

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra praktické teologie

Diplomová práce

**PASTORAČNÍ PÉČE O NEMOCNÉ  
VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH  
– ZEJMÉNA V NEMOCNICÍCH**

Vedoucí práce: Dr. Ing. Alois Křišťan, Th.D.

Autor práce: Miroslava Dvořáková  
Studijní obor: Pastoračně sociální asistent

2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

.....*Kuizolana Dvořáková*.....

**Děkuji vedoucímu diplomové práce dr. ing. Aloisi Křišťanovi, Th.D.  
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.**

# OBSAH

ÚVOD .....	6
<b>1 NEMOC A UTRPENÍ V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA .....</b>	<b>9</b>
1.1 NEMOC JAKO SLOŽITÝ POJEM .....	9
1.1.1 <i>Stručný vývoj pojetí nemoci v dějinách</i> .....	9
1.1.2 <i>Současné pokusy o definici nemoci a zdraví</i> .....	10
1.1.2.1 Somatické aspekty nemoci .....	11
1.1.2.2 Psychické aspekty nemoci .....	12
1.1.2.3 Sociální aspekty nemoci .....	13
1.2 POZNÁMKY K DEFINICI ZDRAVÍ PODLE WHO.....	14
1.3 PŘÍSPĚVEK VÍRY K CHÁPÁNÍ UTRPENÍ/NEMOCI .....	16
1.3.1 <i>Co říká o nemoci Bible</i> .....	16
1.3.2 <i>Nemoc v pohledu současné teologie</i> .....	18
1.4 POSTOJ SOUČASNÉHO ČLOVĚKA K NEMOCI A UTRPENÍ .....	19
1.5 ČLOVĚK V NEMOCI.....	21
1.5.1 <i>Nemocný doma</i> .....	22
1.5.2 <i>Nemocný v nemocnici</i> .....	24
1.5.3 <i>Potřeby nemocného člověka</i> .....	25
1.6 NEMOCNÝ ČLOVĚK JAKO OBJEKT LÉČENÍ A SPÁSY .....	27
1.6.1 <i>Paliativní medicína</i> .....	28
1.6.2 <i>Pastorální medicína</i> .....	29
1.6.3 <i>Logoterapie</i> .....	30
<b>2 PASTORAČNÍ SLUŽBA A ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ.....</b>	<b>31</b>
2.1 CO ROZUMÍME POD POJMEM PASTORACE? .....	31
2.2 PASTORAČNÍ PÉČE O NEMOCNÉ .....	32
2.2.1 <i>Specifika a těžkosti duchovní péče ve zdravotnictví</i> .....	34
2.2.2 <i>Komu je duchovní služba ve zdravot. zařízení určena?</i> .....	36
2.2.2.1 <i>Duchovní služba nemocným</i> .....	36
2.2.2.2 <i>Doprovázení příbuzných nemocného a pozůstalých</i> .....	38
2.2.2.3 <i>Pastorace zdravotnických pracovníků</i> .....	38
2.2.3 <i>Péče o nemocné jako odkaz, který zanechal Ježíš svému lidu</i> .....	39
2.3 NEMOCNICE V SOUČASNÉ DOBĚ .....	41
2.3.1 <i>Duchovní doprovázení jako součást komplexní péče o pacienta</i> .....	43
2.3.2 <i>Možnosti a výhledy pastorační péče ve zdravotnických zařízeních v praxi</i> .....	45
2.3.2.1 <i>Aktivita vycházející ze strany zdravotnického systému</i> .....	45
2.3.2.2 <i>Církevní aktivity na poli duchovní péče v nemocnicích</i> .....	50
2.4 ODPOVĚĎ CÍRKVE NA POTŘEBY NEMOCNÉHO ČLOVĚKA .....	54
2.4.1 <i>Svatostná péče</i> .....	54
2.4.2 <i>Duchovenská pomoc a rozhovor jako její základní prostředek</i> .....	57
<b>3 OSOBA DOPROVÁZEJÍCÍHO.....</b>	<b>60</b>
3.1 VYMEZENÍ OZNAČENÍ PRO DOPROVÁZEJÍCÍHO .....	60

3.2 KDO MŮŽE DOPROVÁZET.....	61
3.2.1 <i>Doprovázející kněz</i> .....	62
3.2.2 <i>Laik ve službě nemocným lidem</i> .....	63
3.2.3 <i>Nový model „nemocničního pastoračního pracovníka“</i> .....	64
3.3 PŘEDPOKLADY PRO NEMOCNIČNÍ PASTORACI.....	65
3.3.1 <i>Chtít - motivace pro nemocniční pastorační</i> .....	66
3.3.2 <i>Vědět – vzdělávání nemocničního kaplana</i> .....	67
3.3.3 <i>Umět - profil osobnosti a spirituality nemocničního kaplana</i> .....	71
3.3.4 <i>Supervize jako prevence syndromu vyhoření</i> .....	75
3.4 SPIRITUÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO PROFESIONÁLNÍ ČLEN OŠETŘOVATELSKÉHO TÝMU .....	77
3.5 DOBROVOLNÍK V NEMOCNICI .....	79
3.5.1 <i>Obecné informace o dobrovolnictví</i> .....	79
3.5.2 <i>Příklad dobrovolnictví v praxi</i> .....	81
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>85</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>87</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	<b>94</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>95</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>96</b>
<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>109</b>

# ÚVOD

Nemoc, smrt a utrpení s nimi spojené jsou nevyhnutelnou součástí lidského života. Zkušenost nemoci a bolesti je vlastní snad každému člověku, záleží jen na jejich trvání a intenzitě. Nelišíce se od jiných, bohužel i já určité zkušenosti s těžkou nemocí mám, ať už jako pacient nebo ten, který v těžké nemoci svého blízkého doprovázel. Díky tomu jsem poznala, jak důležité je pro nemocného mít někoho blízkého, kdo mu bude pomáhat, naslouchat a sdílet s ním jeho trápení, a i proto jsem si zvolila téma diplomové práce *Pastorace nemocných ve zdravotnických zařízeních*.

Nemoc je fenomén, kterým se z různých úhlů zabývaly a stále se zabývají mnohé obory. I přes nesporný pokrok medicíny a ošetrovatelské péče však zůstává pro dnešního člověka stále zahalena tajemstvím a stále je prožívána stejně bolestně. Věda sice dokáže pracovat s jejími fyzickými a psychickými projevy, neumí však léčit oblast, která – ač to nemusí být na první pohled patrné - je rovněž postižena, oblast spirituální. Věda není schopna zodpovědět některé otázky, které nemocného trápí – otázky smyslu, otázky Boha, a proto právě v této situaci je důležitá přítomnost křesťanské víry, která nemocnému může v hledání odpovědi pomoci.

Víra vnáší do pojmu nemoci nový pohled: nevidí ji jen jako nevyhnutelné zlo, ale skrze zmrtvýchvstalého Krista jí dává svůj osobitý smysl. V apoštolském listě Jana Pavla II. Salvifici Doloris můžeme číst: „Církev se rodí z tajemství vykoupení v Kristově kříži, a proto se musíme snažit jít vstříc především člověku obtíženému utrpením.“ (SD 3) To je poslání církve a to je také poslání každého křesťana.

Pastorace ve zdravotnictví je velice široké téma, které zahrnuje mnoho specifických oblastí, jako např. pastoraci onkologických pacientů, tělesně a duševně postižených, pastoraci zdravotnického personálu, dobrovolníků, aj. Všechny tyto oblasti jsou bezpochyby zajímavé a zasluhují si pozornost, do své práce jsem však zahrнула „pouze“ pastoraci nemocných, tedy pacientů zdravotnických zařízení, bez bližší specifikace podle druhu nemoci.

Poskytování duchovní podpory pacientům v nemocnicích může být pro jejich uzdravení důležité, bohužel není v našich podmínkách pravidlem. Ve své práci proto chci dokázat, že volání církve po zařazení duchovní péče do systému nabídky služeb zdravotnických zařízení není jen požadavkem „nadstandardní“ péče, ale vyplývá ze samotné podstaty každého člověka. Dalším cílem také je poskytnout stručný pohled na současný stav a vývoj duchovní péče v nemocnicích v České republice a v rámci toho poukázat i na některé

zahraniční organizace či programy, které jsou v tomto ohledu již o něco dále, a mohou se tak stát východiskem pro další vývoj u nás.

K teoretickému zpracování tématu jsem se snažila využít veškerou dostupnou českou literaturu z oblasti pojednání o nemoci a nemocném jedinci, pastorači, pastorači nemocných a dalších souvisejících témat. Čerpala jsem zejména z odborných monografií, příspěvků do sborníků a článků v odborných časopisech. K problematice týkající se současného vývoje pastorační péče ve zdravotnických zařízeních ve světě jsem pak využívala i zdroje cizojazyčné, převážně elektronické dokumenty, které jsem porovnávala s informacemi o vývoji pastorační péče v České republice. Tyto poznatky jsem čerpala nejen z materiálů Rady ČBK pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních, ale i z internetových stránek jednotlivých organizací a písemné či osobní komunikace s nimi.

Práce je strukturována do tří hlavních tematických oblastí, které se dále dělí na více kapitol.

První část je orientována spíše obecně. Podává vysvětlení základních pojmů jakými jsou nemoc a zdraví a po stručném pohledu do historického vývoje se zaměřuje na jejich současné chápání jako bio-psycho-socio-spirituálního systému. Protože tématem práce je duchovní doprovázení, zdůrazníme si především spirituální rovinu nemoci, tedy pohled, který do jejího obrazu vnáší Bible a křesťanská teologie. Abychom mohli později správně pochopit účel pastorační péče jsou některé kapitoly věnovány potřebám nemocného člověka, a to především člověka, který se ocitá v nemocnici. Na závěr první části si poukážeme na souvislost mezi léčením a spásou a zároveň si uvedeme příklady několika oborů, které myšlenku této souvislosti již zahrnují do své koncepce.

Vycházejíce z té první, je druhá část již přímo zaměřená na charakteristiku pastorační péče o nemocné. Nejprve si zde objasníme její definici a specifika, kterými se pastorační péče nemocných ve zdravotnických zařízeních vyznačuje, stručný historický vývoj a pak se pozastavíme u jejího dnešního chápání. Podíváme se, jaké postavení zaujímá v současném pojetí zdravotnické péče v České republice a jaké jsou vyvíjeny snahy o její zařazení do nabídky zdravotnických služeb nejen u nás, ale i na mezinárodní úrovni. V rámci toho, aby nebyla narušena ucelenost tématu, je zde v krátkosti zaměřena pozornost také k prostředkům, kterými církve na potřeby nemocného člověka reaguje.

Třetí část je pak věnována osobám, které jsou či budou pastorační péčí o nemocné pověřené. Poukážeme si zde na důležitost poslání doprovázejícího, které nenáleží pouze kněžím, ale všem věřícím křesťanům, a následně se soustředíme na profil spirituálního pracovníka, tedy na předpoklady, jež by měl splňovat, aby mohl své poslání řádně plnit – motivaci, schopnosti a znalosti. Zvláštní pozornost je tu věnována právě vzdělávání a formaci doprovázejícího, protože jsou důležitým předpokladem pro vykonávání pastorační péče jako profesionální služby.

Na závěr se ještě krátce pozastavíme u úlohy, kterou při doprovázení pacientů v nemocnicích hrají dobrovolníci, a podíváme se i na praktickou činnost dobrovolnického programu.



# 1 Nemoc a utrpení v životě člověka

Jak již sám název práce předesílá, její obsah se snaží obsáhnout problematiku pastorační péče ve zdravotnických zařízeních.

Nejtradičnějším objektem péče ve zdravotnických zařízeních byl vždy chápán *člověk jako trpící jedinec*, člověk potýkající se se svou *nemocí*. Proto se v následujících kapitolách pokusme objasnit, co se pod těmito pojmy skrývá.

Cílem tohoto oddílu je ukázat, že utrpení a nemoc se netýká jen tělesné stránky člověka, ale je daleko širším komplexem, a proto se ani péče o nemocné nesmí omezovat jen na péči tělesnou.

## 1.1 Nemoc jako složitý pojem

Nemoc a utrpení patří odedávna k lidskému životu. Každý člověk je občas postaven před složitou situaci, kterou musí nějakým způsobem překonat nebo se s ní prostě vyrovnat. Jednou z těchto situací je právě nemoc, především pak nemoc těžká či vedoucí ke smrti.

V krátkosti se podívejme, jak se s pojetím nemoci a utrpení vyrovnávala minulost a jak se k nim staví současná společnost.

