít a sdílet své myšlenky a pocity. Gärtner uvádí: „Já to mám prostě takto postavený, asi možná jako každý kaplan, na primárním naslouchání. Já těm lidem dávám prostor, který oni často nemají, a to oni oceňují.“

5.1.3 Komunikace o citlivých tématech

Tato kategorie má za cíl prozkoumat, jak kaplani pracují s citlivými tématy, jako jsou smrt a umírání tak, aby se zajistilo, že komunikace bude citlivá a podpůrná.

MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr.

Martin Moravec se snaží zaměřit na život a závěr života spíše než na samotnou smrt. Podporuje pacienty v přemýšlení o tom, kde by chtěli strávit svůj závěr života a co by jim ještě mohlo přinést radost. Moravec uvádí: „*Myslím si, že jako daleko lepší je, že jsme ve službě životu i v závěru života, že chceme nějak podpořit, aby i ten život v závěru života byl k žití a měl smysl, a znamenal něco hezkého.*“ Pokud se hovoří o smrti, snaží se spojit téma smrti s otázkami kvality života a smysluplného prožití zbývajících času. Moravec uvádí: „*Pojďme vymyslet, kde byste ho chtěl prožít, co by vám dávalo smysl, co vám ještě dělá radost a podpořit ten život, který vlastně ještě je.*“

Mgr. Vojtěch Sivek

Vojtěch Sivek preferuje, když pacienti sami otevřou téma smrti a umírání, a poté na toto téma reaguje. Uvádí: „*Většinou tato témata jako smrt a umírání otevírají ti pacienti sami. Nějak je tam sám nevznáším.*“ Když pacienti toto téma otevřou, kaplan jim dává najevo, že je připraven o něm mluvit a že se tohoto tématu nebojí: „*Dávám jim najevo, že to je téma, kterého se nebojím a můžeme o něm otevřeně mluvit.*“

Mgr. Filip Gärtner

Filip Gärtner také nechává pacienty, aby sami nastolili téma smrti a umírání, a na toto téma pak reaguje citlivě. Uvádí: „*Já ty pacienty nechám, aby to téma nastolili sami, oni se pak třeba i zeptají. Nebo taky řada lidí tohle vůbec nechce řešit.*“ Zdůrazňuje, že vstupuje do příběhu pacienta a zjišťuje, jak pacient rozumí své situaci: „*Řada z nich tam, ale leží třeba delší dobu, a tak přemýšlí o věcech, který dřív třeba neprobírali. Najednou ty otázky vytáhnou. Tak jestli je něco, co vás trápí, tak si o tom můžeme popovídat. Takže já vlastně vstupuju do toho jejich příběhu a zjišťuji, jak to vlastně celý život měli.*“

5.1.4 Eutanazie

Cílem této kategorie je identifikovat postoje a přístupy kaplanů k otázkám eutanazie.

MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr.

Moravec vysvětluje, že otázky týkající se eutanazie často souvisejí s autonomií pacienta a duchem společnosti. Uvádí, že eutanazie má dalekosáhlý dopad na vztahy lidí kolem pacienta a celou společnost: „*Eutanazie není záležitostí jenom toho člověka. Eutanazie má dalekosáhlý dosah, ovlivňuje vztahy těch lidí kolem, a zároveň to proměňuje celou společnost.*“ Kaplan zdůrazňuje, že často za žádostmi o eutanazii stojí spíše spirituální bolest než fyzická: „*Myslím si, že právě za tou eutanazií často stojí více bolesti spirituální, které řeší kaplani než ty somatické, které řeší lékaři.*“ Vysvětluje, že odpověď kaplana je poskytnout naději a důstojnost, a pracovat s pacienty na pochopení jejich trápení a jeho zmírnění.

Mgr. Vojtěch Sivek

Sivek přistupuje k otázkám eutanazie z křesťanského pohledu s pochopením a empatií vůči pacientům, kteří trpí. Uvádí, že reflektuje jejich trápení a snaží se uznat, že je to obtížné: „*To, co jim nabízím, to je reflektování toho trápení, který mají. Nějak se snažím uznat to, že je to obtížný.*“ Kaplan zdůrazňuje, že změna postoje pacienta často souvisí s úlevou od bolesti: „*Když se jako pořeší (bolest), tak se najednou postoj změní.*“ Kaplan také, vysvětluje, že jeho odpovědi není podporovat eutanazii, ale hledat způsoby, jak zvládnout důstojnost, hodnotu a naději pacienta.

Mgr. Filip Gärtner

Gärtner zaujímá pevný postoj, že eutanazie je u nás nezákonná, ale přistupuje k tématu s empatií a podporou pro pacienty, kteří trpí: „*První věc je tohle teoreticky vědět a stát na tom jako ve víře. A druhá věc je být u pacienta, který opravdu trpí.*“ Kaplan uvádí, že eutanazie není téma, které by přinášel, ale pacienti o něm často mluví, když je péče nedostatečná: „*Eutanázie vlastně není téma, ale pacient ho může nastolit... Proto lidi tohle napadá a samozřejmě je zásadní, že je možný dneska bolest jako ošetřit velmi dobře.*“ Kaplan zdůrazňuje, že jeho cílem je zajistit, aby život pacientů byl co nejkvalitnější a aby jejich bolest byla dobře ošetřena: „*Ubezpečuji je, že uděláme všechno pro to, aby ten život, který se teď žije, byl co nejkvalitnější.*“

5.1.5 Podpora rodin

Tato kategorie si klade za cíl pochopit, jak kaplani podporují rodiny během procesu umírání a po smrti pacienta.

MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr.

Podpora rodin zahrnuje komunikaci a ocenění péče a zájmu, které rodiny věnují pacientům. Moravec uvádí: „*Ve smyslu toho kaplanského si myslím, že je dobře ocenit vždycky tu péči a zájem těch blízkých o toho umírajícího.*“ Rituály a modlitby jsou významným nástrojem při poskytování podpory rodinám, pomáhají při procesu truchlení a smíření. Moravec uvádí: „*A k tomu hodně pomáhají ty rituály, jak ten pohřeb či různé obřady, tak modlitba za toho člověka, nějaká bohoslužba za toho člověka i za jeho blízké, ocenění toho, co pro toho blízkého udělali i dělají, když se chtějí nějak takhle rozloučit.*“ Moravec také pomáhá rodinám zorientovat se v situaci a pochopit stav pacienta. Moravec uvádí: „*V rámci té péče o umírající pacienty je, myslím si, dobré mít možnost toho zavzpomínání blízké, na znovu ocenění toho, co všechno pro ně udělali.*“

Mgr. Vojtěch Sivek

Sivek se s rodinami pacientů setkává spíše náhodně, ale i tato setkání mohou být významná. Uvádí že: „*U těch dospělých to bývá tak, že to jsou spíše náhodná setkání. Potkáme se třeba u lůžka toho nemocného.*“ Zdůrazňuje, že rodiny často nesou zátěž péče a jsou vděčné za podporu a naději: „*I to, že se tam s nimi sejdem, a oni dostanu nějakou podporu a třeba i nějakou naději.*“

Mgr. Filip Gärtner

Gärtner také uvádí, že se s rodinami pacientů setkává především náhodně, často u lůžka pacienta. Říká: „*V té paliativě se k nim často nedostanu, protože s těmi rodinami primárně mluví paliatr, a pořádají ty rodinné konference.*“ Kaplan zdůrazňuje, že rodiny oceňují, když někdo projevuje zájem o jejich blízké: „*Oni tu službu velmi oceňují, protože někdo má od toho jejich blízkého zájem.*“ Gärtner v rámci podpory uvádí také křest: „*Co se další podpory týče, dělal jsem tady např. křest v nouzi.*“

5.1.6 Etická dilemata

Tato kategorie si klade za cíl zjistit, jakým etickým dilematům čelí kaplani v paliativní péči a, jak s těmito dilematy pracují.

MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr.

Moravec řeší etická dilemata s ohledem na důsledky pro pacienty, rodiny a zdravotnický personál. Moravec uvádí: *„Někdy ti lidé jsou úplně vyčerpaní těmi symptomy, a pak když se dá něco, čím se jim může ulevit, tak jim to dovolí odejít. Ne že bychom tím lékem zahubili, ale ten člověk, který se už silou vůle drží, je třeba úzkostný, nebo má nějaké příznaky, třeba dušnost, a ty ho hodně ovlivňují.“* Důraz je kladen na zachování kvality života a respektování autonomie pacienta, přičemž je třeba poskytnout pacientům i rodinám podporu a útěchu.

Mgr. Vojtěch Sivek

Vojtěch Sivek se často setkává s etickými dilematy, jako jsou otázky eutanazie a aktivního umírání. Uvádí: *„Někdy se objevují otázky, že si ti lidé přejí zemřít aktivně. To je pro mě taková náročnější otázka.“* Sivek pracuje s těmito dilematy tím, že vyslovuje svůj postoj a hledá společně s pacienty a týmem vhodné řešení: *„Prostě s tím pracujeme. Já nějak vyslovím svůj postoj a zároveň spolu hledáme nějakou dobrou cestu.“*

Mgr. Filip Gärtner

Filip Gärtner se také setkává s etickými dilematy, jako jsou otázky eutanazie či sdělování závažných zpráv pacientům. Zdůrazňuje, že pacienti potřebují slyšet závažné informace opakovaně, protože pokaždé je vnímají jinak. Říká: *„Mám dojem, že se někdy zapomíná, že ti lidé to prostě potřebují slyšet víckrát, a pokaždý je to pro ně jiné.“* Kaplan také přemýšlí nad tím, co může a nemůže sdělit ošetřujícímu lékaři, aby to bylo ku prospěchu pacienta: *„Já, kdybych se jednoznačně rozhodl, tak mu nemůžu říct nic. Ale když vnímám, že to je nějak ku prospěchu toho pacienta...“* Dalším dilematem je, zda si stěžovat na personál, když pacienti sdělují negativní zkušenosti s péčí: *„Často přemýšlím nad tím, jaké jsou hranice toho kaplana, a kam až můžu zajít.“*

5.1.7 Osobní péče a profesní rozvoj

V této kategorii zjišťuji, jaké strategie a praktiky kaplani používají pro zachování svého duševního zdraví, a jaké zdroje a vzdělávací programy jsou považovány za klíčové pro rozvoj dovedností potřebných pro efektivní pastorační práci.

MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr.

Moravec zdůrazňuje důležitost osobní péče, která zahrnuje humor, modlitbu a odpočinek. Kaplan uvádí: *„Ale právě tehdy čerpám hodně z modlitby právě v tom, že jako prosím jakoby o Boží sílu o to milosrdenství. A zároveň začínám a uzavírám ten den modlitbou to, co jsem nestihl, tak prostě svěřuji pánu Bohu.“* Vzdělávání a profesní rozvoj zahrnují pravidelná setkávání s kolegy, účast na konferencích a odborné vzdělávání. Moravec uvádí: *„Myslím si, že je důležité mít tým kaplanů, s nimiž mohu sdílet. Mít třeba aspoň nějaká pravidelná setkávání, třeba v rámci diecéze, nebo v rámci nějakého města. A když to je ekumenicky, tak tím líp.“* Důraz je také kladen na sdílení zkušeností a reflexi praxe.