### 1.1.1 Stručný vývoj pojetí nemoci v dějinách

V průběhu lidských dějin se pojetí nemoci a zdraví měnilo v závislosti na vývoji myšlení a znalostí o funkcích lidského těla. Poměrně podrobnou publikací, která tento vývoj zachycuje od úplných počátků až k nástupu psychosomatické medicíny na přelomu 19. a 20. století, je dílo **Pedra Laín Entralga: *Nemoc a hřích***.<sup>1</sup> Zde nemáme takový prostor zacházet do podrobností, proto si tento vývoj shrneme jen do několika stručných bodů. Je ale dobré si uvědomit, že z každé této vývojové etapy zůstaly některé prvky zachovány i v dnešních pohledech a názorech.

---

<sup>1</sup> Viz ENTRALGO, P. L. *Nemoc a hřích : Od asyrsko-babylonských kultů k moderní psychoanalýze*.

Od magického a sakrálního chápání nemoci jako důsledku hříchu přes hippokratovskou teorii rovnováhy tělesných šťáv, galénovské lékařství vyznačující se důrazem na somatickou složku léčby a naopak středověké přeceňování duchovní složky nemoci, šel vývoj až k výborným znalostem lidské anatomie a fyziologie, tedy k orgánovému a anatomickému pojetí nemoci, jež bylo prosazováno především v 19. století. Pod vlivem tohoto jednostranného pohledu novověkých přírodních věd se začala nemoc zjednodušeně chápat pouze jako záležitost tělesná, více méně jako porucha funkce některého orgánu. Zdraví tak bylo charakterizováno pouze jako „*nepřítomnost nemoci*“.

I přes velkou efektivnost rychle se vyvíjející medicíny však bylo toto chápání nemoci nefunkční, protože vedlo ke ztrátě celkového pohledu na člověka v jeho duchovní, psychické a fyzické jednotě, ve vztahu s jeho společenským a přírodním prostředím. Naštěstí zároveň s rozvojem medicíny došlo také k velkému pokroku i v psychologii, psychiatrii, sociologii a dalších vědách, a ty v polovině 20. století přinesly nový pohled, který tyto souvislosti opět vynesl do popředí zájmu medicíny.<sup>2</sup>

### 1.1.2 *Současné pokusy o definici nemoci a zdraví*

Snahy o celostní chápání lidského zdraví a nemoci v druhé polovině 20. století vyústily ve vznik celé řady nových pojetí. Dnes nejnámější a nejrozšířenější je definice zdraví vytvořená *Světovou zdravotnickou organizací WHO* (World Health Organization), která vznikla kolem roku 1948 jako výsledek aktivit Společnosti národů. Ta v dokumentu z roku 1958 definuje zdraví takto:

**„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení.“<sup>3</sup>**

Vycházejíce z definice zdraví podle WHO pak můžeme vyvodit tzv. „*bio-psycho-sociální model nemoci*“, jehož podstatou je opět harmonie či naopak nelad mezi výše uvedenými

---

<sup>2</sup> Srov. POHUNKOVÁ, D. *Zdraví, nemoc a smrt : Několik poznámek na okraj současné debaty*, s. 111.

Některé texty definují zdraví podle WHO již jako: stav fyzické, duševní, sociální a spirituální pohody, neuvádí však žádný oficiální zdroj, ze kterého vycházely. A protože se mi takto nově vypracovanou definici nepodařilo v oficiálních dokumentech ani na internetových stránkách WHO najít, pokládám za platné v textu uvedené znění.

<sup>3</sup> ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 38.

třemi složkami, které se spolupodílejí na vzniku, průběhu nemoci, a stejně tak se podílejí i na její léčbě.

Tento model je výrazem humanistické orientace v medicíně, na kterou u nás začal ve svých dílech poprvé upozorňovat akademik **J. Charvát** (1969) a brzy získal řadu následovníků po celém světě. Jeho koncepce se postupně stala podkladem pro komplexní přístup k nemocnému jedinci. Na jeho základě lékař při diagnostice a stanovení terapie nevychází již jen z nálezů patologických změn orgánu, ale hledá ještě podíl psychologických a sociálních faktorů na vzniku a vývoji nemoci.<sup>4</sup>

Různých definic zdraví a nemoci však existuje celá řada. U nás je například známé vymezení, které chápe zdraví jako „*potenciál schopností vyrovnat se s působením vnitřního i vnějšího prostředí*“. Podle uvedené definice, je tedy zdraví chápáno jako optimum těchto schopností lidského organismu.<sup>5</sup>

Jiní autoři naopak tvrdí, že podat odpovídající definici zdraví a nemoci je pro složitost jevů téměř nemožné. Nicméně, jakákoli modernější definice by měla vždy předpokládat obsah pojmu zdraví jako relativně *složitý systém dějů* (nikoli tedy stav), v němž subsystemy (fyzický, psychický a sociální) tvoří vzájemně mezi sebou a vůči svému okolí otevřený, existenčně spjatý, dynamický, homeostatický celek. Pro tento celek je pak charakteristické, že změny jednoho subsystemu vyvolávají dříve či později změny v ostatních subsystémech a ve funkci systému jako celku.<sup>6</sup>

Podívejme se nyní blíže na jednotlivé subsystemy z hlediska toho, jakým způsobem se podílejí na vzniku nemoci, jak ovlivňují její průběh a jaké přináší důsledky pro život nemocného.

### 1.1.2.1 *Somatické aspekty nemoci*

Touto oblastí nemoci se zabývá medicína, ve které většinou převládá snaha vymezit ji jako odchylku od objektivizovaných o operacionalizovaných norem. V angličtině se v tomto smyslu používá pojem *disease*.

---

<sup>4</sup> Srov. BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*, s. 3-4.

<sup>5</sup> KAPR, J., KOUKOLA, B. *Pacient : Revoluce v poskytování péče*, s. 14.

<sup>6</sup> Tamtéž, s. 14-15.

Z hlediska medicíny můžeme nemoc definovat jako reakci organismu na poruchu rovnováhy uvnitř organismu nebo mezi organismem a prostředím. Pro naše účely je pak důležité rozlišení nemocí na:

- časově ohraničené, tudíž léčitelné;
- poruchy či defekty, které jsou relativně stálé a léčbou ovlivnitelné jen v malé míře.

Právě to, jakým způsobem je organismus nemocí zasažen nebo zda je možné uzdravení či není, totiž rozhoduje o tom, do jaké míry bude kvalita pacientova života snížena.<sup>7</sup>

Z pohledu zdravotnické péče měl tento somatický aspekt nemoci dlouhou dobu převahu nad aspekty ostatními, proto se na tělesnou stránku medicína soustředila především. Je však zřejmé, že ačkoli tělesné zdraví je samozřejmě důležitou hodnotou, která přispívá ke zvýšení kvality života člověka, nelze zapomenout na stejně důležité aspekty psychické a sociální, které jsou s tímto velice úzce provázány.

### 1.1.2.2 *Psychické aspekty nemoci*

V této složce nemoci má výraznou převahu skutečnost, jak se člověk subjektivně cítí a jak se ke své nemoci staví. Odpovídající terminologické označení v angličtině je *illness*.

V mnoha případech už bylo dokázáno, že ne každá nemoc vzniká z určité objektivně medicínsky zjištělé příčiny jako třeba infekce nebo poranění. Velice často zde působí také jiné faktory - faktory subjektivní, a je pak zcela pravděpodobné, že řada nemocí propuká teprve při odpovídající psychické dispozici.<sup>8</sup>

Nemoc, která ve svém průběhu nebo ve svých důsledcích snižuje kvalitu našeho života, je pro každého člověka velkou zátěží. Může přinášet pocit „snížení vlastní hodnoty“, protože dočasně nebo trvale poškozuje schopnost pracovního nasazení – a tudíž i schopnost postarat se o rodinu, znemožňuje provozování nejrůznějších aktivit, zkrátka do jisté míry izoluje člověka od prostředí, ve kterém byl zvyklý se pohybovat.

Z hlediska psychologie nejde jen o smíření se se svou nemocí, ale zároveň o překonání problémů s ní spojených. Právě duševní stránka pacienta, jeho způsob prožívání vlastní

---

*Srov.* <sup>7</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 345-346.

<sup>8</sup> Srov. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života : Základní otázky lékařské etiky*, s. 77-79.

choroby a psychické reakce na ní ve velké míře rozhodují o tom, jak bude průběh uzdravování vypadat.<sup>9</sup>

### 1.1.2.3 Sociální aspekty nemoci

V tomto kontextu je na nemoc pohlíženo jako na „odchylku od společenské normality“. Jde v podstatě o momentální či trvalou poruchu schopnosti plnit očekávané sociální úkoly a role. V angličtině je tento stav obvykle označován jako *sickness*.

Sociologie však pohlíží na nemoc ještě z jednoho hlediska, a to tehdy, když analyzuje sociální podmínky, které ke vzniku nemoci přispívají.<sup>10</sup>

Podle mého názoru je to především už samotná výchova, v rámci které si jedinec vštěpuje některé chybné postoje, návyky a nevhodné vzorce chování. Ty pak mnohem později mohou být příčinou nejrůznějších onemocnění. Jako příklad si uveďme jeden takovýto chybný návyk - požadavek výkonnosti či schopnosti konkurence, který může vést až k přetěžování organismu a následné nemoci. Dalšími chybnými návyky jsou pak např. nadměrná spotřeba alkoholu, kouření, aj. Ani ty nejsou jen chybou samotného jedince, ale mají i své sociální příčiny.

Vnímat sociální kontext nemoci je však důležité i z hlediska terapie. Pacient totiž není viděn jen jako osamocený jedinec, ale v širokém kontextu různých sociálních faktorů a podmínek, které činí terapii mnohem složitější. Roli zde hraje nejen rodina nemocného, ale i jednání pacienta a lékaře ovlivněné jejich sociálním a kulturním postavením, vlivy dané kulturou a její hodnoty.

Cílem terapie je tedy nejen odstranění klinických příznaků, ale i celistvá obnova fungování lidské osobnosti.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Srov. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*, s. 53-58.

<sup>10</sup> Srov. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*, s. 169.

<sup>11</sup> Srov. KAPR, J., KOUKOLA, B. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*, s. 36.

## 1.2 Poznámky k definici zdraví podle WHO

Definice vypracovaná podle WHO je dnes často citovaná a uznávaná, přesto k ní mají někteří odborníci výtky. Podívejme se, co například k této definici podotýká **MUDr. Pohunková** (lékařka a zakladatelka Asociace kolegií katolických lékařů ČR).

Ve svém článku „*Zdraví, nemoc a smrt*“ uvádí, že takto definované zdraví je stav pro smrtelníka v podstatě nedosažitelný - má spíše eschatologický charakter. Do kategorie „zdraví“ je zde zahrnuta tematika příliš široká.<sup>12</sup> Shodně s ní se nad touto otázkou pozastavuje i **J. P. Ondok** a podotýká, že tu pak hrozí nebezpečí chápat i řadu kulturně-politických a sociálních jevů (jako např. války, agresivitu, zločin, aj.) jako nemoc. A medicína tyto „nemoci“ léčit neumí.<sup>13</sup>

Nový a lepší pohled na problematiku zdraví přinesla podle Pohunkové *Ottawská charta podpory zdraví* formulovaná v roce 1986, která ho definuje jako „*schopnost individua uspokojit své základní potřeby a dosáhnout svých životních cílů*“.

Zdraví je tady chápáno jako relativní pojem závislý na tom, zda si člověk dovede stanovit cíle přiměřené svému věku, konstituci, geografickým a sociálním poměrům.

Z tohoto pojetí lze pak vyvodit i praktické důsledky : při doprovázení nemocných a ve zdravotnické praxi to znamená podporovat adaptaci na dané podmínky a aktivizaci životních sil pro uzdravení.<sup>14</sup>

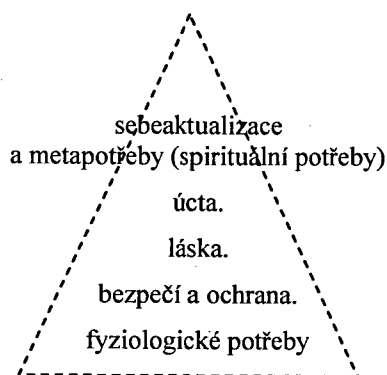
Pro náš účel je podle mého názoru nejdůležitější pasáž zmiňující se o uspokojení potřeb. Nejdříve se však podívejme, jak tyto lidské potřeby rozděluje **Maslow**:

---

<sup>12</sup> POHUNKOVÁ, D. *Zdraví, nemoc a smrt*, s. 111.

<sup>13</sup> Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 38.

<sup>14</sup> Srov. POHUNKOVÁ, D. *Zdraví, nemoc a smrt*, s. 111.



Vytvořeno podle: VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*, s. 175-176.

Z obrázku jasně vidíme, že člověk nemá jen potřeby tělesné, sociální a psychické. Na vrcholku této pyramidy se vedle potřeby sebeaktualizace objevuje také potřeba sebepřesažení (transcendence) – tedy potřeba spirituální/duchovní.

Vyjděme tedy z toho, že duchovní rozměr nemají jen lidé „duchovně založení“. Aniž by si to uvědomovali, mají ho všichni, protože tento rozměr souvisí se vztahem k něčemu, co je přesahuje, ať už to nazývají jakkoli.<sup>15</sup> Jestliže se tedy opět vrátíme k definici zdraví podle WHO, pak bychom ho mohli definovat takto:

**„Zdraví je stav úplné fyzické, psychické, sociální a duchovní pohody“.**

Právě absence spirituálního/duchovního rozměru, je dnes nejčastější výtkou ze strany mnoha odborníků.<sup>16</sup>

Můžeme tedy říci, že nemoc se týká celého člověka – nejen jeho stránky tělesné, psychické (duševní), sociálního života, ale i jeho duchovní dimenze – tedy zaměření, a tím i smysluplnosti života (sledování cílů, které si daný člověk stanovil, a plnění úkolů, které na sebe vzal). Zkrátka se projevuje nejen v medicínsky určitelných bolestech a celkové náladě, ale i v „duševní bolesti“, tj. v pocitech různých životních strastí a těžkostí, ba i nejzávažnějším negativním emocionálním stavem – zážitkem *utrpení*.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> ZACHOVAL, J. *K obsahu pojmu „duchovní služba“*, s. 46.

<sup>16</sup> Pro příklad uveďme třeba POHUNKOVÁ, D. *Zdraví, nemoc a smrt*, s. 111; též ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 39; HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, s. 9; aj.

<sup>17</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 8.

## 1.3 Příspěvek víry k chápání utrpení/nemoci

Křesťanství spolu s dalšími náboženstvími hájí celostní pohled na člověka, proto vychází z definice WHO, ale zároveň ji prohlubuje a doplňuje o další rovinu – rovinu duchovní (vztah k takovým hodnotám života, z nichž tou nejdůležitější je Bůh). Z tohoto pohledu lze do pojmu nemoc zahrnout i „narušení vztahu s Bohem“, a ten může být narušován pouze hříchem, tedy svobodným rozhodnutím se člověka proti Bohu.

Obsahem této kapitoly je jednak biblická výpověď vztahující se k nemoci a uzdravení; pro nás však bude důležitější druhá část zachycující pohled na nemoc a nemocného člověka očima současné teologie, protože na tomto základě stojí pastorační péče o nemocné.

### 1.3.1 Co říká o nemoci Bible

Bible neuvažuje o nemoci z hlediska lékařského nebo vědeckého, proto tu pozornost neupoutává její vznik ani povaha. Vždy však poukazuje na souvislost choroby se vztahem mezi nemocným člověkem a Bohem.

Ve světě Starého Zákona, kde je příčinou všeho Bůh, byla i nemoc chápána jako Boží zásah do lidského života. A Bůh mnohými způsoby lidu ukázal, že má neomezenou moc nad jejich životy – „umrtvuje i obživuje“, z jeho rukou „přichází zlé i dobré“.

Lid Starého Zákona spontánně uváděl *nemoc do souvislosti s hříchem*. Vždyť Bůh původně stvořil člověka ke štěstí (Gn 2), čemuž se nemoc i ostatní lidská utrpení protíví. Stalo se pak vinou člověka a jeho prvotního hříchu, že se utrpení dostalo na svět (Gn 3,16-19) a stalo se tak projevem Božího trestu za hříchy (Gn 6,5-8; Ex 9,1-11). Nemoc má tedy vést člověka k tomu, aby si uvědomil svou vlastní hříšnost, jak je tomu například v mnoha prosebných žalmech, kde je prosba o uzdravení spojena vždy s vyznáním hříchů (Ž 38,2-6; 39,9-12; aj).

Je však přímou příčinou nemoci osobní hřích nemocného či kolektivní vina? Bible na tuto otázku nedává zcela jednoznačnou odpověď. Jisté však je, že přímý vztah mezi nemocí a trestem je zde zmiňován pouze výjimečně (2Pa 21,11-19).



Starý <sup>z</sup> Zákon nabízí ještě jedno zdůvodnění pro přítomnost nemoci: nemoc, kterou jsou postiženi i spravedliví (jako Jób) může být také *zkouškou věrnosti*. Připomíná člověku, že jeho život je v rukou Božích, a zkouší jeho víru.<sup>18</sup>

Jestliže je zde nemoc znamením „odsouzení“, pak je důležité připomenout ještě jeden pojem – *uzdravení*, který je obdobně znamením milosti a požehnání.

Boží úmysl není, aby hříšník zemřel, ale aby se obrátil a byl živ. Starý Zákon proto nezakazuje léčení, v první řadě však zdůrazňuje, že je nutno utíkat se k Bohu, skutečnému Pánu nad životem.

Boží vůlí také je, že nemoc i smrt (chápané jako znamení hříchu) jsou předem určeny k přemožení a zániku. Proroci už tehdy lidu oznamovali příchod „Krále spravedlnosti“, který bude spojen s osvobozením vězňů a uzdravením nemocných (Iz 42,1-7; 61,1-3).

Pod tímto úhlem pohledu se pak uzdravení jeví jako znamení vykoupení z hříchu – můžeme říci, že je obdobou *odpuštění* (Ž 103,1-3).<sup>19</sup>

Jestliže Starý <sup>z</sup> Zákon obsahuje prorocké přísliby příchodu Mesiáše, pak Nový <sup>z</sup> Zákon, jehož ústředním tématem je Ježíšova pozemská služba, tyto sliby naplňuje.

Nový <sup>x</sup> Zákon hovoří poměrně často o nemocných a jejich nemocích především v souvislosti s Ježíšovým uzdravováním. I zde je nemoc do jisté míry chápána jako symbol hříchu, a z tohoto důvodu je i uzdravení pojímáno jako symbolické gesto – znázorňuje *duchovní uzdravení*, kterého se nám od Ježíše dostává. Sám Ježíš tuto duchovní dimenzi tělesného uzdravení mnohokrát zdůrazňuje, když říká: „*Tvá víra tě uzdravila*“ (Mt 9,22; Mk 5,34; L 18,42; aj.).

Propojení mezi nemocí a hříchem tu však není ukazováno jako nezbytné a osudové. Ježíš zcela jasně poukazuje na to, že nemoc nemusí být nezbytně důsledkem hříšného života (J 9,3).

Hlavním poselstvím Nového <sup>z</sup> Zákonu je, že uzdravení nemocného závisí vždy na Boží lásce a pomoci, která se projevuje nejen v celé Ježíšově činnosti, ale i v jeho smrti. Ukřížováním se tak naplnilo proroctví Izaiáše (Iz 53,4-6), že Ježíš zemře, aby všechen lid

---

<sup>18</sup> Srov. ALLMEN, J.-J.von a kol. *Biblický slovník*, s. 163-165; též LÉON-DUFOUR, X. *Slovník biblické teologie*, s. 267-268.

<sup>19</sup> Srov. tamtéž.

mohl být uzdraven. A máme-li pochopit význam nemoci v církvi a životě křesťanů, nesmíme toto těsné sepětí mezi uzdravením z nemoci a výkupnou obětí kříže ztratit z očí.<sup>20</sup>

### 1.3.2 *Nemoc v pohledu současné teologie*

Jednou z oblastí zájmu teologie je právě otázka souvislosti mezi nemocí a hříchem.

**Křivohlavý** ve svém díle *Křesťanská péče o nemocné* říká, že ke správnému pochopení souvislosti mezi nemocí a hříchem je nutno nevyjímat jednotlivé verše svědčící o tomto vztahu z kontextu celého biblického učení.

Křesťanství uznává, že z hlediska některých biblických příběhů může být utrpení vnímáno jako trest, je-li vázáno na vinu; nevěří však v jejich mechanickou souvislost. To ukazuje i jeden z nejznámějších příběhů Starého <sup>z</sup> Zákona – příběh Joba a jeho přátel, ze kterého vyplývá, že k pochopení nemoci a utrpení je nutné vidět věci z „vyššího hlediska“. Jobova nemoc je zde pojímána jako *zkouška*, kterou Bůh ukazuje satanovi Jobovu spravedlnost.

Ani kniha Jób však není posledním slovem k tomuto tématu. I v evangeliích Ježíš na mnoha místech hovoří o nemoci jako o „*prostředku*“ *ke zjevení Božích skutků* (J, 9, 2-3) nebo *Boží slávy* (J 11, 4). Konečně on sám je toho důkazem: trpěl, i když sám nikdy nezhřešil.<sup>21</sup>

*Salvifici Doloris* (jedno z nejvýznamnějších pojednání o utrpení) k tomuto podotýká, že abychom poznali správnou odpověď na otázku týkající se důvodu utrpení, musíme nejprve pochopit *Boží lásku*. Boží láska je pramenem všeho, co kdy Bůh učinil - z nekonečné lásky nechal svého jednorozeného Syna trpět a z lásky na sebe Kristus vzal dobrovolně kříž (SD 13).

Lze tedy říci, že nemoc a utrpení samy o sobě smysluplné nejsou. Bůh jim však skrze svého Syna jejich jedinečný smysl dal - Kristus učinil utrpení symbolem odevzdání se do vůle Otce a výrazem lásky k lidem. A právě víra v milujícího a trpícího Božího Syna může něco z této smysluplnosti přenést i do utrpení člověka.

*JAK TEDY CHÁPAT NEMOC Z POZICE KŘESŤANSTVÍ?*

---

<sup>20</sup> Srov. tamtéž.

<sup>21</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 60-62; též SD 10, 11.

A. Grün a M. Dufner chápou nemoc v pozitivním slova smyslu - jako „šanci“ - šanci přiblížit se k Bohu. Je to situace, skrze kterou chce Bůh zjevit člověku svou milost, v níž se ho chce on sám dotknout.<sup>22</sup>

J. Křivohlavý pak ještě konkretizuje tři dílčí „příležitosti“, které nemoc poskytuje.

#### ***Zastavení se na cestě života***

Nemoc a utrpení jsou příležitostmi k vymanění se z životního shonu, k zamyšlení se nad svým životem a přehodnocení svých cílů, svého dosavadního snažení.

#### ***Hledání smyslu života***

Nemoc je rovněž příležitostí k hledání svého místa v obraze Božího světa – Božích plánů a záměrů s tímto světem. Pomáhá člověku k tomu, aby nahlídl na svůj život v jiném světle, a v mnoha případech je pak i příčinou velkých životních změn v rámci hledání nového smyslu.

#### ***Setkání s Bohem***

Těžké chvíle v nemoci mohou být i hlubším poznáním toho, že člověk není sám ani tehdy, když se třeba všichni lidé vzdálili. Nemoc může být příležitostí k poznání, že milující Bůh člověka nikdy neopouští a stojí při něm i v nejtěžších chvílích jeho života. V tomto smyslu je nemoc víc než jen zkouškou věrnosti a víry.<sup>23</sup>

Předcházející myšlenky si tedy shrňme takto: zatímco nemoc, bolest, utrpení a vše další, co se z hlediska vědy jeví jako negativní, se může pod pohledem víry paradoxně stát **pozitivní hodnotou** přispívající ke štěstí člověka, k hledání nových hodnot a měřítek v životě.

## **1.4 Postoj současného člověka k nemoci a utrpení**

Dnešní doba i člověk jsou označovány jako **postmoderní**. Myšlenkové proudy spojené s touto dobou se vyznačují hlubokou nedůvěrou v důstojnost člověka, ztrátou smyslu pro společné dobro, ztrátou smyslu pro čas, historii a budoucnost, ale především pak oslabeným

---

<sup>22</sup> GRÜN, A., DUFNER, M. *Zdraví jako duchovní úkol*, s. 15,18.