Mgr. Vojtěch Sivek

Vojtěch Sivek také zdůrazňuje důležitost osobní péče, která zahrnuje odpočinek, přírodu a sport. Uvádí: *„Úplně všechny ostatní věci, které dělám, to znamená odpočinek, příroda a sport.“* Modlitba hraje klíčovou roli v jeho osobní péči a poskytuje mu naději a sílu: *„Jedna věc je modlitba, kdy ty lidi mohu odevzdat pánu Bohu.“* Kaplan také zdůrazňuje důležitost vzdělávání a diskuzí s kolegy z různých oborů: *„To znamená s jinými kaplany, ale často též s psychology, lékaři nebo sociálními pracovníky.“*

Mgr. Filip Gärtner

Filip Gärtner zdůrazňuje důležitost osobní péče, která zahrnuje odpočinek, klid a humor. Gärtner uvádí *„Pomáhá mi, když je tady dost čokolády; máme tady velké zásoby. Když si můžeme dát kafe a tady si v klidu sednout a také humor, a myslím si, že kaplan bez humoru nemůže vůbec fungovat.“* Modlitba a meditace hrají také klíčovou roli v jeho osobní přípravě a poskytují mu vnitřní klid a sílu: *„Meditace pomáhá, nedělám to vždycky, jen občas. Modlím se předtím krátce.“* Kaplan také zdůrazňuje význam a podporu od kolegů v kaplanském týmu: *„No a co je v téhle práci důležité, to je mít zázemí – to považuji za důležité. Já si sám nedovedu představit, že bych dělal kaplana ve velké nemocnici a byl tady sám. Já bych si musel najít někoho k sobě.“*

5.1.8 Podpora týmu a zaměstnanců

MUDr. Mgr. Martin Moravec OCr.

Martin Moravec poskytuje podporu ostatním členům týmu a zaměstnancům nemocnice na individuální bázi, podle jejich potřeb. Tato podpora zahrnuje modlitby, rozhovory o víře a etice. Kaplan uvádí: *„Někdy přichází s nějakými konkrétními otázkami, které jsou na úrovni víry anebo etiky. Někdy přichází s prosbou o modlitbu za pacienta, za svoje rodiny nebo nějaký svoje starosti.“* Důležitým aspektem je vzájemná podpora a pozornost mezi členy týmu. Kaplan uvádí: *„Ten náš tým funguje tak, že řada členů je velmi pozorná k těm kolem sebe. Dívá se na to, jak kdo co prožívá, jestli nemá nějaký těžký čas. Hodně jsou zvyklí starat se o sebe navzájem, což mi připadá obdivuhodné.“*

Mgr. Vojtěch Sivek

Sivek poskytuje podporu ostatním členům týmu a zaměstnancům nemocnice na kolegiální bázi. Uvádí: *„Je to taky v nabídce a vyhledávají to lidé na odděleních i z týmu. Je to taková kolegiální podpora.“* Podpora zahrnuje hodnotové, etické a duchovní otázky, a také organizování rozloučení s pacienty. *„Děláme jedenkrát týdně rozloučení s těmi pacienty. Vlastně si nějak připomeneme ty, kteří už zemřeli. Pak je tam taková chvílka ticha na nějakou modlitbu a rozloučení, což vedeme my kaplani.“*

Mgr. Filip Gärtner

Filip Gärtner také poskytuje podporu ostatním členům týmu a zaměstnancům nemocnice na kolegiální bázi. Uvádí: *„Oni vědí, že za mnou můžou kdykoliv přijít. Zároveň já jsem jejich kolega v týmu a taky jsem do jistý míry jejich kamarád.“* Podpora zahrnuje rozhovory o osobních věcech a duchovních otázkách, a kaplan zdůrazňuje důležitost zachování důvěrnosti: *„Já mám taky takzvaný zpovědní tajemství, a nazývám to podobně jako katolíci, a dodržuju to, což oni to vědí.“*

6 Diskuze

V praktické části této práce jsem provedl kvalitativní výzkum s nemocničními kaplany, kteří působí v nemocničním paliativním týmu a pastoračně se věnují umírajícím pacientům. Hlavním výzkumnou otázkou bylo zjistit specifika pastorece při práci s umírajícími v paliativní péči. Z analýzy dat mi vyplynulo několik věcí, které kaplani vnímají jako specifické při pastoraci umírajících v paliativní péči.

V rámci rozdílů od ostatních členů týmu zdůrazňují kaplani význam duchovní podpory, kterou poskytují pacientům i členům týmu, to zahrnuje práci s nadějí a také pomoc při existenciálních otázkách.

Ohledně spirituálních potřeb a interakcí s pacienty vnímají kaplani specifickou v individuálním přístupu, aktivním naslouchání a empatii. Všichni také zdůrazňují důležitost projevu přijetí pacienta a poskytování útěchy a naděje.

V komunikaci o citlivých tématech kaplani kladou důraz na citlivý a podpůrný přístup. Všichni tři kaplani preferují, aby pacienti sami otevřeli citlivá témata, jakou smrt a umírání, a poté na tyto témata reagují citlivě a podpůrně. Často spojují téma smrti s otázkami kvality života a smysluplného prožití zbývajících času, což pomáhá pacientům lépe se vyrovnat se svou situací.

Ohledně otázek eutanazie kaplani kladou důraz pochopení pacientova trápení a jeho zmírnění. Všichni také uznávají, že za žádostmi o eutanazii často stojí spirituální bolest, a snaží se nalézt způsoby, jak zvládnout důstojnost a hodnotu pacienta.

V rámci podpory rodin kaplani uvádí, že se s rodinami setkávají často náhodně, a to třeba u lůžka pacienta. Ale když se potkají tak oceňují jejich péči a zájem o pacienta. Všichni kaplani uznávají, že rodiny často nesou velkou zátěž a jsou vděčné za jakoukoli podporu a naději, kterou jim mohou poskytnout.

V rámci etických dilemat kaplani často řeší otázky eutanazie či také sdělování a opakování závažných situací. Všichni tři kaplani se snaží řešit tyto etická dilemata citlivě a s ohledem na prospěch pacientů a jejich rodin. V rámci osobní péče a profesního rozvoje kladou kaplani důraz na humor, modlitbu a odpočinek jako klíčové nástroje pro zachování duševního zdraví. Všichni tři kaplani také zdůrazňují význam profesního rozvoje a pravidelného setkávání s kaplany či s jinými odborníky (lékaři, sociálními pracovníky či psychology.), kteří jim pomáhají rozvíjet dovednosti potřebné pro efektivní pastoreci. V rámci první dílčí otázky – Jaké konkrétní praktiky či metody používají kaplani při práci s umírajícími? Jsem zjistil, že kaplani při práci s umírajícími uplatňují

různé specifické praktiky a metody, které zahrnují poskytování duchovní podpory pacientům i členům týmu, zvláštní důraz kladou na práci s nadějí a pomocí při existenciálních otázkách. Využívají také individuálního přístupu, kde uplatňují aktivní naslouchání a empatii.

Ohledně druhé dílčí otázky – Jaké metody či techniky používají kaplani, aby si udrželi své duševní zdraví? Jsem zjistil, že kaplani si udržují své duševní zdraví prostřednictvím různých metod a technik, které často zahrnují pravidelnou modlitbu, humor a odpočinek a tyto techniky jim pomáhají vyrovnat se s emocionální zátěží jejich práce.

Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na pastorační práci v paliativní péči, přičemž jsme využili jak teoretické studie, tak kvalitativní výzkum založený na strukturovaných rozhovorech s kaplany působícími v pražských nemocničních paliativních týmech. Teoretická část práce mi poskytla hluboké porozumění historickým a teologickým základům pastorační práce, které se ukázaly jako nepostradatelné pro efektivní aplikaci v praxi.

Výzkum odhalil, že kaplani v paliativní péči čelí významným psychologickým výzvám, což zdůrazňuje nutnost péče o jejich vlastní duševní zdraví, aby mohli poskytovat kvalitní péči. Strukturované rozhovory s kaplany ukázaly, že empatie a schopnost reagovat na individuální potřeby pacientů a jejich rodin jsou klíčové pro úspěšnou pastorační práci. Kaplani se stávají neocenitelnou součástí multidisciplinárních týmů, poskytujících nejen duchovní podporu, ale také pomoc při smířování s blížící se smrtí a zvládání truchlení.

Práce mě také přivedla k novým tématům, která bych rád v budoucnu dále zkoumal. Velmi mě zaujala role humoru jako vyrovnávací strategie, kterou kaplani používají při ochraně svého duševního zdraví. Bylo inspirující slyšet, jak humor pomáhá nejen kaplanům, ale také pacientům v těžkých chvílích. Dalším zajímavým tématem, které se během práce objevilo, je překrývání role kaplana a psychologa. Toto by mohlo být důležité pro budoucí výzkum, aby se lépe pochopilo, jak se tyto role liší a kde se doplňují. Při otázkách, v čem si kaplani myslí, že jejich profese speciální tak zazněla práce s nadějí. Když nad tím teď přemýšlím tak je škoda, že jsem se tématu naděje nevěnoval více.

Závěrem mohu říci, že tato práce mě nejen obohatila o nové znalosti a dovednosti, ale také mi poskytla hlubší pochopení lidských potřeb a výzev, kterým čelí ti, kdo pracují v oblasti pastorační práce v paliativní péči. Jsem vděčný za, že jsem tento výzkum mohl provést a ještě jednou bych rád poděkoval všem respondentům.

Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura

BLACKWELL, Wiley. *The Wiley Blackwell Companion to Practical Theology*. John Wiley and Sons, 2014. ISBN 978-1-118-72409-5.

MARTINEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vyd. [Praha]: Jabok, 2008 [i.e. 2010]. ISBN 978-80-904137-6-4.

OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. (doplněná) verze. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003.

BUTTA, Tomáš. *Pastorační péče v církvi*. 2017. Praha: Církev československá husitská v edici Blahoslav, 2017. ISBN 978-80-7000-137-0.

SMOLÍK, Josef. *Pastýřská péče*. Praha: Kalich, 1991. Studijní texty Komenského evangelické bohoslovecké fakulty v Praze. ISBN 80-7017-276-2.

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

PROCHÁZKA, Pavel. *Pastorační péče se specifickým zaměřením*. Praha: Institut vzdělávání ECM, 2016. ISBN 978-80-7356-045-4.

OPATRŇÝ, Aleš. *Pastorální teologie pro laiky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2016. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-237-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pastorální péče*. Praha: Oliva, 2000. ISBN 80-85942-42-9.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0584-7.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN isbn80-239-4330-8.