<sup>23</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 62-63.

chápaním Boha. Tyto trendy se pak samozřejmě projevují i ve vztahu společnosti k utrpení a nemoci.<sup>24</sup>

Současný člověk, ať věřící či nevěřící, zaujímá k nemoci různé postoje. Jedním z nich je např. tendence chápat nemoc jako *nesmyslnou, zbytečnou* – jako něco, co se protiví lidskému rozumu. V nemoci totiž vyvstávají nejrůznější rozumem nezodpověditelné otázky: Proč právě já? K čemu nemoc vůbec existuje?

Pro některé lidi je pak nemoc *argumentem pro jejich odmítání Boha*. Bůh přece stvořil svět (a sám ho pak i ohodnotil) jako „dobrý“ (Gn 1,4-25). A dobrý a spravedlivý Bůh by nedopustil, aby člověk trpěl. Takový Bůh nemůže existovat!

Ještě víc než pro svou nesmyslnost je nemoc obviňovaná pro svou *nespravedlnost*. Trpící člověk se velmi často cítí nespravedlivě postižený a pokouší se svalit zodpovědnost na Boha.<sup>25</sup>

Všeobecně se dá říct, že postmoderní doba klade velký důraz na svobodu a aktivitu každého jedince. Takový svobodný člověk zakládající si na své racionalitě chce mít ve všem jistotu, proto se také utrpení (jež na základě rozumových procesů vysvětlit nelze) vyhýbá.

Utrpení a nemoc jsou chápány jako negativní překážky, které vyvolávají odříkání, potupu a vyčerpání. Často jsou chápány jako „závady“, proti kterým je možné uplatnit techniku a vědu, a proto je kladen i větší důraz na zdravotnické a technické instituce než na mezilidské vztahy.<sup>26</sup>

J. Ďačok ve svém díle „*Člověk, utrpenie, nemocnica*“ vyslovuje jednu zajímavou myšlenku. Poukazuje na to, že ačkoli se současný člověk utrpení ze všech sil vyhýbá, protože nikde nevidí jeho smysl, paradoxně je právě toto „nehledání smyslu“ největším utrpením současné doby – je utrpením, protože člověk neví, čím a proč trpí.<sup>27</sup>

*A JAK SE S TĚMITO TRENDY POSTMODERNÍ DOBY MŮŽE A MÁ VYROVNAT VĚŘÍCÍ ČLOVĚK?*

---

<sup>24</sup> Srov. ĎAČOK, J. *Postmoderný člověk a trpiaci kresťan*, s. 67-69.

<sup>25</sup> ĎAČOK, J. *Člověk, utrpenie, nemocnica : Niektoré hľadiska pastoračnej služby*, s. 25.

<sup>26</sup> Srov. tamtéž, s. 25-28.

<sup>27</sup> Tamtéž, s. 25-26.

I pro křesťana utrpení zůstává do velké míry tajemstvím, ale ví, že v něm není opuštěný. Sám Bůh mu skrze trpícího Syna ukázal svou solidaritu. A právě v účasti na Kristově utrpení nalézá i křesťan smysl utrpení svého; z Boží lásky a solidarity může čerpat novou sílu.

Křesťanství však nepředpokládá jenom pokorné přijetí utrpení. Křesťan má přistupovat k utrpení aktivně – stává se pro něho výzvou, aby proti němu bojoval a zároveň po vzoru milosrdného Samaritána pomáhal těm, kteří jsou mu vystaveni.<sup>28</sup>

## 1.5 Člověk v nemoci

Nemoc je nedílnou součástí lidského života a většina z nás se občas stává na určitou dobu pacienty. Naše zkušenosti s nemocí však mohou být značně rozdílné, protože každý člověk (a stejně tak i každá nemoc) jsou svým způsobem jedineční.

Obecně ale můžeme říci, že vstup do světa nemocného s sebou přináší vždy velké změny, a to ve všech dimenzích lidské osobnosti - somatické, psychické, sociální i spirituální (viz kap. 1.1.2.1 a další). Nemocný člověk je více méně vyřazen z běžného života, tedy ze své práce, z některých vztahů i zájmových aktivit – jeho život začne „postrádat smysl“. Je stavěn před nové trýznivé otázky ohledně budoucnosti vlastní i těch, kteří jsou na něm závislí.<sup>29</sup>

Z toho vyplývá, že nemoc neznamena pro člověka jen velkou fyzickou zátěž, ale především zátěž psychickou. A zaujmutí správného postoje k nemoci často do velké míry rozhoduje o úspěšnosti uzdravení nebo vyrovnání se s jejími následky.

Právě v nemoci hraje důležitou roli spirituální rovina lidské osobnosti, která se na vytváření postoje k nemoci výrazně podílí. V této dimenzi se totiž promítají představy, myšlenky, postoje a ohrožení, které souvisejí se smyslem života i konečným smyslem bytí.

---

<sup>28</sup> Srov. ĎAČOK, J. *Postmoderný člověk a trpiaci křesťan*, s.72.

<sup>29</sup> OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 9.

Jsou sice lidé, kteří se neptají, proč trpí a kde se nemoc vzala, ale spíš se ptají, jak jí mají nejlépe čelit; přesto u většiny nemocných jedinců dříve či později vyvstane otázka „proč“. **Proč já? Co je smyslem nemoci?**<sup>30</sup>

Pocit nesmyslnosti nemoci (a v podstatě i života) patří k nejtěžším vnitřním konfliktům tohoto období. Všeobecně se má za to, že zatímco nevěřící člověk zůstává se svými těžkými otázkami sám, věřící nachází někoho, kdo se mu velmi podobá - Boha, který v Synovi trpěl a zemřel na kříži i za něho. Samozřejmě nelze tento fakt popřít, ale skutečnost není tak jednoznačná. Neplatí, že věřící má v Bohu své „berličky“, že se pomodlí a Bůh za něj vždy vše vyřeší. I jeho, stejně jako ostatních lidí, se krize v nemoci týká a ani křesťanství nezná zcela jasnou odpověď na otázku smyslu života a utrpení.<sup>31</sup> Ta leží skrytá hluboko pod povrchem a člověk se k ní musí dobrat sám. **Elisabeth Kübler – Rossová**, která po desetiletí pracuje s těžce nemocnými a umírajícími lidmi, rozlišila tuto cestu vedoucí k vyrovnání se s nemocí do pěti etap: *šok a popírání nemoci; smlouvání; období vzdoru a hněvu; skleslost a apatie; vyrovnání se, smíření*.<sup>32</sup>

Můžeme tedy říci, že Bůh za člověka neřeší jeho problémy a krize. Věřícímu je však otevřen důležitý prostor k hledání a přijetí smyslu utrpení, k vnitřnímu zpracování a proměně i nejtěžších životních zkoušek. Tímto prostorem je především modlitba k Bohu a rozjímání o Kristově utrpení.<sup>33</sup>

### 1.5.1 *Nemocný doma*

Všichni nemocní lidé samozřejmě nemusí ležet v nemocnici. Snadno zvládnutelné nemoci nebo úrazy umožňují, aby se řada pacientů se svou nemocí léčila doma.

Dnes je (alespoň v odborné literatuře) čím dál tím víc zastáván názor, že domácí prostředí má blahodárny vliv i pro těžce nemocného a umírajícího člověka, a to hlavně díky atmosféře nenarušeného prožívání vztahů se členy rodiny a nejbližšími přáteli. Prakticky to znamená, že

---

<sup>30</sup> Srov. tamtéž, s. 11-12.

<sup>31</sup> Srov. ZACHOVAL, J. *K obsahu pojmu „duchovní služba“*, s. 47; též HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, s. 20-21.

<sup>32</sup> Více lze najít např. v díle: KÜBLER - ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují : Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.

<sup>33</sup> Srov. HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, s. 23.

začíná být stále více podporována domácí péče o nemocného; samozřejmě za předpokladu zajištění všech jeho potřeb: biologických, sociálních, psychologických i spirituálních.<sup>34</sup>

Jak již bylo naznačeno, péče o nemocného v domácím prostředí zaznamenává mnohá pozitiva, zároveň však nelze opomenout ani úskalí, která s sebou přináší. Blíže se podívejme, jak tyto klady a zápory specifikuje **A. Opatrný**.

#### *Přednosti*

- ◆ Nemocný zůstává ve známém prostředí, v milující atmosféře své rodiny a přátel.
- ◆ Odpadá obava, jak obstojí v cizím prostředí, zejména ve stavu bezmocnosti.
- ◆ V domácím prostředí jsou lepší předpoklady pro zachování důvěry a lidské blízkosti.
- ◆ Nemocný v domácím prostředí není jen mezi nemocnými nebo jen mezi starými, ale stýká se více se zdravými lidmi různého věku.

#### *Úskalí*

- ◆ Nemocí se mění rozdělení úloh mezi členy rodiny. Na ostatní se přenáší mnohem větší zodpovědnost, což může vést ke strachu, že bude rodině na obtíž.
- ◆ V důsledku celodenní péče hrozí pečujícím osobám dlouhodobá únava a přetížení.
- ◆ V některých případech může být domácí prostředí s malou frekvencí návštěv málo stimulující (př. bezdětní osamělí manželé).
- ◆ Někdy je domov méně vhodné prostředí pro zajištění hygieny, může zde být málo místa, případně nemocný může překážet jiným členům rodiny (studujícím, malým dětem atd.).<sup>35</sup>

Jestliže shrneme předchozí poznámky, pak můžeme říci, že možnost pobytu ve zdravém domácím prostředí může být pro nemocného obrovským povzbuzením a podporou v jeho nemoci. Ale jestli tomu tak bude, záleží především na těch, kteří o něj budou pečovat – na jejich přístupu i na tom, jak se oni sami vyrovnají s nemocí svého blízkého a jak přijmou změny, které péče o nemocného bezesporu přináší pro celou rodinu.

---

<sup>34</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, II. část*, s. 6-7. [CD ROM]; též PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, s. 72.

<sup>35</sup> OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, II. část*, s. 6-9. [CD ROM].

## 1.5.2 Nemocný v nemocnici

Přes prosazování domácí péče zůstává většina pacientů stále v nemocnicích. Nemocnice jsou chápány jako místo, kde je možné poskytnout nemocnému tu nejlepší lékařskou péči. Ta je v současné době skutečně na vynikající úrovni, přesto vstup do nemocnice znamená pro každého člověka obrovskou zátěž. K už tak značnému psychickému vypětí ze samotné nemoci se přidává obava ze vstupu do nového prostředí, které se výrazně liší od prostředí domácího.

Hospitalizace je pro nemocného obvykle zážitkem nového druhu. V jeho životě nastávají podstatné změny – nejen v těle, ale i v psychice, sociálním i duchovním životě.<sup>36</sup> **H. Pera** a **B. Weinert** o vstupu do nemocnice mimo jiné hovoří také jako o období, které je spojené s mnohými ztrátami.

Jako jednu z nejvýraznějších uvádí *ztrátu sociálního zázemí*. Člověk zažívá strach z přechodu z důvěrně známého domácího prostředí do prostoru, který je naprosto jinak organizován. Je umístěn do zvláštního pokoje, dostane zvláštní druh oblečení, je uložen vedle člověka, kterého nezná, a musí se podrobit řadě nepříjemných vyšetření a zákroků, na nichž se podílí celá řada jemu neznámých osob.

Další závažnou změnou je také skutečnost, že s jednotlivcem se jedná podle zcela *jiných hodnot a kritérií*, než na jaké byl doposud zvyklý. Už se o něm nemluví jako o osobě s konkrétním životním příběhem, ale spíše jako o „případu“ s nemocným orgánem. Od pacienta se očekává, že bude spolupracovat se zdravotníky a pomáhat jim v tom, co dělají a že nebude vyžadovat zvláštní pozornost. Tato zkušenost pak v člověku umocňuje strach ze ztráty své osobnosti. Obecně lze hovořit o ztrátě sebevědomí.

K tomu ještě přistupuje ztráta třetí - nemocný *ztrácí pocit bezpečí*. Místo toho nastupují pocity osamělosti a odcizení. Člověk zůstává v cizím prostředí sám se svou nemocí a je vydán na milost a nemilost zdravotnickému systému.<sup>37</sup>

Nemocnice je tedy zařízením, které přináší nemocnému do jisté míry úlevu od nemoci ve smyslu jejích fyzických projevů, ale na druhé straně je i prostředím, jež působí často

---

<sup>36</sup> Viz Příloha I. : Přehled změn v pacientově životě po vstupu do nemocnice.

<sup>37</sup> Srov. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, s. 69-70.



negativními vlivy na psychiku pacienta. V nemocnici se personál zajímá o jeho zdravotní potřeby, zatímco ostatní potřeby (sociální, psychické a spirituální) jsou často stále odsunovány do pozadí.