SALAJKA, Milan. *Slovník náboženských a teologických výrazů a pojmů: pro školu, pracovní a dům*. Praha: Církev československá husitská, 2000. ISBN 80-7000-504-1.

HOŠŤÁLKOVÁ, Marta. *Doprovázení člověka v nemoci*. [Olomouc]: Jsme blízko vám – Institut klinické pastorační péče, z.ú., 2022. ISBN 978-80-85396-14-0.

MARYŠKOVÁ, Jana. Nemocniční kaplanství v poločase. *Caritas et veritas*, 2015, roč. 5, č. 2.

CRESWELL, John W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 3rd ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, c2013. ISBN 978-1-4129-9530-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

Elektronické zdroje

OPATRŇÝ, Aleš. *Co je pastorec?* [online]. [cit. 2024-02-20].
Dostupné z: <https://www.pastorec.cz/clanky/co-je-pastorec>

Palliative care [online]. 2020 [cit. 2024-02-11]. Dostupné z:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Center To Advance Palliative Care [online]. [cit. 2024-02-11]. Dostupné z:
<https://www.capc.org/documents/download/133/>

PEŘINA, Jakub. *Historie paliativní péče* [online]. 21. 10. 2016 [cit. 2024-02-08].
Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>

Hospic je dnes synonymem pro něco dobrého a správného. Florence plus [online]. 23. 4. 2019 [cit. 2024-03-23]. Dostupné z:
<https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/hospic-je-dnes-synonymem-pro-neco-dobreho-a-spravneho/>

Hospic a mobilní hospic [online]. [cit. 2024-02-25]. Dostupné z:
<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/hospic-a-mobilni-hospic>

O mobilních hospicích [online]. [cit. 2024-02-26]. Dostupné z:
<https://www.mobilnihospice.cz/o-mobilnich-hospicich>

Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení [online]. 2019 [cit. 2024-02-27]. Dostupné z:

https://www.paliativa.cz/sites/default/files/201909/Methodika_implementatione_PP_2019%20FINAL.pdf

Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě [online]. [cit. 2024-05-05]. Dostupné z: <https://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Standardy-pro-poskytovani-nemocnicni-kaplanske-sluzby-v-Evropě-ke-stažení.pdf>

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví [online]. 2019 [cit. 2024-04-06]. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zakladni-dokumenty-dohoda-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi-5d2c75e066f5f.pdf>

Přílohy

Příloha č. 1 – Rozhovor s MUDr. Mgr. Martinem Moravcem OCr.

1. Jak vidíte svoji roli v multidisciplinárním paliativním týmu? Jak se vaše úloha liší od úloh ostatních členů týmu?

Nyní jsem v situaci, kdy jsem v paliativním týmu primárně jako lékař. A dohoda je taková, že pokud chce člověk třeba zaopatřit, pokud stojí o nějakou krátkou modlitbu, ale není to nějaký doprovázení, pak je hloupé, abych já volal někoho dalšího, a že tam jako kaplan zafunguji. Když se jedná o nějaký doprovázení, tak primárně kontaktuji svého kolegu, který má více času. To je takové základní nastavení. To je první věc a druhá věc, že se jako snažím tyhle dvě role nějak srozumitelně oddělovat, takže vždycky tomu nemocnému řeknu, v jaké roli tam jsem, že jsem lékař paliativního týmu, nebo že jsem taky kaplan, a ptám se svých pacientů, jestli jsou věřící, jestli by třeba stáli o modlitbu.

Nedávno jsem měl intervenci u jednoho konkrétního pacienta. A přestože jsem tam byl v roli lékaře, tak úlohou bylo spíše doprovázení v nějakým složitějším stonání, naslouchání, a lékařsky tam toho moc udělat nešlo, ve smyslu nějakého plánování. Ale přitom ta návštěva rozhodně měla velkou cenu, a on za ní vždycky děkuje a těší se na další setkání. Ale je to spíše doprovázení. Přestože jsem tam přišel v roli lékaře, pro toho lékaře tam moc práce nebylo.

2. Čím si myslíte, že je pozice kaplana v paliativním týmu výjimečná?

Já si myslím, že toto téma se teď hodně řeší. Nemám jednoznačnou odpověď. Je to téma, které je důležité z hlediska toho, co vlastně kaplan pro pacienty zvlášť nabízí, co zvlášť nabízí třeba ve vztahu k týmu, jestli se liší od psychologa, nebo neliší. Jestli je potřeba, nebo jestli je důležitý rozměr víry v kaplanské službě, nebo jestli je možné si představit kaplana nenáboženského. Což je na dnešním západě trend. A nebo jestli naopak něco ztrácí ten kaplan, pokud bychom jako kaplany označovali ty, kteří vlastně žádný rozměr víry v sobě nenesou.

A za mě to, co je takové specifické třeba oproti psychologům, tak myslím si, že všichni pracujeme nějak s nadějí, ale přece jenom ten kaplan, pokud neztratí rozměr víry, tak i pro ty nevěřící je nějakým znamením naděje. Naděje, která není jenom lidská, ale která nějak přesahuje ty lidské možnosti. I ten nevěřící pacient často vnímá něco pozitivního na víře ve smyslu toho, že víra často z lidí dělá lepší lidi, že přináší nějakou naději a nějakou útěchu.

Myslím, že by člověk hodně ztratil, kdyby tam tenhle rozměr víry vymizel. To neznamená, že by kaplan nebyl pro nevěřící. Naopak, myslím si, že řada těch nevěřících nebo těch lidí, kteří nepraktikovali žádnou víru a nemají žádný společenství, žádné, řekněme, sociální zázemí, kam by se mohli sami obrátit, může hodně profitovat z přítomnosti kaplana a jeho služby.

Ale myslím si, že pro toho kaplana, který poskytuje tohle doprovázení, je zdroj, který pramení z víry a který souvisí s jeho spiritualitou a s tím, že by měl být nějakým zpřítomněním té Boží lásky a naděje, hrozně důležitý. Takže zpátky k té otázce. Myslím si, že to, co je specifické pro kaplany, je zpřítomnění nebo svědčení o takové naději. To, co je specifické pro kaplany, jsou určité otázky náboženské. Ve smyslu rituálů a ve smyslu různé modlitby, požehnání a podobně.

3. Jak rozpoznáváte a reagujete na různé spirituální potřeby umírajících pacientů? Jaké metody používáte?

Je to opět individuální, ale je zde potřeba odlišit potřeby náboženské a nenáboženské. Myslím si, že ty rituály, které jsou hodně spojené s katolickou vírou, jako je třeba udělování svátostí, pro spoustu starších lidí pořád dávají smysl, spousta z nich tomu rozumí a má k tomu třeba nějaký vztah z dětství.

Ptám se, jestli jsou věřící, jestli by stáli o modlitbu, jestli jsou pokřtění. Ptám se také rodiny, jestli by stál ten jejich příbuzný, když není schopen sám se vyjádřit o modlitbu, o návštěvu kněze. Někteří říknou, že o tom vůbec nevěděli, nikdy se nebavili s těmi svými blízkými. Někteří říknou, že budou rádi, i když tomu úplně nerozumějí. Ale že vnímají, že to k něčemu dobré může být. Tak to je ta rovina jako svátostná a nějakých těch rituálů.

Ale pokud se s tím člověkem dá bavit a můžu s ním nějak pracovat, tak myslím, že základní je podpořit to dobré v člověku, že k té spirituální péči patří nějaké zakoušení toho, že ten člověk je přijatý takový, jaký je, což v sobě obsahuje i to smíření a přijetí svých chyb. I kdybych se na to díval jen z pohledu víry, je důležitější být dobrým člověkem než někým, kdo přijme všechny rituály, které lze nebo všechny ty svátosti, všechny ty modlitby, které jsou v nabídce... A základní, o co se snažím, je takový ten přístup toho přijetí, přítomnosti a také naslouchání. Ocenění toho, co třeba vidím, že je dobrého v tom životě, nebo o čem mluví ten člověk v tom jeho přístupu. I humor či nějaký úsměv sem rozhodně patří, jakož i nějaké povzbuzení.

Myslím si tedy, že základní metodou (pojem metoda mi připadá dost drsný, technicistní) je nějak projevit přijetí toho člověka, ať je jakýkoliv. To, že má svoji hodnotu, že stojí za náš zájem, a to si myslím, že je ten základní přístup.

4. Jak přistupujete k citlivým tématům, jako jsou smrt a umírání, ve vašich rozhovorech s pacienty a jejich rodinami?

Já obecně mluvím spíš o životě. Nebo se snažím. Nelíbí se mi, když se mluví hodně o smrti ve smyslu toho, že smrt nemá být tabu, pojďme se bavit o umírání, pojďme zařídit, ať ty lidi můžou umřít doma. Myslím si, že jako daleko lepší je, že jsme ve službě životu i v závěru života, že chceme nějak podpořit, aby i ten život v závěru života byl k žití a měl smysl, a znamenal něco hezkého. A tak já třeba mnohem radši jako mluvím o závěru života: Pojďme vymyslet, kde byste ho chtěl prožít, co by vám dávalo smysl, co vám ještě dělá radost a podpořit ten život, který vlastně ještě je.

V tomhle smyslu se o smrti bavím: Že cílem není zemřít doma, ale cílem je, strávit ten závěr života kde byste chtěl. Kdyby vám to dávalo smysl, chtěl byste být radši doma, nebo třeba v nějakém lůžkovém zařízení?

A někdy, když na to přijde, ta témata otevírají také pacienti: Co vlastně je po smrti, a co znamená smrt? Tak ale musím říct, že to zase není tak časté.

Ale když se bavím o tématu smrti, tak se snažím bavit o životu i o závěru života, o tom prožití toho. Případně když je ten život nesnesitelný, tak o tom, že ho nemusíme uměle prodlužovat, že je v pořádku říci, že já už tu další léčbu nechci, už na to nemám sílu, už není cílem uzdravení, ale cílem třeba tišení symptomů.

5. Jaké jsou největší výzvy, kterým čelíte při poskytování pastorační péči umírajícím pacientům?

Největší výzvy se týkají sebevražd nebo nějakých sklonů k sebevraždě, protože to souvisí úzce s eutanázií coby žádostmi o to, aby už byl konec. Myslím si, že je to trošku specifické oproti těm lidem, kteří jsou mladí, neumírají, ale kteří třeba ochrnuli. Třeba žili bouřlivě a užili, co se dalo, a najednou vlastně celý ten život, kdy mohli žít naplno, skončil, a ztratili smysl. Někdy lidé třeba nevidí smysl v tom, aby tady ještě byli. Mají pocit, že už nic dobrého čekat nemůžou. A k čemu teda je ještě být? Tohle někdy může být velká výzva, jak ty lidi podpořit, jak s nimi pracovat, a poskytnout jim nějakou naději. Pokud je to tak, že nechtějí být na obtíž těm svým blízkým, tak se tím dá někdy pracovat. Někdy to může být tak, že čím víc se člověk snaží (i ti jejich blízcí), tím víc si připadají, že jsou na obtíž. Tím víc chtějí třeba ten konec, protože někdy právě ta péče té rodiny může být i to, co působí výčitky. Ale když ten člověk vlastně žil aktivně, a najednou nemůže, už má pocit, že to, co mohl, už je pasé, a nevidí už nic pozitivního. Tam je jako daleko těžší těm lidem nějak pomoci.