### 1.5.3 *Potřeby nemocného člověka*

Otázka potřeb nemocného člověka není tak jednoznačná, jak se může na první pohled zdát. Z předchozích kapitol můžeme odvodit určité všeobecné potřeby, které jsou pro většinu pacientů společné, ale zároveň je nutné si uvědomit, že každý nemocný je jedinečnou osobností se specifickou nemocí a potřeby každého člověka jsou tedy do jisté míry odlišné.

Již jsme si řekli, že z hlediska závažnosti lze nemoci rozdělit na:

- nemoci časově ohraničené, tudíž léčitelné;
- poruchy či defekty relativně stálé a léčbou ovlivnitelné jen v malé míře, jež ve svých důsledcích trvale ovlivňují život člověka a mohou vést až ke smrti.

Vyjděme z toho, že každá nemoc je zásahem do celého života člověka - znamená určité omezení výkonnosti a životních možností, ztrátu vitality a pohyblivosti - a každá nemoc také vyžaduje, aby ji člověk přijal a přizpůsobil se jí. Přesto v tom však mohou být velké rozdíly. Je něco jiného jestliže se člověk musí přizpůsobit tomu, že se bude několik týdnů léčit například kvůli zlomenině nebo se zápallem plic, než když nemoc získá chronický charakter, má za následek trvalé poškození (př. amputace) nebo je medicínskými prostředky nevléčitelná a směřuje ke smrti nemocného.<sup>38</sup>

Nemoc postihuje člověka v celé jeho celistvosti a staví ho před řadu nezodpovězených otázek:

- po stránce tělesné - tlumení bolesti;
- po stránce duševní - co bude dál?;
- po stránce společenské - obtěžují druhé;
- po stránce duchovní - jaký to má vše smysl?, jaká mě čeká budoucnost?

Každá tato stránka lidské osobnosti se však v nemoci projevuje různě dominantně. Často tam, kde medicína již vyčerpala všechny své možnosti k uzdravení jedince, vzrůstá potřeba péče psychické a duchovní a naopak. Právě u lidí trpících dlouhodobou nebo neléčitelnou

---

<sup>38</sup> Srov. tamtéž, s. 72-73.

nemocí (se kterou se většinou pojí dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém zařízení) daleko více vyvstává nezbytnost uspokojení potřeb sociálních, psychologických a spirituálních.<sup>39</sup>

Jestliže tedy pomineme biologické potřeby, pak v souvislosti s těžkou či dlouhodobou nemocí můžeme definovat tyto důležité potřeby:

- potřeba *rozhodovat* o svém životě a *aktivně se podílet* na léčebném procesu,
- potřeba *mezilidského kontaktu* a *komunikace*,
- potřeba *vyjádřit své pocity*,
- potřeba *naděje* (ať už naděje na uzdravení, prodloužení života, po milosrdném Bohu nebo věčném životě), která je výrazem snahy nepodlehout,<sup>40</sup>
- potřeba *naplnění smyslu života*, najít *smyslu nemoci*.<sup>41</sup>

A. Opatrný všechny tyto potřeby výstižně shrnuje do jedné, když říká, že to, co každý trpící jedinec potřebuje především, je člověk – *člověk naslouchající a chápající*. Ten může pomoci nemocnému uspokojit jeho ostatní potřeby, ať už je to podpora v boji proti nemoci nebo jen pomoc při smíření se s novou situací. Nejdůležitější ale je, že nemocný nezůstane se svým utrpením sám.<sup>42</sup>

Jinými slovy lze takového člověka označit jako „*doprovázejícího*“ a vztah mezi nimi jako „*doprovázení*“. Tento pojem je velice důležitý, protože odlišuje doprovázení od jiných profesionálních forem intervence. Ne svou odborností, ale především tím, že je to péče konaná z lásky k bližnímu, péče chápající člověka v jeho celistvosti, která vylučuje manipulaci i lhostejnost.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> Srov. tamtéž, s. 73.

<sup>40</sup> Srov. tamtéž, s. 124-127.

<sup>41</sup> OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, I. část*, s. 10. [CD ROM].

<sup>42</sup> OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 13.

<sup>43</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, II. část*, s. 5-6. [CD ROM].

## 1.6 Nemocný člověk jako objekt léčení a spásy

Už v předchozích kapitolách bylo zmíněno, že nemoc a hřích (tedy i uzdravení a spása) spolu velice úzce souvisí. Nyní si tento vztah dáme do kontextu zdravotnické a pastorační péče (medicíny a teologie).

Jak medicína, tak i teologie se shodují v tom, že lidský život má svůj smysl a velkou hodnotu, a proto oba dva obory – i když každý svým způsobem – vyvíjejí velké úsilí o zachování života.<sup>44</sup>

Už Bible dosvědčuje, že léčení a spása člověka spolu velice úzce souvisí. Uzdravení tělesné se stalo symbolem uzdravení duchovního, a proto byl v souvislosti s Kristem užíván často titul „*lékař duší a těl*“.<sup>45</sup> T. Halík si také všimá užívání slova spása v Bibli. Spása zde představuje odpověď na nejrůznější bídu lidí, znamená vysvobození z otroctví, uzdravení z nemocí, záchranu z ohrožení duše i těla. A když chudí volají na Ježíše „Hosana“, znamená to také – spas nás, uzdrav nás, vysvobod' nás. T. Halík dále ve svém díle podotýká, že jistě není náhodou, že v mnoha jazycích jsou pojmy zdraví a spása označovány stejným slovem.<sup>46</sup>

Medicína a víra jsou propojeny již od svého počátku a dlouho tomu tak bylo i v průběhu společenského vývoje. Teprve v posledních stoletích – pod vlivem rozvoje techniky a přírodních věd - se obě tyto oblasti navzájem oddálily, což s sebou přineslo řadu negativních následků především v oblasti přístupu k pacientovi a k životu jako takovému.<sup>47</sup>

Naštěstí se zdá, že tato situace již zaznamenala na mnoha rovinách pozitivní obrát. Narůstající množství důkazů potvrzuje vztah mezi fyzickým a psychickým zdravím (pak hovoříme o psychosomatickém přístupu k nemoci a léčení) a ukazuje na to, že uspokojení spirituálních potřeb může lidské zdraví značně posílit.<sup>48</sup> Vědci nabízejí hned několik možných mechanismů pozitivního působení víry na zdraví. Podle nich harmonický duchovní život:

- vede ke *zdravějšímu životnímu stylu,*

---

<sup>44</sup> VRAGAŠ, Š. *Chorý člověk jako objekt liečenia a spásy*, s. 158.

<sup>45</sup> Srov. PAYNE, J. *Zdraví : hodnota a cíl medicíny*, s. 45-46.

<sup>46</sup> HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, s. 8-9.

<sup>47</sup> Srov. tamtéž, s. 10-11.

<sup>48</sup> Srov. ŠKRLOVÁ, M. *Role sestry v duchovní dimenzi pacienta*, s. 37-38.

- umožňuje vytvářet *hlubší vztahy* mezi lidmi,
- má vliv na *sebedůvěru* člověka,
- napomáhá *lepšímu zvládnutí problémů*,
- důležitá je i *důvěra v uzdravení za pomoci duchovních prostředků*.<sup>49</sup>

V současné době tedy už můžeme říci, že žádné napětí či konkurence mezi medicínou a vírou neexistuje. Vzájemná spolupráce medicíny a pastorální teologie u nás sice není ještě plně funkční a rozvinutá, ale oba obory postupně začínají spolupracovat na tom, aby vedle medicínských prostředků mohla být využita i léčivá síla víry.

V následující kapitole se podíváme na několik oborů jejichž koncepce s touto spoluprací počítá.

### 1.6.1 *Paliativní medicína*

Na základě zprávy WHO ji můžeme charakterizovat takto: „*Paliativní medicína znamená aktivní a komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči a doprovázení pacientů od chvíle, kdy jejich choroba již nereaguje na terapeutické zásahy. Pak převládá význam léčby bolesti a zmírňování psychických, sociálních a duchovních problémů. Jejím hlavním cílem je realizace co možná nejlepší kvality života pacienta a jeho blízkých...*“<sup>50</sup>

Všeobecně bývá chápána jako nová disciplína, ve skutečnosti je však asi nejstarším lékařským oborem, protože až do novověkého rozkvětu medicíny existovalo na mnohé nemoci jen málo účinných léků. Dnes zažívá svůj vzestup především díky vzniku mnoha hospicových zařízení (viz kap. 2.3).

Jak bylo řečeno, úkolem paliativní péče je uspokojení všech potřeb nemocného člověka tak, aby mohl důstojně prožít zbytek života a smířit se se svým utrpením a smrtí. Proto v sobě paliativní péče zahrnuje nejen aspekty medicíny, ale i ošetrovatelství, sociální práce, duchovní péče, a podle potřeby i dalších disciplín.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Srov. ZANDLER, M. *Křesťan a zdraví : Hledání křesťanské cesty ke zdraví*, s. 26-27.

<sup>50</sup> VIRT, G. *Žít až do konce : Etika umírání, smrti a eutanazie*, s. 39-40.

<sup>51</sup> Srov. tamtéž, s. 36-38.

Důležité je také připomenout, že paliativní medicína je dnes jedním z hlavních argumentů proti *eutanazii* (v překladu znamená „dobrá smrt“), tedy „ukončení života, jehož prodlužování by vedlo k dalšímu utrpení a na jehož změnu k lepšímu není naděje“.

Protože častou příčinou pacientovy žádosti o ukončení svého života bývá především strach z bolesti a utrpení (ať už v oblasti fyzické, duchovní či duševní) nebo jen strach ze samoty a izolace, je v podstatě možné považovat jeho žádost i za selhání terapie, která by u těžce nemocných měla postihovat všechny výše zmíněné oblasti. Jestliže tedy nemocný vysloví přání zemřít, nelze z toho vždy vyvozovat, že se dožaduje usmrcení. Odůvodňování zabití trpícího motivem soucitu je pak spíše cynismem než projevem solidarity.<sup>52</sup>

Odpovědí na toto selhání je právě systém paliativní péče, který nabízí a je schopen zajistit „bezbolestnou“ smrt, soucitný doprovod a důstojné umírání, a bere tak zastáncům eutanazie důvod k jejímu provádění.<sup>53</sup>

### 1.6.2 *Pastorální medicína*

Pastorální medicína je obor, který se vyvinul ze vzájemné spolupráce mezi medicínou a teologií. Ve své teorii i praxi je zaměřena na vnitřní spojitost mezi uzdravením a spásou a usiluje o návrat k původní celistvosti člověka se zřetelem právě na jeho spirituální rovinu. Dnes představuje fundovanou vědeckou disciplínu s velice širokou obsahovou náplní, zahrnuje jak specifickou pastorální medicínu, tak i lékařskou etiku.<sup>54</sup>

Její význam spočívá především v tom, že poskytuje cenné podněty jak pracovníkům v pastoraci, tak i lékařům a ostatním zdravotníkům, kteří ve svém povolání cítí odpovědnost za ochranu a podporu života. Pomáhá jim hlouběji porozumět situaci nemocného člověka a snadnějšímu navázání pastoračního kontaktu. Neméně důležitou úlohu pak plní i ve vztahu ke zdravotní péči – vnáší pohled víry do takových problematických etických otázek, jakými jsou bezesporu potraty, eutanazie, genetická manipulace, atd.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> Srov. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*, s. 49-52.

<sup>53</sup> V rámci oblasti eutanazie, ale i paliativní medicíny a jejich duchovních aspektů bych připomenula diplomovou práci, která vznikla na TF JCU a dobře celé téma zpracovává: ŠTĚPÁNKOVÁ, M. *Euthanasie*. České Budějovice, 2001.

<sup>54</sup> Srov. SLABÝ, A. *Dnešní koncepce pastorální medicíny*, s. 114; ROTH, G. *Pastorální medicína v rámci teologické fakulty a univerzity západního typu*, s. 221.

<sup>55</sup> Srov. SLABÝ, A. *Dnešní koncepce pastorální medicíny*, s. 114-115.

Více k tomuto tématu lze nalézt v: SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*.

Nelze určitě opomenout také vznik dalšího interdisciplinárního oboru, který v sobě (obdobně jako pastorální medicína) spojuje dva velmi blízké obory – psychologickou péči s duchovní pomocí – *pastorální psychologii*.

### 1.6.3 Logoterapie

Logoterapie je psychoterapeutickým systémem, jež vznikl na základě učení V. E. Frankla v 2. pol. 20. století.