Toto vnímám jako ty největší výzvy. Ti lidé byli akční a teď najednou musí oni sami přijmout tu péči... Dá se navázat na to, že si představí, že ti lidé kolem nich, kteří se snaží pomáhat, jsou v té situaci, v jaké byl on. Co by si on představil, kdyby ti jeho, o které se předtím on sám staral, chtěli konec a chtěli si vzít život? Lze zdůrazňovat, že by to znehodnocovalo i tu jejich snahu, kterou měli oni dřív, když pomáhali těm druhým. I děti chtějí vracet svým rodičům, to co dostaly od nich, a není to potupa, že potřebují pomoct těch svých blízkých. Není to, že by je zneužívali a vyčerpávali, nýbrž to může být něco, na co ty rodiny mohou dál vzpomínat. Vlastně tak dávají zase signál těm svým potomkům nebo jejich vnoučatům, že to vlastně té rodině stojí za to. A ten pocit, že to nějak zvládli, že se o ty své blízké postarali, s ním se dá nějak pracovat. Je třeba nějak rozklíčovat, v čem je ten problém, co je vlastně nejvíc trápí, ale je na to potřeba čas.

6. Jak řešíte otázky ohledně eutanázie z křesťanského pohledu?

Hodně se argumentuje autonomií pacienta: „Někdo pro eutanázii je, někdo není. Tak to dovolte těm, kteří pro ni jsou a chtějí.“ Ale eutanázii není záležitostí jenom toho člověka. Eutanázii má dalekosáhlý dosah, ovlivňuje vztahy těch lidí kolem, a zároveň to proměňuje celou společnost. A ten „duch eutanázie“ nebo taková ta, jak to říct, mentalita eutanázie má své důsledky. Člověk není monáda, nežije sám bez vztahu ke světu. I když si připadá někdy sám, vždycky to zasáhne minimálně lidi kolem něj, tak jako každá sebevražda zasáhne lidi kolem.

V místech, kde ta eutanázii už nějakou dobu funguje, tam se to stává běžným způsobem odchodu ze života, někdy už tak implicitně očekávaným. Může se snadno stát, že se čeká, že od určitého věku už je to prostě slušnost to ukončit, a už nebýt zátěží. A může se stát, že je to vlastně ta snazší cesta, jak tišit problémy ne tím, že řeším problém a odstraňuji problémy, ale tím, že odstraňuji toho, kdo má problém.

A myslím si, že právě za tou eutanazií často stojí více bolesti spirituální, které řeší kaplani než ty somatické, které řeší lékaři. Taky si myslím, že to skutečně zasahuje všechny lidi kolem, a že to není dobrá cesta. To co bychom také měli nějak řešit, tak je předem vyslovené přání. Můžeme říci: Už vám ten život nedává smysl a dohodneme se, že ve chvíli, kdy by přišla nějaká komplikace, že budeme postupovat symptomaticky, tj. budeme řešit jen ty příznaky, které to přináší.

7. Můžete popsat nějaká etická dilemata, se kterými jste se setkali při poskytování pastorační péče, a jak jste je řešili?

Když pomineme tu eutanázii, která je takovým jako velkým dilematem a vlastně může se stát, že člověk si říká (teď mluvím z pozice nejenom kaplana ale i lékaře), že podání nějakého léku by mohlo mít nejen ten cílený efekt, ale i vedlejší efekt, že ten se člověk buďto uspí, nebo že brzy zemře. On nezemře kvůli tomu léku, ale přece jenom, někdy ti lidé jsou úplně vyčerpaní těmi symptomy, a pak když se dá něco, čím se jim může ulevit, tak jim to dovolí odejít. Ne že bychom tím lékem zahubili, ale ten člověk, který se už silou vůle drží, je třeba úzkostný, nebo má nějaké příznaky, třeba dušnost, a ty ho hodně ovlivňují. Pak, když dáme léky, které tlumí ten pocit dušnosti, nebo úzkosti, tak oni ti lidé, jak povolí, tak vlastně mohou krátce na to zemřít. První z těch etických dilemat je zvažovat i to, jaký psychologický dopad to bude mít na personál. Protože je blbé, když ten, kdo podává tu injekci, má pocit, že toho člověka zahubil.

A je to mylný pocit, protože ten člověk v závěru života skutečně je, a jenom otázka, jestli bude umírat dušností a bolestmi. Ale vlastně s tišením to je tu další typ nějakých situací, které se mohou objevit mohou být skutečně velmi citlivé, když se třeba sestry starají o svoji kolegyni, která umírá...

A pak je tu další dilema, který se někdy řeší, a sice že ten člověk řekne: „Já jsem před půl rokem odmítl léčbu. Odmítl jsem to vyšetření a teď umírám. Já jsem si asi ten život hodně pokazil. A co na to třeba pán Bůh na to, že jsem vlastně odmítl tuto léčbu a teď umírám kvůli tomu svému rozhodnutí.“ Tak to bývá taky takové etické dilema. A je potřeba pomoci tomu člověku, aby přijal to svoje rozhodnutí, který možná právě ani nebylo špatný.

Možná se v té době, kdy se rozhodoval, zdálo být rozumné. I když je teď třeba v nějakých pochybnostech, dávalo smysl a není to tak černobílé, že se tenkrát měl nechat vyšetřit, měl podstoupit léčbu, a byl by dneska živý. Možná že by to bylo i obráceně. Někdy to rozhodnutí, které člověk udělá, i když si to třeba už neuvědomuje, mělo nějaký důvod, třeba že se na to vyšetření necítil.

Někdy ta vyšetření, a hlavně ta léčba na začátku vezmou těm pacientům hodně sil. A pokud ti lidé tu sílu nemají, tak můžou o to dřív umřít, protože jim ty síly, které jim zbývají, sebereme tou léčbou, která nezničí nádor, ale zničí toho pacienta. Takže někdy to odmítnutí léčby může být zpětně špatně vnímaný, nebo může přinášet řadu pochybností, výčitek, nejistot, ale mohlo to být vlastně dobré rozhodnutí, které uchránilo kvalitu života toho nemocného a zároveň i prodloužilo jeho život.

8. Jak podporujete rodiny a blízké pacientů během procesu umírání a po smrti jejich milované osoby?

Vlastně já musím nějak odlišovat od toho, co je to kaplanské, lékařské, nebo obecně paliativní. Ale obecně v paliativě se snažíme vždycky komunikovat také s blízkými, snažíme se zjistit, nejenom od pacienta, ale i od blízkých, jak rozumí tomu stavu. Trošku si ověříme, že tomu rozumí stejně, jak to je skutečně, a že tomu rozumí správně. Ve smyslu toho kaplanského si myslím, že je dobře ocenit vždycky tu péči a zájem těch blízkých o toho umírajícího. Hrozně důležitý je ocenit tu rodinu a všechno to dobrý, co dělají někdy jim pomoci se zorientovat a pochopit.

Někdy i zpětně třeba můžu říct: „Nebyl jsem si jistý, ale já jsem i kaplan, tak jsem se za toho vašeho příbuzného po modlil. Nevadí to?“ Většinou lidi řeknou: „Ne, to určitě nevadí. Já tomu sice moc jako nerozumím, ale určitě jste to myslel dobře.“ Nebo: „To je hezký.“ A v rámci té péče o umírající pacienty je, myslím si, dobré mít možnost toho zavzpomínání blízké, na znovu ocenění toho, co všechno pro ně udělali. Jak ta vděčnost, tak to usmíření, mohou být důležitým tématem. Vděčnost za ten společně prožitý čas, usmíření za to, co si třeba nějak způsobili a co může být těžký. A to může být i odpuštění toho, že mě tady nechal samotného, a tak.

Může to být ve smyslu toho, že už odevzdáme toho člověka, že mu dovolíme odejít. I v těch našich myšlenkách se smíříme, že už tady není. A k tomu hodně pomáhají ty rituály, jak ten pohřeb či různé obřady, tak modlitba za toho člověka, nějaká bohoslužba za toho člověka i za jeho blízké, ocenění toho, co pro toho blízkého udělali i dělají, když se chtějí nějak takhle rozloučit. To jsou dosti důležité věci, které pomáhají s truchlením a s vyrovnáváním se, s uděláním nějaké té čáry zatím co bylo.

9. Jak se připravujete na rozhovory s pacienty, kteří jsou ve velmi pokročilém stadiu nemoci? Používáte nějaké speciální meditační nebo modlitební techniky?

Vždycky se snažím předtím ztišit a zamyslet se, co mě čeká a co od toho rozhovoru mám čekat, k čemu bych se třeba chtěl dostat. Někdy si opravdu nejsem jistý, ale když je to takové, že jsem sám, tak toho často využiju na tu modlitbu. Spoléhám na to, že když jdu do práce a z práce, celé to uzavírám do modlitby. Když jdu do práce, tak se modlím. Když odcházím z práce, tak zase

vše uzavírám a ty lidi a svěřuji Boží lásce, která nespí a která je tam dál nějak přítomná, a pečuje o ně.

Když vím dopředu, že to je nějaký těžký hovor, že to je nějaká těžká situace, tím spíš si to pořádně promyslím, o čem chci mluvit. A kde třeba brát nějaké ty zdroje, kde je nacházet. Samozřejmě je ideální, když ty zdroje najde sám ten nemocný, ale někdy sám mohu něco nabídnout.

10. Nabízíte pastorační podporu také ostatním členům paliativního týmu nebo personálu nemocnice? Pokud ano, mohli byste popsat, jak často tuto podporu zaměstnanci využívají a jaké formy této podpory jsou nejčastěji požadovány?

To je dobrá otázka a není na ní jednoduchá odpověď. Určitě si poskytujeme podporu navzájem. Ten náš tým funguje tak, že řada členů je velmi pozorná k těm kolem sebe. Dívá se na to, jak kdo co prožívá, jestli nemá nějaký těžký čas. Hodně jsou zvyklí starat se o sebe navzájem, což mi připadá obdivuhodné. Někdy je to mnohem víc, než jsem schopný já.

Někdy přichází s nějakými konkrétními otázkami, které jsou na úrovni víry anebo etiky. Někdy přichází s prosbou o modlitbu za pacienta, za svoje rodiny nebo nějaký svoje starosti. Někdy přicházejí s tím, že si myslí, že ten člověk má nějaký existenciální utrpení a profitoval by z návštěvy kaplana a z modlitby. Několikrát v době pandemie, kdy na všechny doléhala tíže, délka opatření a spousta zemřelých, jsem zažil, že přišli kolegové s tím, jestli bychom neudělali nějakou bohoslužbu za zemřelé. Nakonec to byla mše za všechny. Udělali jsme nemocniční bohoslužbu, která byla v parku. Spousta z těch lidí vnímala, že jim to hodně pomohlo odevzdat tam ty starosti.

Snažíme se i o pravidelné bohoslužby. Máme také pravidelná rozloučení s těmi, které jsme měli v péči a o nichž víme, že zemřeli. Myslím si, že také záleží na lidech; v tom týmu máme lidi věřící a nevěřící. Vlastně jsme tam na úrovni kolegů, a tam to není tak jednoduchý. Pokud chci být na stejný úrovni, tak se asi nevyvaruji toho, že někdo je mi je bližší a někdo mi je míň blízký. S někým si třeba lépe rozumím a s někým trošku méně. A to nejde o to, že bychom se spolu nebavili. Ale přece jenom někde lépe hledám ta témata, která jsou nám společná. A být tam v roli kaplana pro mě znamená jít trošku nad úroveň tohohle. Do určité míry ignorovat tuhle rozdílnost. A v této pozici si úplně nepřipadám, že bych tam byl jako nějaký supervizor, jako nějaká morální autorita; myslím, že to rozhodně nejsem. Jsem spíše v pozici jednoho z nich, včetně toho, že jsem lékař. Takže je to hodně o nějaké individuální poptávce.

11. Jaké strategie používáte pro osobní péči a zachování svého duševního zdraví vzhledem k emocionální náročnosti vaší práce?

Máme supervize, ale já se jich bohužel často neúčastním. Protože nejsou zrovna v době, kdy tam jsem já, ale máme je. Ohledně té péče o sebe si myslím, že hodně pomáhá humor. Hodně pomáhá si občas zalézt někam úplně stranou a být sám. Někdy mi pomáhá, prostě zalézt si do postele aspoň na 20 minut. A pak určitě vypnout telefon – to je důležitý.

Rád bych řekl, že sport, příroda a kultura, ale není to pravda, vůbec to teď nestíhám. Jsem v takovém životním období, kdy je to hodně těžké a je toho na mě hodně. Vnímám, že je to hodně na hraně. Ale právě tehdy čerpám hodně z modlitby právě v tom, že prosím o Boží sílu a o milosrdenství. Zároveň začínám a uzavírám svůj den modlitbou. To, co jsem nestihl, prostě svěřuji pánu Bohu.

12. Jaké zdroje nebo formy dalšího vzdělávání považujete za klíčové pro rozvoj vašich dovedností v pastoraci umírajících?

Myslím si, že je důležité mít tým kaplanů, s nimiž mohu sdílet. Mít třeba aspoň nějaká pravidelná setkávání, třeba v rámci diecéze, nebo v rámci nějakého města. A když to je ekumenicky, tak tím líp. To je jedna z věcí co si myslím, že je důležitá, a specificky pro tu péči o umírající. Taky se snažíme v rámci odborné společnosti vybudovat takovou platformu, kde by se mohli kaplani z paliativních týmů setkávat.

Dalším velkým tématem je, nakolik se liší kaplani v paliativní péči od kaplanů v nemocniční péči obecně. A vlastně není jednoznačné, zda je to něco úplně jiného. Možná se dostali do trošku jiných situací. Je otázka, jestli je to něco jiného nebo ne.

Ale určitě existují nějaká povinná vzdělání, která jsou předpokladem k tomu, aby člověk mohl být kaplanem, a nemyslím jenom vysokoškolský, ale i ten kvalifikační kaplanský kurz, který existuje, a jehož součástí jsou praxe a nějaká reflexe toho, co ten člověk zažil.

Určitě jsou dobré konference, které zde kaplanské asociace organizují každý rok. Každý rok je konference v červnu a v září. A tyhle konference většinou pořádají Asociace nemocničních kaplanů a Katolická asociace nemocničních kaplanů.

Příloha č. 2 – Rozhovor s Mgr. Vojtěchem Sivkem

1. Jak vidíte svou roli v multidisciplinárním paliativním týmu? Jak se vaše úloha liší od úloh ostatních členů týmu?

Jasně. Teď přemýšlím, jestli jsou ty úlohy nějak specificky diskutované. Asi jsme to dělali, když jsme vyráběli informační letáček pro pacienty. Tím cílem byla přítomnost u pacienta, hledání odpovědí na takový nějaký základní existenční otázky a dodávání naděje. S tím, že je tam přítomen přesah do duchovna. Vnímám, že když přijde kaplan, lidé skutečně vědí, že mají otevřenou cestu bavit se o duchovních věcech, o modlitbě, a o svých náboženských a řekněme duchovních praktikách.

Docela velký průsečík tam vnímám mezi psychology a kaplany. Ti psychologové u nás spoustu těch věcí taky dělají. To znamená, že se baví o naději, o smyslu a uspořádání života v posledním čase. Ale myslím, že to, co je nejvýraznější u kaplanů, je ta naděje, která má nějaký třeba duchovní background. S tím, že oni umějí kus toho kaplanského, a my umíme zase kus toho psychologického. Když například potřebujeme udělat např. krizovou intervenci, nebo nějak ošetřit nějaké emoce. Když si všimneme, že tam jsou nějaké příznaky, třeba deprese nebo něco podobného, jsme schopni se nějak vzájemně informovat. Nevím nakolik je to vlastně systémová věc, nebo nakolik to je dáno tím, že v tom týmu jsme takhle osobně nastavení.

2. Čím je podle Vás pozice kaplana v paliativním týmu výjimečná?

Asi jako fakt si myslím, že svým duchovním nebo tím religiózní přesahem. To je něco, co by ten kaplan měl umět. Měl by také identifikovat ta témata a nějak s nimi zacházet. Tu identifikaci vlastně umí asi všichni nebo většina toho týmu, a nějak jsou schopni pochopit, že to tam je. A ten kaplan specificky by to měl už potom umět vytáhnout nebo pojmenovat, a s tím člověkem nějak hledat cestu, jak s tím zacházet. Často to pak směřuje třeba k nějaké modlitbě nebo k nějakému náboženskému vyústění. Tak to tam vlastně je.

3. Jak rozpoznáváte a reagujete na různé spirituální potřeby umírajících pacientů? Jaké metody používáte?

Nevím, jestli je na to nějaká přesná technika. Zkrátka je to kombinace aktivního naslouchání nebo empatie. Nějak podobně, jako když je terapeut nebo psycholog schopný identifikovat nějaké téma, o kterém ten člověk mluví, které je pro něj důležité. Zároveň k tomu patří ještě porozumění té duchovní oblasti člověka. Já nemám úplně rád slovo jako duchovní potřeba, protože to je

trochu protimluv – ona ne vždycky je to potřeba. Je to třeba nějaké téma, se kterým ten člověk potřebuje něco udělat, ale není to úplně stejné jako potřeba hladu nebo blízkosti. Vždy se to dá naplnit a nějak těm lidem třeba ukázat, jak s tím zacházet. Takže vlastně porozumění, co to je, nebo jaký to má vztah třeba k těm ostatním rozměrům člověka, a jaký jsou k tomu třeba varianty. Odpovědět na to, nebo s tím nějak zacházet. Třeba to mi dává nějakou mapu, kterou potom pojmenovávám. A s tím člověkem hledám způsob, jak s tím zacházet. Takže jsou tam nějaký komunikační dovednosti a schopnosti, které se asi učí obecně, a potom porozumění tomu, co ta spiritualita je. Tohle dohromady dává asi tu dovednost, kdy jsme schopni dopracovat se k tomu, že člověk něco pojmenuje. Třeba si to pak on sám nějak přebere či požádá o pomoc.

4. Jak přistupujete k citlivým tématům, jako jsou smrt a umírání, ve Vašich rozhovorech s pacienty a jejich rodinami?

Tak většinou tato témata jako smrt a umírání otevírají ti pacienti sami. Nějak je tam sám nevznáším. Když tohle téma pacienti otevřou, tak na něj reaguji. A dávám jim najevo, že to je téma, kterého se nebojím a můžeme o něm otevřeně mluvit; které nějak uneseme, nebo s ním můžeme zkusit zacházet. Někdy to téma je schované. Ten člověk třeba mluví vesele a zároveň má slzy v očích. Tam vlastně je ta citlivost, zda a jak jít do tohoto tématu. Myslím, že k tomu patří nějaká odvaha, zkusit to pojmenovat. Zpravidla je to tak, že to téma je někde trošku pod hladinou, a ten člověk je rád, že se pojmenovalo. Tak se otevře a začne se o tom mluvit. Když ho nechce, tak ho odmítne, takže je to vlastně takové nařuknutí, taková nabídka, a většinou si pak ten člověk sám řekne, jestli s tím nějak chce zacházet. A je to taky takové doprovázení a hledání tempa toho člověka. Myslím, že k tomu patří uznat to, co vlastně ten člověk chce a kam už nechce.

5. Jaké jsou největší výzvy, kterým čelíte při poskytování pastorační péče umírajícím pacientům?

Náročné tam je, že ten čas běží těm lidem trochu jinak. Takže to znamená, že naladit se na ten běh času, který je mnohem pomalejší, je náročné. Já přiběhnu do nemocnice, kde tady řeším spoustu věcí, a najednou se to celé zastaví. S tím člověkem musím být a přestat počítat čas a koukat na hodinky. Tak to je vlastně výzva. Pak tam občas bývají nějaké etické výzvy. Kdy ti lidé fakt občas chtějí věci, které se mi zdají nějak nevydařené, nebo že to není úplně ono. Pak je třeba s tím zacházet tak, abych byl schopný tomu člověku autenticky tu pomoc nabídnout. Zároveň je potřeba ho doprovodit nějakým směrem, který třeba není úplně můj šálek čaje. Takže asi to jsou takové věci, které mi přijdou jako náročné.

6. Jak podporujete rodiny a blízké pacientů během procesu umírání, a jak po smrti jejich milované osoby?

Já se k rodinám příliš nedostanu. U těch dospělých to bývá tak, že to jsou spíše náhodná setkání. Potkáme se třeba u lůžka toho nemocného. A když se tedy potkáme tak se ti lidé ptají, jak ten člověk vlastně prožívá svůj čas. A někdy jsou vděční, když slyší, že se nějak k pánu Bohu dostanou. Někdy je to tak, že se ti lidé sami starají, nesou tu zátěž a jsou tak trochu ve stínu té péče. I to, že se tam s nimi sejdem, a oni dostanu nějakou podporu a třeba i nějakou naději... Někdy se potřebují usmířit s tou situací, a tam už lékařská péče nebo snažení tomu člověku život příliš neprodlouží. Pak je třeba doprovázet i pomoci, jak přijmout tu situaci; ukázat, že ten čas už třeba stojí za to využít jinak než tím, že budu hledat lepšího doktora a kvalitnější prášky.