Vychází z toho, že každý člověk ve svém životě potřebuje „smysl“, „logos“ - určité ideály a hodnoty, pro které žije a kterým podřizuje své chování a jednání. Podle Frankla neexistuje žádná náboženská síla, která člověka předurčuje v jeho jednání, ale jsou to hodnoty, které si každý jedinec sám svobodně vyvolí (věc, člověk i Bůh). A právě ztráta těchto hodnot/smyslu může sama o sobě způsobovat nemoci (Frankl hovoří o „existenciální frustraci“) nebo ztěžuje uzdravení nemocného člověka.<sup>56</sup>

Logoterapie i pastorální teologie mají tedy mnoho společného – vychází z toho, že každá nemoc má svůj duchovní rozměr, a cílem obou je toto utrpení zmírnit, i když každý obor k tomu využívá trochu jiné prostředky. Zatímco pastorační péče hledá zdroj síly nemocného v jeho víře v Boha, logoterapie hledá tyto zdroje v jeho hodnotovém systému (jehož součástí může být samozřejmě i Bůh).

I logoterapie vychází z toho, že utrpení je snesitelnější, jestliže trpící ví, proč je má snášet. A k tomu je třeba, aby existovala nějaká osoba, nějaká povinnost či úkol, pro kterého je nemocného potřeba a kvůli kterému bude schopen snášet i to nejtěžší utrpení.<sup>57</sup>

Podle mého názoru má však uplatnění logoterapie při práci s nemocnými lidmi oproti pastorační péči jisté výhody. Oba obory sice směřují ke stejnému cíli a oba jsou samozřejmě určené pro všechny nemocné (ne jenom pro křesťany nebo jen pro nevěřící), logoterapeut však může být u lidí, kteří víru v Boha odmítají a považují se za ateisty, přijímán lépe než oficiální zástupce církve (kněz nebo pastorační asistent).

---

<sup>56</sup> Srov. VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*, s. 5-7.

<sup>57</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Přínos logoterapie v doprovázení umírajících*, s. 15-17.

Podrobnější informace o logoterapii lze nalézt v dílech jejího zakladatele V. E. Frankla, např: V. E. FRANKL. *Lékařská péče o duši*. Praha: Cesta, 1996.

## 2 Pastorační služba a zdravotnická zařízení

### 2.1 Co rozumíme pod pojmem pastorage?

Dříve než budeme hovořit o pastorači nemocných ve zdravotnických zařízeních, objasňme si nejdříve obecnější pojem „*pastorage*“ či „*pastýřská péče*“.

Ve slovníku lze najít pastorači definovanou jako „*činnost institucionalizovaného náboženství, která je směřovaná k uspokojování náboženských potřeb jedinců, přičemž předpokladem je jejich ochota přijímat náboženský výklad světa*“.<sup>58</sup>

Pod etymologickým drobnohledem se pak dostaneme ke slovům „*pastýř*“ nebo „*stádo*“, jejichž původ můžeme najít v Bibli. Už ve Starém zákoně je s tímto přízviskem na mnoha místech spojován Hospodin (Iz 40,11; Ž 23), tedy ten, který svůj lid moudře vede, bezmezně miluje a ochraňuje. Motiv dobrého pastýře pak přešel i do Nového zákona, kde je takto označován Ježíš (J 10,11-18), a odtud se pak dále odvíjejí úvahy o pastýřské péči biskupů, na jejichž počátku stojí Petrovo poslání obdržené od Krista (J 21,15-17).

Jak již výše zaznělo, pojem „*pastýř*“ či „*pastor*“ v sobě zahrnuje mnoho důležitých aspektů. Jednou z těchto složek je „*vedení*“. U současného postmoderního člověka, který si zakládá na své svobodě, může obsah tohoto slova vyvolat nechuť. Společenské vědy jako sociologie nebo psychologie však svědčí o tom (a mnohé dějinné zkušenosti to potvrzují), že každé lidské společenství určitou formu vedení potřebuje, jinak nemůže dlouho fungovat a rozpadne se.

Specifické pro církevní pastorači je, že vycházejíce z biblického pojetí přikládá stejnou (ne-li větší) důležitost i ostatním aspektům vedení, jakými jsou láska a milosrdenství. Proto také spíše než o vedení hovoříme o pastorační *péči* či *službě*.

Pojem pastorage většinou nemá příliš jasné ohraničení. Zahrnuje v sobě celou řadu aktivit zaměřených jednak ve prospěch těch, kdo do církve patří, ale i ve prospěch okolního světa. Už v ranějším období církve se vyprofilovalo několik hlavních proudů této péče a v různých fázích dějin byl vždy na některou z nich kladen hlavní důraz :

---

<sup>58</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 400.

- *péče o duše* – tedy o spásu a duchovní život křesťanů,
- *péče o sociálně potřebné* v církvi,
- *péče o fungování a jednotu církevních obcí* prostřednictvím ustanovených starších,
- *starost o politické záležitosti* a později o obecnou *charitu* – tedy péče zaměřená nejen na vlastní potřeby, ale i na potřeby druhých.<sup>59</sup>

Ani dnes není pastorační péče příliš přesně vymezena a ohraničena. Mnozí si pod tímto pojmem představují činnosti, které spadají do kompetence církevních představitelů (tedy biskupů, kněží a jáhnů).

Tato domněnka samozřejmě platí a oficiální církevní dokumenty ji potvrzují (srov. CIC, can. 375, 515 §1), její vymezení je však příliš úzké. Je nutné si uvědomit, že v církvi nepůsobí jen svěcení služebníci, ale církev – Boží lid – to jsou všichni. Křtem se každý člověk stává rovnocenným členem církve a na základě této rovnosti se podle svého postavení, svých schopností účastní na Kristově prorockém, velekněžském a královském pastýřském úřadu. Tak se realizuje výstavba a růst církve hlásáním Božího slova, slavením svátostí a pastýřskou službou (srov. KKC 781-786).

V současných příručkách pastorální teologie se pak obsah pastorace vyjadřuje buď trojicí *kerygma, diakonia, leiturgia* nebo čtveřicí *koinonia, martyria, diakonia, leiturgia*. Pastorační péči pak můžeme rozumět uskutečňování těchto úkolů církve, a to tak, že v pastorační péči a činnosti jsou zpravidla zastoupeny všechny výše zmíněné složky, ovšem vždy v jiném poměru.<sup>60</sup>

## 2.2 Pastorační péče o nemocné

Je důležité předeslat, co se v kontextu našeho tématu rozumí pod pojmem pastorační péče. Nejde zde o její bližší specifikaci na jednotlivé složky jako např. podávání svátostí nebo konání bohoslužeb, ale spíše o pojetí pastorační péče jako individuální péče o člověka (případně o skupinu, např. rodinu) nacházejícího se v nestandardní životní situaci, ve které na její zvládnutí nestačí sám; tedy o pojetí v širším slova smyslu jak ho definuje **A. Opatrný**.

<sup>59</sup> Srov. OPATRNÝ, A. *Pastorační situace u nás*, s. 4.

<sup>60</sup> OPATRNÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, I. část*, s. 2. [CD-ROM].



*„Pastorační péči 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“.<sup>61</sup>*

Myslím, že tato definice výstižně popisuje to, co je pravou podstatou pastorační péče o nemocné, a proto by se pro každého doprovázejícího měla stát tou úplně nejzákladnější normou, které se ve vztahu k nemocnému člověku <sup>nechce</sup> držet.

V krátkosti se však ještě zmiňme o dvou pojmech, které jsou používány v souvislosti s pastorační péčí nebo tento pojem přímo nahrazují a které v následujících kapitolách zazní.

### DOPROVÁZENÍ/DUCHOVNÍ DOPROVÁZENÍ

Pojem doprovázení je přímo součástí definice A. Opatrného. Pokud ho budeme chápat jako „křesťanské doprovázení, pak lze říci, že může celou tuto definici nahradit, protože sám o sobě zahrnuje všechny aspekty pastorační péče.

Doprovázet nemocného znamená, že *nezůstane ve své těžké situaci sám*, ale bude u něj přítomen někdo, kdo se v případě nemohoucnosti postará o jeho potřeby, kdo bude při něm, jestliže bude potřebovat útěchu, nebo kdo bude jen tiše naslouchat.<sup>62</sup>

Doprovázení naznačuje i další důležitý aspekt péče o nemocné. Už ze samotného slova „doprovázet“ je jasné, že se jeho obsah podstatně liší od slova „vodit“. Doprovázení předpokládá, že *nemocný není jen trpným objektem léčeni*. V nemoci se sice dostává do situace, kdy nemusí mít svůj život plně v moci a je odkázán na pomoc druhých, zároveň v sobě však ukrývá obrovský potenciál sil k uzdravení – v rovině tělesné, duševní i duchovní. Doprovázet pak znamená pomáhat tyto „sebeuzdravující“ síly uvolnit.<sup>63</sup>

### DUCHOVNÍ/SPIRITUÁLNÍ PÉČE

Pojem duchovní/spirituální péče už sám v sobě nese důležitou pravdu – že těžkou situaci člověka nelze řešit jen ekonomickými nebo technickými prostředky schopnými ovlivnit fyzické a psychické procesy, ale je nutné působit na všechny roviny lidské osobnosti –

---

<sup>61</sup> OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 5.

<sup>62</sup> PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, s. 131.

<sup>63</sup> Srov. HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, s. 37.

i duchovní dimenzi, která představuje nepostižitelnou podstatu člověka; je to něco, co vychází zevnitř, co dává smysl životu a co ovlivňuje lidské jednání.<sup>64</sup>

Duchovní službou pak v nejvlastnějším slova smyslu rozumíme takovou pomoc člověku, která mu otevře vztah k Bohu, která mu pomáhá, aby pochopil, jak se na něj Bůh dívá, a aby Boží přítomnost prostoupila celý jeho život. Je to služba, která není založena na tom, co doprovázející dělá, ale z jakých pohnutek a jakým způsobem to dělá. Podstatou duchovní služby je vztah – vztah vycházející z Boží lásky ke každému člověku – v němž právě láska umožňuje pochopení druhého a tím i lepší pomoc v jeho situaci.<sup>65</sup>

Měli bychom-li na závěr na základě toho, co bylo řečeno, definovat nějaký cíl křesťanské péče o nemocného člověka, pak to bude asi to, o čem vypovídá práce Matky Terezy a jejích sester: *udělat něco hezkého pro Boha* (a tak i pro sebe) *tím, že člověku pomůžeme lidsky důstojně prožít i jeho nemoc, utrpení a smrt.*<sup>66</sup>

### 2.2.1 *Specifika a těžkosti duchovní péče ve zdravotnictví*

Duchovní služba ve zdravotnictví je mimořádně důležitá, protože člověk je dnes prakticky po celý život doslova spjat s nejrůznějšími typy zdravotnických zařízení - zde svůj život začíná a většinou i končí. *Nemocnice* se stala jakousi křižovatkou světa, zvláště pak v našem prostředí, kde stále přetrvává ve velké míře názor, že těžce nemocný případně umírající člověk potřebuje především odbornou lékařskou péči, která je nejlépe zajistitelná právě zde.

Představa o tom, co je nemocnice, se neustále mění. Pro generaci našich prarodičů byla nemocnice často místem, kam se chodilo umírat. V generaci našich rodičů, kdy zaměstnanost všech členů rodiny musela být co nejvyšší, doma skutečně nebylo místo pro umírajícího člena rodiny, a tak se nemocnice stala „místem posledního pobytu člověka“. Za tímto účelem mimo působnost nemocnic začaly vznikat i tzv. hospice a léčebny dlouhodobě nemocných (LDN),

---

<sup>64</sup> Srov. OPATRŇY, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 4. [CD-ROM].

<sup>65</sup> Srov. AMBROS, P. *Duchovní – neduchovní*, s. 12-15.

<sup>66</sup> OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 22.

jejichž primárním účelem není léčit, ale pomáhat umírajícím pacientům důstojně a bezbolestně prožít zbytek života a důstojně a bezbolestně také zemřít. Na rozdíl od většiny nemocnic je zde proto mimo zdravotnickou péči v mnoha případech poskytována i dobrá psychologická a duchovní péče.<sup>67</sup>

Nemocnice liší se od většiny institucí, se kterými se člověk během života setkává. Pobyt zde často probouzí v nemocných úzkost, nejistotu i nadějně očekávání a je také vždy spojen s menšími či podstatnějšími, trvalými či dočasnými životními změnami. Nemocný člověk se musí smířit s tím, že některé jeho dosavadní schopnosti, možnosti nebo způsob života jsou u konce a čeká ho nejistá budoucnost. Zůstává zde sám se svou nemocí a mnoha nevyřešenými otázkami.

Právě v tomto období nejistoty je pro mnoho nemocných důležitá především blízkost někoho, kdo jim bude dělat společníka v jejich otázkách, kdo vyslechne jejich pocity, trápení a kdo jim bude zajišťovat spojení s vnějším světem, z něhož jsou nemocí vyřazení. Přítomnost takového člověka může být nemocným velkou oporou a povzbuzením, že není ve své situaci opuštěn, i když veškerý boj s nemocí leží převážně na jeho bedrech.<sup>68</sup>

Ačkoli se metody duchovního doprovázení nemocného v nemocnici a v přirozeném domácím prostředí v základních principech přístupu doprovázejícího k doprovázenému shodují, přesto je mezi nimi několik pro praxi podstatných odlišností. Na rozdíl od nemocnice poskytuje prostředí domova nebo farního společenství, více času a prostoru pro seznámení osobní i v kontextu rodinných příslušníků. Naproti tomu v nemocnici se doprovázející (kněz i laik) setkává s nemocným ve zcela nepřirozené situaci. Uvedme si pro příklad alespoň některé faktory, které kontakt ztěžují:

- Duchovní, který vstupuje do nemocničního pokoje, je většinou cizí osoba, a nikoli kněz z pacientovy farnosti. Je potom velice těžké v krátkém časovém rozmezí jedné či několika návštěv vybudovat takovou atmosféru důvěry, aby nemocný mohl otevřít svou duši.
- Udělování svátostí nebo rozhovor, který může být pro nemocného velice osobně důležitý, se často musí odehrávat za přítomnosti ostatních (mnohdy nevěřících) spolupacientů a nejednou bývá přerušen personálem. Za takových podmínek mnoho lidí nedokáže otevřeně hovořit o svých pocitech.

---

<sup>67</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 48-58.

<sup>68</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 13.

▪ Rozhovor s nemocným bývá často ovlivněn jeho momentálním zdravotním stavem, léky, apod.<sup>69</sup>

Z vlastních zkušeností i z postojů některých (především starších) lidí vím, že speciálně kněží, jejichž služba k celkové péči o nemocného neodmyslitelně patří, se navíc setkávají s celou řadou předsudků. Patrně nejčastější je představa, že přítomnost duchovního přichází ke slovu teprve tehdy, jestliže se zdravotní stav nemocného zhoršil. Proto někteří nemocní odmítají kněze ještě dříve, než mohou poznat podstatu jeho služby. Jiný předsudek zase vidí v duchovním pomoc pouze pro ty nemocné, kteří jsou věřící, popřípadě i stejného vyznání. Mnozí pacienti tak odmítají jeho pomoc s tím, že do žádné církve nepatří a nemají si s ním tedy co říci.

Na těchto příkladech můžeme vidět, že je nutno překonat ještě řadu nedostatků než se duchovní služba stane běžně přijímanou a pevnou součástí péče ve zdravotnických zařízeních. Podle mého názoru to však nejsou jen předsudky ovládající pacienty a nevyhovující prostředí nemocnice, co tento proces brzdí. Svou úlohu zde často hraje i nezáměr samotných nemocnic zakomponovat spirituální péči do poskytovaných služeb a především také nedostatek kvalitně připravených lidí, kteří by mohli úlohu doprovázejících zastávat.

## **2.2.2 *Komu je duchovní služba ve zdravot. zařízení určena?***

Když se dnes hovoří o pastorači v nemocnicích, pak se tím často míní pastorační svátostná, která je svěřena do rukou duchovních a je také zpravidla zaměřena pouze na příjemce těchto svátostí, tedy „věřící“. Co ale potom s těmi, kteří se hlásí k jiné církvi nebo se prohlašují za ateisty? Mají být snad vyňati z cílové skupiny pastorační péče?

### **2.2.2.1 *Duchovní služba nemocným***

Vezmeme-li v úvahu statistiky z posledního sčítání obyvatelstva z roku 2001, které uvádí, že se jen necelých 33% lidí hlásí k některé z církví nebo náb. společností,<sup>70</sup> lze říci, že mnoho lidí ocitajících se dnes z nejrůznějších důvodů v nemocnici, se pokládá za nevěřící. Přesto u každého člověka prožívajícího zkušenost těžké nemoci, umírání, ztráty nebo bolesti

---

<sup>69</sup> Srov. HORÁKOVÁ, G. *Pastorační péče v nemocnici*, s.18-22; též PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, s. 25.

<sup>70</sup> Srov. *Obyvatelstvo hlásící se k jednotlivým církvím a náboženským společnostem*. [online].

vyvstává celá řada duchovních a existenciálních otázek. Zvláště v nemoci se pak zvýšeně projevuje potřeba odpovědi nebo jen touha po prosté lidské blízkosti, sdílení a solidaritě.

Předpokládejme tedy, že pastorační péče není omezena jen na ty, kdo se hlásí ke křesťanským církvím, ale je zaměřena na všechny lidi bez rozdílu vyznání, protože i součástí jejich osobnosti je duchovní rovina.

Výstižně na otázku „Komu je určena nemocniční pastorační péče?“ odpovídá už v Bibli sám Ježíš, když reaguje na obdobnou otázku: „*Kdo je můj bližní?*“ (L 10,29), a stejným směrem poukazují i další evangelní příklady, když hovoří o tom, že se Ježíš vždy postaral o toho, kdo u něho hledal pomoc. Rovněž současná zkušenost ukazuje, že pastýřská péče bývá vyhledávaná i těmi, kdo do církve nepatří a přesto právě v ní hledají v těžkých chvílích pomoc.<sup>71</sup>

Stejně možnosti pro všechny lidi však nepropagují pouze některé církve. V průběhu dějin se mnoho křesťanských hodnot stalo nedílnou součástí kulturního a politického života. Díky tomu jsou dnes tyto hodnoty zajišťovány také celou řadou zákonů, z nichž tím nejpodstatnějším je asi *Listina základních práv a svobod* podepsaná v roce 1948 většinou zemí, kterou podpořili i papežové **Pavel VI.** a **Jan Pavel II.**<sup>72</sup>

Myšlenka rovnosti je zde založena především na *důstojnosti* lidského života. Z toho vyplývá, že všichni mají stejná práva, protože život každého člověka je důstojný a vznešený už tím, že je, a nezáleží na tom, v jaké době či v jakém stavu se právě nachází. Každá lidská bytost si zaslouží úctu a obdiv. Každý člověk má právo na zdravotnickou, sociální a pastorační péči, na důstojné stárnutí i důstojnou a přirozenou smrt.

Doprovázení nemocných ve zdravotnických zařízeních je hlavním tématem této práce. V rámci této kapitoly však nelze opomenout i další cílové skupiny duchovní péče, které jsou s osobnou nemocného trvale nebo dočasně propojeny a na něž je také důležité pomoc směřovat. Jsou to především *rodina* nemocného a *zdravotnický personál*.

---

<sup>71</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, I. část*, s. 3.

<sup>72</sup> Pro lepší orientaci si můžeme uvést několik příkladů, která se více či méně vztahují k našemu tématu. Čl. 1 hovoří o svobodě a rovnosti v důstojnosti i právech; čl. 5-6 se týká ochrany života; čl. 16 zajišťuje svobodu náboženského smýšlení; čl. 31 pak ochranu zdraví a právo na bezplatnou zdravotní péči; aj.

### 2.2.2.2 *Doprovázení příbuzných nemocného a pozůstalých*

Nemoc nepostihuje jedince jako izolovanou osobu, ale výrazným způsobem ovlivňuje i jeho vzdálenější i bližší sociální okolí. Proto je důležité brát v potaz to, že chceme-li nemocného skutečně dobře doprovázet, musíme ho vnímat a přijímat i s jeho nejbližšími a naopak.

Je to především rodina, která skrze úzké citové vazby s nemocným jedincem prožívá bolest a strach z možné nebo blížící se ztráty svého bližního. Duchovní podpora jim má pomoci od přetížení v nárazu neštěstí, od samoty a jsou-li věřící, pochopit a přijmout nemoc a smrt ve světle víry.<sup>73</sup>

Doprovázení rodinných příslušníků by však nemělo končit ani případnou smrtí nemocného člověka. Především tam, kde je smrt velmi bolestně nesena, přijdou nejtěžší období mnohdy až později – ve chvílích, kdy o pozůstalé už nikdo nepečuje. Podobně jako se nemocný vyrovnává se svou chorobou se musí také pozůstalí vyrovnat se ztrátou blízkého člověka a smířit se s hlubokou změnou, kterou tato ztráta v jejich životě bezesporu působí. V jistém slova smyslu bychom mohli říci, že i tito lidé jsou „nemocní“. Je potom otázkou, zda by výzva navštěvovat nemocné neměla platit i pro tyto všelijak zarmoucené, sklíčené a truchlící pozůstalé.<sup>74</sup>

Hlavním úkolem takového duchovního doprovázení je pomoci překonat toto období smutku a bolesti, a to všemi dostupnými způsoby; ať už se jedná o prostou přítomnost, pomoc při hledání nové smysluplné náplně života, poskytnutí duchovní potěchy nebo jen pomoc při zařizování činností běžného života, aj.<sup>75</sup>

### 2.2.2.3 *Pastorace zdravotnických pracovníků*

Jako každý druh služby, kterou nemocnice poskytují, ani duchovní služba nemůže zanedbávat potřeby a požadavky těch, kteří jsou členy nemocničního týmu.

Činnost zdravotnických pracovníků, ať už jsou to lékaři, farmaceuti, ošetřovatelé, nemocniční kaplani nebo dobrovolní pracovníci, má velmi vysokou hodnotu služby životu. Samo jejich povolání z nich v podstatě činí ochránce a služebníky lidského života. Lidé poznamenaní utrpením či nemocí k nim přicházejí s důvěrou a s nadějí na uzdravení a svěřují

---

<sup>73</sup> Srov. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, s. 145-147; též OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, I. část*, s. 11. [CD-ROM].

<sup>74</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 96-106.

<sup>75</sup> Srov. tamtéž, s. 106.

se jim do péče.<sup>76</sup> Na jejich bedrech tak spočívá obrovská tíže. Musí se vyrovnávat s individuálními problémy každého pacienta, stávají se do velké míry zodpovědnými za úspěšný průběh léčebného procesu, nehledě k tomu, že neustále stojí tvář v tvář lidskému utrpení a smrti. Je proto chybou, je-li jakýkoli člen zdravotnického týmu pokládán za člověka, který služby ostatním nabízí, ale sám je nepotřebuje. Právě u pracovníků v pomáhajících profesích, jejichž práce je náročnější než jiná zaměstnání, dochází častěji k nástupu *syndromu vyhoření*. Tímto je pak poškozen nejen samotný pracovník, ale i ti, ke kterým je nabídka jeho služeb směřována.

Ačkoli se *supervize* - jako jedna z hlavních metod zaměřená na podporu pracovníka a zvyšování kvality jeho práce - začala v oblasti pomáhajících profesí rozvíjet v naší republice už v 90. letech, péče o zdravotnický personál, a zvláště pak o osoby pracující v oblasti pastorační, v našich nemocnicích dosud zaostává.<sup>77</sup>

### 2.2.3 *Péče o nemocné jako odkaz, který zanechal Ježíš svému lidu*

Křesťanská služba nemocným vychází z příkladu a pověření svého zakladatele Ježíše Krista (př. Mt 10,8). Ježíš pro křesťana ztělesňuje Boží blízkost vůči všem lidem bez rozdílu, neboť přiznává každému lidskému životu důstojnost a hodnotu, a zároveň pomáhá tam, kde byla plnost života ohrožena např. společenským zneuznáním, strachem, nemocí nebo smrtí.<sup>78</sup>

Setkávání s nemocnými lidmi hrálo v Ježíšově životě důležitou úlohu, protože jejich důsledkem byla uzdravení, která měla svůj zvláštní rozměr. Ježíš totiž nemá moc uzdravovat pouze tělo, nýbrž i odpouštět hříchy: uzdravuje celého člověka. Jeho soucit k trpícím zašel až tak daleko, že se s nimi sám ztotožňoval (Mt 25,36) a nakonec jako jeden z nich zemřel na kříži, aby snal hříchy světa (J 1,29), jejichž důsledkem nemoci jsou. Svým utrpením a smrtí tak Kristus dal utrpení člověka nový smysl: *trpící se stává spoluúčastníkem na vykupitelském díle JK.*<sup>79</sup>

Znamení Božího království, kterými zázračná uzdravení jsou, se však neomezují jen na Kristův život. Tuto moc Ježíš svěřil také apoštolům, když je po svém vzkříšení vyslal, aby v jeho jménu odpouštěli hříchy, vkládali ruce na nemocné a uzdravovali je (Mk 16,17).