U dětí, jednak malých dětí, a pak u dětí, které kvůli svému onemocnění mají nějakou hodně omezenou komunikační schopnost, tam je to hodně práce s rodiči. Jde tam o to najít smysl. Někdy to tam bývá tak, že za tím jsou nějaké rodinné trable. Třeba, že se rodiče starají o dítě, nebo maminka se stará o dítě, a pak se ukáže, že tatínek, když viděl, co se narodilo, práskl do bot. A tam se poměrně dost řeší otázky smyslu nebo naděje v takové to situaci.

7. Můžete popsat nějaká etická dilemata, se kterými jste se setkali při poskytování spirituální péče, a jak jste je řešil?

Přímo s dilematem jsem se nesešel. Někdy se objevují otázky, že si ti lidé přejí zemřít aktivně. To je pro mě taková náročnější otázka. Nevím, zda v tom je nějaké dilema; prostě s tím pracujeme. Já nějak vyslovím svůj postoj a zároveň spolu hledáme nějakou dobrou cestu. To vypadá, že by to mohlo být dilema. Když dojdeme k tomu jádru, co to vlastně znamená, tak se zároveň zpravidla dostaneme k nějakému trápení v nějaké nouzi, k nějaké potřebě. Když se to ošetří, tak se ukáže, že odpověď kaplana je ještě jiná. Odpovědí není, zda něco ano, nebo ne, ale spíš, jak zvládnou důstojnost, hodnotu, nebo tu naději. A někdy se podaří projít tím, že se odpoví, nebo že hledáme odpověď na nějakou otázku, které je zatím schovaná.

8. Jak řešíte otázky ohledně eutanázie z křesťanského pohledu?

Pro mě je srozumitelné, že ten čas je pro ty pacienty dlouhý a že už by tady radši být nechtěli. To, co jim nabízím, to je reflektování toho trápení, který mají. Někdy se snažím uznat to, že je to obtížný. Potom to často bývá spojeno s nějakou bolestí, která když se jako pořeší (a to se stalo fakt několikrát podařilo), tak se najednou postoj změní. A tomu člověku se uleví a najednou se to téma taky změní. A je to taky o komunikaci s tím týmem. Je to vzájemné doplňování.

Někdy ten tým toho ví méně a někdy zase více. Když dostanu zprávu, že třeba něco nezabírá, že se musí třeba ta léčba upravit, tak to pomáhá. Mnohdy je to trápení v tom, že jsou ti lidé buď opuštění, nebo že cítí, že jsou na obtíž, život pro ně nemá takový smysl a je prázdný, že už jsou staří. A teď co s tím zbytkem života, když už tady nechtějí být? Někdy se podaří vyhledat ten smysl. Někdy je to tak, že ten pocit třeba nějak znám a zároveň je jenom vyjádřením toho, že život má nějaký přirozený běh.

9. Jak se připravujete na rozhovory s pacienty, kteří jsou ve velmi pokročilém stadiu nemoci? Používáte nějaké speciální meditační nebo modlitební techniky?

Speciální metody asi nemám. Většinou si prostě přečtu, nebo získám od týmu, nějaké informace o tom člověku. To znamená, kdo tam byl přede mnou, třeba lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník. Je také nějaký zápis, nejenom o té nemoci, ale třeba i o tom, jaký je a co říká. Takže nějaké věci třeba občas vím. Jindy je to tak, že mám dojem, že já vím, ale když tam přijdu, vlastně se ukáže, že ta realita je z různých jiná důvodů.

Co teda dělám? Pomodlím se za ty lidi, ale spíš jen tak krátce. Když k nim vcházím, tak se snažím nějak centrovat, že jsem tady sám se sebou a s pánem Bohem. A vlastně se připravím na toho člověka, když se snažím zakotvit v tom tady a teď. Když tam přijdu, tak bych neměl mít v hlavě nic než nějakou otevřenost vůči tomu pacientovi. Někdy potřebuju nechat být nějaký starosti nebo věci, které mi prolétají hlavou, abych byl soustředěný a připravený na první setkání s někým. A když to je opakovaná návštěva, tak už si projdu ta témata v hlavě, nebo v poznámkách. A taky se snažím připravit se na toho člověka, jak si ho pamatuju. Zároveň si tam nechávám většinou ještě nějakou otevřenost, protože vše může být jinak: Mám dojem, že přijdu a bude tam veselý člověk, s kterým se loučil minule, a je tam prostě úplně někdo jiný. Je to hlavně tím, jak se ty nemoci prohlubují; ty propady nebo ty změny jsou takové. Protože věci můžou být jinak, raději si nechávám otevřenost, abych nebyl zaskočený, a nešel s úsměvem k někomu, kdo je v nějakým propadu.

10. Jaké strategie používáte pro osobní péči a zachování svého duševního zdraví vzhledem k emocionální náročnosti vaší práce?

Úplně všechny ostatní věci, které dělám, to znamená odpočinek, příroda a sport. Vždycky je spíš jako vlastně otázka, jak to doprovázení proběhne. Jsou prostě dobré smrti, kdy se člověk fakt s pánem Bohem potká a umírá šťastný. Protože něco pořešil, nějak jsme se potkali a byl to hezký vztah, loučíme se a řekneme si neshledanou. To jsou pacienti, kteří spíš tu energii dodávají. Pak to

je někdy takové, že vidím, že se nedomluvíme, že je to obtížné a nepovede se to. Bývá to náročné u dětí.

Jedna věc je modlitba, kdy ty lidi mohu odevzdat pánu Bohu. Jednak je to nějaká hranice, že v téhle chvíli řeknu: „Pane Bože, teď se staráš ty.“ Pak je tam taky uvědomění (nebo možnost uvědomění), že mám nějaké hranice v pomáhání, že jsou věci, které prostě můžu těm lidem nabídnout. Pak už to nechávám na pánu Bohu, a je to tak v pořádku; neunavuje mě moje vlastní „spasitelství“. Ta modlitba dává naději.

No a pak jsou to věci hraniční. V zásadě je to tak, že když vylezu z nemocnice, tak ty lidi nemám s sebou v hlavě. A spíš třeba potom, když se večer modlím, nebo mám mši, tak ty lidi předložím a mám tam pro ně prostor.

11. Jaké zdroje nebo formy dalšího vzdělávání považujete za klíčové pro rozvoj vašich dovedností v pastoraci umírajících?

Myslím si, že jsou důležité základní dovednosti kolem komunikace, potom také základní vzdělání v rámci lékařské či psychologické tematiky, tomu je myslím dobré rozumět – uvědomuji si, že to mám trochu z té psychologie. Myslím si, že krizová intervence je docela užitečná dovednost. A potom také porozumění spiritualitě ve smyslu toho, že je záramovaná fakt jako náboženství. A zároveň je pak nějaká duchovní oblast, která je taková, že si roste spontánně, každý ji má. Znamená to jednak, že lidé, kteří nejsou náboženští, stejně mají témata, která jsou duchovní, a na které může kaplan odpovídat. A pak je to někdy tak, což je zajímavé, že se i u náboženských lidí ukáže, že mohou mít ještě paralelně nějaká duchovní témata, která jdou trošku mimoběžně s tou jejich náboženskou praxí a je dobré si toho všimnout.

Asi nevím, jestli jsou na to nějaké výcviky, možná něco je. Dá se toho najít hodně v článcích a v diskuzích. Základní stavební kostky jsou samozřejmě kurzy, studium, škola a potom ty dovednosti, které získávám z rozhovorů s kolegy z různých oborů. To znamená s jinými kaplany, ale často též s psychology, lékaři nebo sociálními pracovníky. Někdy třeba sedíme s kolegou či kolegyní a bavíme se o kurzu cestou v autě. Leckdy se z těch rozhovorů poskládá spousta souvislostí. Někdo je nevěřící, není křesťan, a zároveň je otevřen diskusi a klade dobré otázky. mám dojem, že tohle mě vlastně nejvíce učí, protože mě ti lidé nutí nějak formulovat věci, a zároveň to je v nějaké bezpečné atmosféře, a také je to konstruktivní.

Myslím si, že docela dobrou platformou je psychosociální intervenční tým. Ten jede otevřeně k náboženství a spiritualitě a zároveň je to jako multidisciplinární tým. I ten tým, ve kterém jsem nyní, je dobrou platformou.

12. Nabízíte pastorační podporu také ostatním členům paliativního týmu nebo personálu nemocnice? Pokud ano, mohli byste popsat, jak často tuto podporu zaměstnanci využívají a jaké formy této podpory jsou nejčastěji požadovány?

Jo, je to taky v nabídce a vyhledávají to lidé na odděleních i z týmu. Je to taková kolegiální podpora. V tom týmu jsme kolegové, takže je to tak, že když já potřebuju předepsat prášky na bolest, tak asi vím, že tomu paliatr rozumí víc, než můj obvodák – řeknu prostě paliatrovi a nějak se domluvíme. Někdy zase nabídnu podporu já a tak. I tak si myslím, že to má nějaké limity. Úplně nevnímám, jako že bych tam byl já kaplanem týmu, stejně tak jako ti doktoři tam nejsou proto, aby léčili primárně kolegy...

A ohledně toho využívání té podpory: To bývají zpravidla jako nějaký osobní věci a fakt hodnotové nebo etické či duchovní. Často se např. u supervizí řeší, jestli něco má smysl nebo nemá. Když tam někdy vznesu nějaký svůj nápad, tak ti lidé se chytanou a bývá to užitečný. Třeba ty otázky smyslu nebo naděje. A často taky identifikace spirituality v tom tématu. Někdy vlastně oni řeknou: „Jé, to nás vůbec nenapadlo, že by tady mohlo být tohle téma.“ Někdy jsou to třeba jen takové „technické“ dotazy třeba o svátostech a podobně.

A poslední věcí je, že děláme jedenkrát týdně rozloučení s těmi pacienty. Vlastně si nějak připomeneme ty, kteří už zemřeli. Pak je tam taková chvilka ticha na nějakou modlitbu a rozloučení, což vedeme my kaplani. A taky míváme jednou za rok bohoslužbu.

Příloha č. 3 – Rozhovor s Mgr. Filip Gärtnerem

1. Jak vidíte svoji roli v multidisciplinárním paliativním týmu? Jak se vaše úloha liší od úloh ostatních členů týmu?

Ten základ je v tom, že sloužím nejenom pacientům, ale i lidem v tom týmu. I když to není tak častý, občas mívám rozhovory sem tam s někým z týmu. Normálně si je беру do kaple a mluvíme o osobních věcech, o nějaký jejich podpoře v rámci té jejich práce. A oni mě vnímají jako člověka, kterému to nějak můžou říct. Nejsou to ale všichni z toho týmu. Ta role se pořád nějak dotváří. Tím, že je ten tým mladý, jednotlivé pozice se usazují a ta praxe ukazuje na to, co je potřeba.

Nicméně, co se týče té role, tam se občas samozřejmě překrývám s psychologem, to je velké téma. Takže moje rozhovory s paliativními pacienty začínají úplně běžným způsobem. Představení a úplně jednoduchý počáteční rozhovor. Ten třeba klasický spirituální rozhovor – k tomu tam dochází vlastně výjimečně. Nicméně, já tam přicházím jako kaplan a ten tým mě na těch jednotlivých odděleních takto bere. Už proto, že tam přicházím tahle, tj. s nějakou nálepkou nebo funkcí, čekají od toho něco jiného než od lékaře.

2. Čím si myslíte, že je pozice kaplana v paliativním týmu výjimečná?

Je výjimečná v tom, že já mám čas s tím pacientem probírat věci, na který ty lékaři čas nemají, a tam je paliativa postavená velmi na komunikaci. To je naprosto zásadní a klíčový prvek. Nicméně i ten paliatr tady v Motole na toho pacienta nemá tolik času, kolik bych chtěl. Takže já tam jsem vlastně jeden z mála, který může mít tu časovou dotaci, jakou ten pacient potřebuje.

A já často podporuji ten tým v tom, že je můžu informovat o některých informacích, pro které tam třeba nestihnou zajít a zjistit něco víc o pacientovi, ačkoli mně se to podaří. Když tam například dochází k něčemu, co ovlivňuje celou tu situaci, upozorním je, aby se na to zaměřili. Takže vlastně jsem i takový zpravodaj v tomhle tom.

Samozřejmě, že ty informace zůstávají v tom týmu a jsou velmi důvěrné. Ale někdy je to prostě potřeba takhle sdílet. Druhá věc je v tom, že jsem zaměřený na tu duchovní oblast; to je něco, co oni velmi respektují. A ta pozice se velmi proměňuje, protože oni potřebují vědět, co to teda znamená. Já těm lidem samozřejmě můžu sloužit svátostmi. Ale třeba Ondřej Kopecký říká, že kaplan má v první řadě zjišťovat životní hodnoty toho pacienta a jak se proměňují v

souvislosti s tou nemocí. Já jsem takřka jediný, kdo je schopný tohle zjistit. V tom je to výjimečný. I když ti lékaři to také dělají, a měli by to dělat i ti paliatři. Já na to mám ale mnohem větší prostor. A toho pacienta můžu navštěvovat častěji, a není tam žádný časový stres.

3. Jak rozpoznáváte a reagujete na různé spirituální potřeby umírajících pacientů? Jaké metody používáte?

Mně se osvědčil velmi jednoduchý přístup navázat s tím pacientem nejdříve kontakt. Já to mám tak, že přicházím za těmi pacienty, oni tam leží na oddělení vedle dalších pacientů, a už jenom v tom, že tam přicházím konkrétně za tímhle člověkem, protože je paliativní, jsem opatrný. Samozřejmě ti lidé mají otázku, proč tam jdu zrovna za nimi. Takže já se představuji jako kaplan podpůrného týmu a slovo paliativní používám pouze někdy. Protože někteří pacienti, možná i lékaři, mají dojem, že když tam jde někdo z paliativního týmu, tak tam jde ten černej havran, který jde až v poslední fázi života. Ti lidé vlastně nemají vůbec žádnou šanci, a to jsou různé představy. Takže abych je nevylekal, tak moje úplně jednoduchá věc je, že tam přijdu, krátce se představím, a zeptám se, jestli si k nim můžu přisednout, jestli neruším, protože to je zásadní. Já se nechci nikam vlamovat, a tenhle přístup je citlivý.

A někdy je ten rozhovor velmi krátký, protože ten člověk je zrovna ve fázi, kdy opravdu nechce s nikým mluvit, nepotřebuje nikoho. A tak se ptám, jestli se můžu za ním zastavit, když půjdu třeba příště kolem, a téměř nikdo mě neodmítne. Takže ta moje základní metoda je jednoduchý rozhovor. Navázat s tím člověkem rozhovor a uvést ho do klidu, pokud je v nějakém rozrušení, zdůraznit, že tam s ním můžu být, jak dlouho on bude potřebovat. Nebo že můžu přijít téměř kdykoliv, když tady jsem, nebo můžu zase poslat někoho jiného. A že jsem tam vlastně proto, že mě zajímá jak se mu daří.

Já to mám prostě takto postavený, asi možná jako každý kaplan, na primárním naslouchání. Já těm lidem dávám prostor, který oni často nemají a to oni oceňují. Takže pak se najednou rozpovídají, a já tam třeba strávím i hodinu, pokud nás nikdo neruší s nějakým ošetrovatelským zákrokem. A dostáváme se potom docela i často k hlubokým věcem v jejich životě, či jak zrovna prožívají tu nemoc. Často zmiňují i to, jakým způsobem byli o tom informováni, a někteří se s tím potýkají velmi jako těžce.

4. Jak přistupujete k citlivým tématům, jako jsou smrt a umírání, ve vašich rozhovorech s pacienty a jejich rodinami?

Já se s rodinami moc nesetkávám, není na to moc času, zvláště tady. Ale setkávám se s nimi u lůžka pacienta, když jsou třeba na návštěvě, to je jedna

věc. Já nechám toho pacienta, aby to téma nastolil sám, a to je myslím to nejpodstatnější. Protože tohle je velmi citlivá oblast, kde já nejdřív postupně z toho rozhovoru zjišťuji, jak ten pacient tomu rozumí, jak rozumí on svojí situaci. A to je podle mě naprostý základ, ze kterého je možné vyjít. Já mu nemůžu říct: Asi už víte, že léčba byla ukončena a tak dále. Já v tomhle jsem asi hodně citlivý, někdy až přecitlivělý, ale mě se to osvědčilo.

Já ty pacienty nechám, aby to téma nastolili sami, oni se pak třeba i zeptají. Nebo taky řada lidí tohle vůbec nechce řešit. Že prostě najednou jsou v té fázi, kdy to prostě vytěsní. Dělali to takhle celý život, a tady opravdu platí, že se moc věcí oproti tomu, jak oni žili, nemění. Takže já vlastně vstupuju do toho jejich příběhu a zjišťuji, jak to vlastně celý život měli.

Řada z nich tam ale leží třeba delší dobu, a tak přemýšlí o věcech, který dřív třeba neprobírali. Najednou ty otázky vytáhnou. Tak jestli je něco, co vás trápí, tak si o tom můžeme popovídat. Takže vlastně to téma v zásadě nastavují oni.

5. Jaké jsou největší výzvy, kterým čelíte při poskytování pastorační péči umírajícím pacientům?

Mám tady celý seznam poznámek co jsem si k tomu napsal. První kategorií jsou výzvy u pacientů, druhou jsou výzvy u kaplana paliativního týmu, a třetí v paliativě jako takové.

Tahle práce kaplana je jedna velká výzva vlastně ve všem. Už od překážek na oddělení, kdy na vás koukají co tam vlastně děláte. Ale musím říct, že tohle se velmi zlepšilo, že nemám vlastně nikde problém. Já jsem na rozdíl od svých kolegů, ten, který chodí po celé nemocnici; mám jen jedno oddělení, kde jsem jen občas. Takže jsem hodně rozlitaný, protože paliativní konzilia jsou vypsána ze všech možných klinik, a ze všech možných prostředí, kde jsem třeba dlouho nebyl, a dostávám se na JIP a ARO a tak nějak všude.

No když začneme od těch praktických věcí, tak člověk třeba přijde za pacientem, a najednou zjistí, že tam typicky není dostatek soukromí a s tím se pacienti hodně potýkají. Například sedíte u postele a vedle někdo telefonuje, nebo poslouchá ten rozhovor, a nedá se tomu zabránit. Další problém je nekomunikace lékařů. Neřeknou pacientovi třeba často ani základní věci, a trvá jim to strašně dlouho. Prostě to odsouvají, nebo to házejí jeden na druhého. To se prostě stává.

Častá překážka je, že se k těm pacientům, jako kaplan z paliativního týmu, dostávám pozdě. Často si s nimi nestihnu ani promluvit, a mezitím už jsou ve stádiu, že ten pacient by z toho mohl mít mnohem větší profit, kdybychom se

tam dostali dřív.

6. Jak podporujete rodiny a blízké pacientů během procesu umírání a po smrti jejich milované osoby?

V té paliativě se k nim často nedostanu, protože s těmi rodinami primárně mluví paliatr, a pořádají ty rodinné konference. Pokud to jde, sejdou se společně u pacienta, nebo vedle pacienta v nějaké místnosti na tom oddělení, a probírají co je možné a jak se postarat o toho pacienta dál. To je vždycky primární, já tam můžu přijít když je potřeba. Nebo se s těmi rodinami setkávám na oddělení, a oni tu službu velmi oceňují, protože někdo má od toho jejich blízkého zájem.

Někdy v týmu jsou opravdu těžcí pacienti. Primárně u těch mladších, kdy to postihuje jako velmi výrazně celou rodinu, tam já někdy bývám k dispozici na telefonu. Dávám jim najevo, že jsem tady, když budu potřebovat, a oni toho někdy využijí. Ale je to spíše výjimečné.

Co se další podpory týče, dělal jsem tady např. křest v nouzi. A mluvil jsem potom s pozůstalými, protože ten pacient do tří hodin potom zemřel. Těsně předtím, než zemřel, tak přijela rodina, a řešili jsme paradoxně v této situaci jejich rodinné vztahy... To jsou takovéto události.

7. Můžete popsat nějaká etická dilemata, se kterými jste se setkali při poskytování spirituální péče, a jak jste je řešili?

Nevím, jestli je to etické dilema, ale já se jako kaplan dostanu někdy do situace, kdy vím, že tomu pacientovi byla sdělena závažná zpráva a on se s tím nějak vyrovnává; často se přitom zapomíná na to, že ti pacienti to potřebují říci víckrát. To ti ošetřující lékaři nereflektují a mají dojem, že když to řekli jednou, tak je to jasný, a teď dávají pacientovi čas, aby se s tím nějak vyrovnal. Pak, když to dobře dopadne, tak přichází paliativní tým a nějak v tom jako komunikuje s tím ošetřujícím lékařem, pacientem, a s tou rodinou.

Ale znovu opakuji. Mám dojem, že se někdy zapomíná, že ti lidé to prostě potřebují slyšet víckrát, a pokaždý je to pro ně jiné. Takže tam přicházejí ty fáze. A já jsem se někdy přistihl u toho, že některý lidi to tak silně vytěsňuje, že jsou doslova v té fázi vytěsňování, že se to umírání jich netýká. Takže leckdy přestávají úplně komunikovat, vlastně jako kdyby to nebylo.