---

<sup>76</sup> Srov. *Charta pracovníků ve zdravotnictví*, 1-2.

<sup>77</sup> Srov. OPATRŇY, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, I. část*, s. 30. [CD-ROM].

<sup>78</sup> HORÁKOVÁ, G. *Pastorační péče v nemocnici*, s. 17.

<sup>79</sup> Srov. LÉON-DUFOUR, X. *Slovník biblické teologie*, s. 269-269; též KKC 1503, 1504.

Při bližším pohledu na Ježíšův vztah k nemocným také nesmíme přejít skutečnost, že Ježíš vyzývá k pomoci trpícím i své posluchače a následovníky. Tato výzva je sice jen obrazná, ale přitom velmi důrazně vyjádřená například v popisu posledního soudu (Mt 25,31-46) a především pak v podobenství o milosrdném Samaritánovi (L 10,30-37).

Důležitost tohoto podobenství zdůrazňuje i **Jan Pavel II.** ve svém apoštolském listě *Salvifici Doloris*, když říká, že milosrdným Samaritánem je „*každý člověk, který přistoupí k utrpení druhého člověka, ať už je jakékoli*“, a pokračuje pak tím, že nestačí projevit jen soucit, ale úkolem je účinná pomoc. Do této pomoci je potřebné vložit nejenom srdce, ale nešetřit ani hmotnými prostředky (SD 28).

Závěrem si tedy shrňme dva důležité aspekty Ježíšova poslání.

a) Ježíš přímo povolává *apoštoly*, aby pokračovali v jeho díle uzdravovat nemocné a odpouštět hříchy. Toto poslání ve vztahu k nemocným má v církvi svoje pokračování v udělování svátosti smíření a svátosti pomazání nemocných – je tedy určeno jen pro církví vysvěcené jedince.

b) Ježíš však zároveň vyzývá *všechny své následovníky*, aby po vzoru jeho příkladu s láskou pečovali o všechny nemocné či jinak trpící. Tuto svou výzvu přednáší nejen v podobenství, ale i přímo v přikázání, o kterém hovoříme jako o „*přikázání lásky*“ (srov. J 13,34).

Církev byla v celých svých dějinách vždy nerozlučně spjata s nemocnými a jinak trpícími a v rámci možností dané doby různými prostředky usilovala o zlepšení jejich situace.

(V Příloze II. uvádím stručný přehled vývoje péče církve o nemocné.)

To platí i v dnešní době, kdy vedle zřizování křesťanských nemocnic, služby řeholních řádů nemocným, aj. usiluje o znovunavrácení služby kněží a věřících laiků do neosobního prostředí zdravotnických zařízení.



## 2.3 Nemocnice v současné době

Zhroucení tradičních hodnot, které je pro současnou společnost charakteristické, nemohlo nepoznamenat takovou činnost jako je zdravotnická péče o nemocné, protože ta je odjakživa spjata s etickým horizontem.

Dnešní moderní nemocnice se už v mnohém liší od nemocnic dřívějších. Stala se složitě strukturovaným mikrosvětlem se svými samostatnými zákony fungování, svými obyvateli a zaměstnanci, specificky uspořádaným prostorem a svým hodnotovým systémem, ve kterém (i když ho označujeme jako specifický) se odráží stav společnosti.<sup>80</sup> Jestliže tedy pomineme institut církevních nemocnic, můžeme nemocnici (stejně tak jako celou společnost) všeobecně označit jako sekularizovanou.<sup>81</sup> V takovém prostředí duchovní služba stojí pouze na okraji toho, čím pacient v nemocnici prochází a co je mu nabídnuto.

Do našich nemocnic sice dochází řada duchovních a laiků, kteří navštěvují své příbuzné, přátelé či členy farnosti, tato podpora je však nepravidelná a soustředí se pouze na malý okruh lidí. Institut nemocničních duchovních u nás bohužel doposud neexistuje a důvody k tomu jsou jistě mnohé.

Vybrala jsem čtyři, které jsou podle mého názory asi ty nejdůležitější:

1. Předně *chybí tradice* - v českých zemích nebyl nikdy zaveden institut nemocniční duchovenské služby.

2. Důvodem nepřítomnosti pravidelné služby duchovních ve zdravotnických zařízeních je také *absence přípravy nebo výcviku* pro službu v těchto podmínkách.

3. Dalším odůvodněním může být i dosavadní *malá aktivita církve* na tomto poli a také *nedostatek kněží či vyškolených laiků*, kteří by se této službě věnovali naplno.

4. Navíc v mnoha případech *nemocnice takovou službu nežadají*, nečekají na ní a zdaleka ne všichni zdravotníci ji také ocení. Duchovní se pak může setkávat s mnoha předsudky, nezájmem nebo dokonce s překážkami ze strany personálu.<sup>82</sup>

Ve zdravotnictví je tedy spiritualita stále většinou tabu a je oddělována od medicínské péče a uzdravování – jako by ji oddělit šlo. Duchovní potřeby pacientů jsou obvykle

---

<sup>80</sup> KAPR, J., KOUKOLA, B. *Pacient : Revoluce v poskytování péče*, s. 45.

<sup>81</sup> ĎAČOK, J. *Človek, utrpenie, nemocnica*, s. 82.

<sup>82</sup> Srov. HORÁKOVÁ, G. *Pastorační péče v nemocnici*, s. 19-20.

považovány za méně důležité než potřeby fyzické nebo emocionální, spiritualita je vyhrazena nanejvýš pro „smrtnou postel“ a je pokládána za věc duchovních.

Naštěstí se zdá, že v zázemi tohoto smýšlení můžeme už zakoušet nový přístup k nemocnému člověku a jeho duchovním potřebám. Vedle výše popisovaných nemocnic tu existují i další zdravotnická zařízení, která respektují člověka v jeho celistvosti.

## HOSPIC

První hospice (z angličtiny: „domov pro nemocné“, „útulek pro opuštěné“) vznikly z myšlenky **Dr. Cicely Saundersové**, která došla k závěru, že nemocnice jsou zaměřeny především na léčení a ne na pomoc umírajícím. Proto začala zakládat hospice, jejichž účelem nebylo léčit, ale pomáhat umírajícím pacientům, aby „dobře umírali“.<sup>83</sup>

I dnes je jejich hlavním úkolem zabezpečit všechny potřeby umírajícího jedince (biologické, psychické, sociální i duchovní): zaručit, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a především pak, že ani v posledních chvílích nezůstane sám.<sup>84</sup>

Po vzoru myšlenky C. Saundersové a jejích následovníků se hospice staly evropskou formou péče o umírající (viz kap. 1.6.2), která může být aplikována nejenom přímo v hospicích, ale i v nemocnicích nebo v domácím prostředí. Hospic tedy není jen budova, ale určitý způsob přístupu k těžce nemocnému a umírajícímu. Přístup zohledňující všechny jeho potřeby (tedy i potřeby duchovní) a vycházející z úcty k člověku jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti.<sup>85</sup>

## KŘESŤANSKÁ NEMOCNICE

Nový (křesťanský) pohled na člověka a jeho potřeby se už pozvolna v některých nemocnicích projevuje, ale existence křesťanské nemocnice je v současné společnosti stále spíše výjimkou než pravidlem. Pro křesťanské zdravotníky se tak tato situace stává výzvou, aby svým příkladem byli světlem nejen pro pacienty, ale i pro ostatní členy zdravotnického týmu.

---

<sup>83</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 84.

<sup>84</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic : Umenie sprevádzať*, s. 24.

<sup>85</sup> Srov. tamtéž, s. 8, 27.

Problematika role a funkce křesťanské nemocnice v dnešním sekularizovaném světě byla i jedním z témat diskuse **8. Evropského kongresu FEAMC** (Evropská federace asociací katolických lékařů), který se konal v roce 1996 v Praze.

*JAKÉ FUNKCE BY TEDY MĚLA KŘEŠŤANSKÁ NEMOCNICE PODLE FEAMC PLNIT?*

Křesťanská nemocnice je dědičkou Ježíšova poslání uzdravovat tělo i ducha. Má být proto místem, kde se medicína stává svatým úkolem, kde mají věda i víra tutéž důstojnost a kde veškeré vědy – biologie, klinická praxe, filosofie, antropologie a teologie – přicházejí lidskou bytost zachránit v její celistvosti. Taková nemocnice potom nesmí být pojmána jako místo žalu a utrpení, ale jako místo, kde jsou nemocní lidé nejen uzdravováni, ale také vedeni k tomu, aby svůj život a zdraví přijímali jako největší dobro. Péče zde by měla být založena na principu, že jakákoli investice má zanedbatelnou cenu ve srovnání s hodnotou, jakou Bůh přisoudil všem lidským bytostem.<sup>86</sup>

Z přednesených zkušeností a diskuse pak vyplynuly tyto praktické zásady pro „novou“/křesťanskou nemocnici:

- Pacient má být viděn jako *trpící spolubratr* a ne jako objekt léčebné péče.
- V nemocnici má být *kaple*, která je stále otevřená a kde se konají bohoslužby.
- Měly by zde platit církevní zásady a *křesťanská morálka*, která vylučuje potraty a eutanazii.
- Je důležité, aby v nemocnici byla *komunita věřících*, kteří o sobě vědí a společně se modlí za nemocné i personál.
- Nemocní by měli mít možnost pravidelného *kontaktu s knězem*; ideální by bylo, aby byl duchovní trvale nablízku.<sup>87</sup>

### **2.3.1 Duchovní doprovázení jako součást komplexní péče o pacienta**

Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, už dnes můžeme pozorovat nově se probouzející zájem o respektování kvality života nemocného jedince. Přínosem tohoto zájmu je **komplexní přístup k pacientovi**, tedy chápání nemocného člověka jako jedinečné osobnosti a ne jak pouhého případu. Komplexní přístup vychází z toho, že nemoc na různé úrovni postihuje všechny čtyři dimenze lidské osobnosti, protože ty jsou neodmyslitelně spjaty

---

<sup>86</sup> Srov. ANZANI, A. *Role a funkce katolické nemocnice*, s. 214-216.

<sup>87</sup> Srov. tamtéž.

a navzájem se ovlivňují. Proto je také nutné v rámci léčby všechny tyto dimenze zahrnout do procesu uzdravování.

Už v minulém století mnohé odborné publikace vyzdvihovaly důležitost celostního přístupu, přesto i dnes je oblast duchovních potřeb pacientů stále ještě zanedbávána. Ze strany křesťanů se proto ozývá volání po vytvoření takového systematického přístupu k uspokojení spirituálních potřeb pacienta (a to nejen pacienta věřícího), který by mohl být uplatněn ve všech zdravotnických zařízeních.<sup>88</sup>

Jestliže jsme řekli, že všechny čtyři roviny lidské osobnosti jsou spjaty a navzájem se ovlivňují, pak o tomtéž můžeme hovořit i v případě vědních disciplín, které se jednotlivými rovinami zabývají.

I když můžeme předpokládat, že specializované obory jsou soustředěny především na příslušné dimenze, víme, že vše souvisí se vším, a tedy jednotlivé obory mají vliv i na všechny ostatní lidské roviny. **A. Kříšťan** tento vliv jednotlivých disciplín mimo dimenzi, která je jim vlastní, popsal v následující tabulce:

	medicína	psychologie/ terapie	sociologie/politologie/ sociální práce	teologie/filosofie
<b>Biologická dimenze</b>		vůle k uzdravení, zvládnout omezení z nemoci, emoční hnutí, sebpřijetí	vztahy umožní integraci, struktury potřebnou péči; možnost dosáhnout pomocných struktur;	smysl života a vůle žít; smysl a hodnotu i limitovaného života
<b>Psychologická dimenze</b>	zdraví – vyrovnanost x nemoc-frustrace; somatické příčiny psychických dysfunkcí		vztahy k zvládnutí psych. dysfunkcí; struktury k potřebné péči; hledání sociálních příčin psych. dysfunkcí; rozšíření sociálního schématu o osoby v různých životních situacích	smysl chápání věcí – k zakotvenému vyváženému kontextuálnímu (biograf. i dějinnému) sebevnímání; hledání odpovědí na existenciální otázky
<b>Sociální dimenze</b>	umožňuje navazovat