Druhá věc je, co třeba říct ošetřujícímu lékaři, když mě požádá o informace o tom pacientovi. To je taky etický, co já vlastně můžu všechno říct. Já kdybych se jednoznačně rozhodl, tak mu nemůžu říct nic. Ale když vnímám, že to je

nějak ku prospěchu toho pacienta ve smyslu, že on s ním stejně bude mluvit, nebo že mají vlastně rozpovídaný tohle stejný téma, tak já můžu říci, že jsme mluvili zhruba o tomhle. Řešili jsme třeba úzkost nebo něco takového, ne konkrétní věci. Tam taky přichází otázka, co já jako můžu sdělit, aby to bylo ku prospěchu věci.

A pak taky vyvstává etická otázka, zda si třeba stěžovat na personál, když mi ten pacient sděluje, že mu vlastně nikdo nic neřekl. Nikdo se o něj nestará. Když je v nějaké akutní bolesti, tak to trvá strašně dlouho. Sestřičky jsou na něj zlé a sanitář ho tam odbývá tím, že na něj rve a podobně. To není u jednoho pacienta, ale prostě tyhle věci se občas dějí. Co já jako kaplan tam s tím můžu dělat? Často přemýšlím nad tím, jaké jsou hranice toho kaplana, a kam až můžu zajít.

8. Jak řešíte otázky ohledně eutanázie z křesťanského pohledu?

Já mám ten zásadní přístup, že eutanázie je v našem státě protizákonná, a že není schválena. První věc je tohle teoreticky vědět a stát na tom jako ve víře. A druhá věc je být u pacienta, který opravdu trpí.

Eutanázie vlastně není téma, ale pacient ho může nastolit. Ale samozřejmě se potom objeví, že on o tomhle případném řešení uvažuje, protože ta péče byla nedostatečná. Nebo ji on neuměl přijmout, popř. jí prostě bylo málo, potřeboval víc, aby se o něj člověk postaral po všech stránkách.

Proto lidi tohle napadá a samozřejmě je zásadní, že je možný dneska bolest jako ošetřit velmi dobře. Druhá věc je, jestli tím pacient nevolá po něčem jiném. Takže z mé strany, já o tomhle nemluvím ani to nepřináším jako téma. Ale lidi to o tom často mluví a potřebují to říct. Já se nějak vymezuji v tom, že je ubezpečuji, že uděláme všechno pro to, aby ten život, který se teď žije byl co nejkvalitnější. A ubezpečuji je, že ta bolest se dá velmi dobře ošetřit.

Druhou věcí je, že některým pacientům přeji, aby brzo zemřeli, protože to utrpení je pro ně tak velké. A někdy se modlím, aby prostě pán Bůh jako zasáhl v tom, aby jim prostě dal úlevu. Protože tam už není žádný jiný východisko a bývá to evidentní. A někteří lidé dokonce jsou se vším smíření, ale prostě to nejde, aby umřeli.

9. Jak se připravujete na rozhovory s pacienty, kteří jsou ve velmi pokročilém stadiu nemoci? Používáte nějaké speciální meditační nebo modlitební techniky?

My tady máme prostor ticha, máme tady taky konzultační místnost, kde je možné se zavřít a zklidnit se. Myslím, že zásadní a to není jenom v paliativě, ale obecně, že když jsem rozrušený, tak vím, že i když tam půjdu a nebudu schopný se jako zklidnit nějak vnitřně, neudělám dobrou práci. Potřebuju se na to připravit tak, že já ty věci a toho člověka potřebuji nějak Bohu odevzdat s tím, že tam jdu, abych tam nebyl sám, že tam nikdy vlastně nejdu sám.

Meditace pomáhá, nedělám to vždycky, jen občas. Modlím se předtím krátce. Máme tady takovou hezkou brožurku, kde je modlitba kaplana. Obsahem je nedávat nevyžádaný rady a podobně. Nebýt tím, který to chce všechno zachránit, ale být prostě k dispozici. To je nějaká vnitřní příprava. Když se ve mně odehrává nějaký vztek, protože jsem se setkal například s ne vstřícným přístupem z řad personálu, tak tam v tu chvíli jako nemůžu za tím pacientem jít.

Jiné je, když jsem na oddělení a mám tam víc pacientů – tam je to náročnější a tam tyhle věci prostě musím dát stranou, protože mě zajímá ten člověk. To je to nejdůležitější a já niterně věřím, že tam nechodím nikdy sám. Já to nikdy i těm lidem říkám, že tam nejsem vlastně sám, že to je moje víra. A máme tady také bohoslužby, na kterých se účastníme společně.

Já se vlastně i na ty rozhovory všechny připravuji průběžně v tom, že my o těch věcech mluvíme v tom kaplanském týmu velmi otevřeně. To je obrovská výhoda motolského týmu, že nás je tady devět. A někdy, když člověk přijde z opravdu těžkého případu, tak si tady může sednout, probrat to a pustit třeba ty emoce ze sebe. To je myslím důležitá příprava na další rozhovory.

10. Jaké strategie používáte pro osobní péči a zachování svého duševního zdraví vzhledem k emocionální náročnosti vaší práce?

Pomáhá mi, když je tady dost čokolády; máme tady velké zásoby. Když si můžeme dát kafe a tady si v klidu sednout. To je taková ta provozní strategie. Ale samozřejmě to souvisí s tím, jak si člověk koncipuje život v téhle službě.

Pro mě je nejdůležitější vědomí, že to nezachráním já, že tam nejdu sám, že pán Bůh je tam se mnou, že nechci udělat žádnou botu, a že se těm lidem nechci vnucovat. Možná oproti jiným profesím, já jsem ten který spíš couvá, než by šel dopředu vůči těm pacientům. A opravdu jim poskytuji ten prostor. Když už

přicházím na to oddělení, tak jsem si vědom toho, že já stojím a oni leží, třeba. Ten nepoměr té moci a bezmoci tam je vždycky. A tak se snažím se jim přiblížit i tou fyzickou přítomností, kdy se snížím já k nim. Když to nejde, tak nad nimi stojím, ale to je fakt výjimka.

A tohle vědomí, že já tam nejsem ten který to jako zachrání, ale že nějak skrze mě ta boží láska nějak proudí, tak to je pro mě hodně důležité. No a co je v téhle práci důležité, to je mít zázemí – to považuji za důležité. Já si sám nedovedu představit, že bych dělal kaplana ve velké nemocnici a byl tady sám. Já bych si musel najít někoho k sobě. Takto velká opora je ten kaplanský tým.

Druhá opora je v tom paliativním týmu, kdy já vlastně můžu občas přijít, prohodíme pár slov, zasmějeme se. To najednou víte, že jste na místě, kde to jako má smysl a to je jako velký povzbuzení. A ohledně těch osobních zdrojů: Považuji si, že jsem prošel psychoterapeutickým výcvikem. Tohle je něco, z čeho já hodně čerpám. Pak máme supervize: Jak kaplanské, tak supervize druhý nebo třetí rok v paliativním týmu. A já potom ještě osobně mám svoje supervize, kdy si platím svoji individuální supervizorku, se kterou tyhle věci probírám. A také považuju za strašně podstatný v této práci sport. A také humor, a myslím si, že kaplan bez humoru nemůže vůbec fungovat.

11. Jaké zdroje nebo formy dalšího vzdělávání považujete za klíčové pro rozvoj vašich dovedností v pastoraaci umírajících?

Určitě sebezkušenostní výcvik. Takhle bych to nazval, protože ta „sebezkušenost“ je podstatná a důležitá. Ten je, myslím si, nenahraditelný pro tuhle práci a vlastně pro všechny pomáhající profese. Abych třeba věděl, co se se mnou děje, a že se se mnou něco děje, když se mnou ty věci cloumají. A že to někdy není jednoduché... Na druhou stranu si myslím, že je nutnost to nějak od ventilovat, a zase jít dál. A v rámci paliativy mám sérii vzdělávacích kurzů od Centra paliativní péče. Potom komunikační kurzy, jak základní, tak i pokročilé. Děláme taky návštěvy nebo exkurze třeba v hospicích, což je pro nás důležité, abychom věděli, kam ty pacienty posíláme. Býváme na přednáškách Cesty domů, tam jsme byli několikrát.

Vzdělávání je taky na konferencích, takže jako kaplan se účastním těch kazuistických konferencí, které jsou jednou ročně a vždycky to je tady v Praze na Novoměstské radnici. A pak celostátní paliativní konference, kde se nějak ta témata drží a posouvají. Čtu také odborný časopis Paliativní medicína a jsem v kontaktu s paliativními kaplany.

12. Nabízíte pastorační podporu také ostatním členům paliativního týmu nebo personálu nemocnice? Pokud ano, mohli byste popsat, jak často tuto podporu zaměstnanci využívají a jaké formy této podpory jsou nejčastěji požadovány?

Není to tak časté; oni vědí, že za mnou můžou kdykoliv přijít. Zároveň já jsem jejich kolega v týmu a taky jsem do jisté míry jejich kamarád, protože ty vypjaté situace vás sbližují. Takže oni mě berou jako sobě rovného, jako toho, který vlastně tam jsem s nimi, a zkoumají ty hranice mezi kaplanem a tím kolegou.

Já nevím, kam se to dál vyvine. Oni mě nicméně jako kaplana vnímají a já jim připomínám, že jsem k dispozici. Takže se stává, že když někdo má těžkosti, ale není to moc lidí z toho týmu, tak o tom prostě můžeme mluvit. Já mám taky takzvaný zpovědní tajemství, a nazývám to podobně jako katolíci, a dodržuju to, což oni to vědí.

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Děkuji Vám za váš zájem o účast v mém výzkumu v rámci bakalářské práce na téma "Pastorace v paliativní péči". Vaše účast je dobrovolná a má velký význam pro kvalitu a hloubku výzkumu.

1. Účel výzkumu:

- Cílem tohoto výzkumu je zjistit specifika pastorace při práci s umírajícími v paliativní péči.

2. Co účast zahrnuje

- Pokud souhlasíte s účastí, budete požádáni o účast na rozhovoru trvajícím přibližně 30-60 minut. Rozhovor bude zahrnovat otázky týkající se vašich zkušeností s pastorcí v rámci paliativní péče. Rozhovor bude nahráván pro účely analýzy dat, a data budou použity pouze pro vědecké účely v rámci bakalářské práce.

3. Možná rizika a výhody

- Účast v tomto výzkumu nepřináší žádná specifická rizika. Informace získané během rozhovoru mohou pomoci lépe pochopit specifickou pastorace v paliativní péči.

4. Ochrana osobních údajů

- Všechny informace, které poskytnete, (jméno, příjmení a odpovědi na otázky) budou zpracovávány a použity pouze pro účely bakalářské práce. Audio záznamy a další získané údaje budou po ukončení analýzy smazány.

5. Možnost odstoupení od účasti

- Účast v tomto výzkumu je zcela dobrovolná a můžete se kdykoliv rozhodnout odstoupit bez udání důvodu.

6. Kontakt na výzkumníka

- Pro další informace o výzkumu nebo vašich právech jako účastníka se můžete kdykoliv obrátit na mne buď telefonicky nebo emailem.

Souhlasím s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení účastníka:

Datum:

Podpis: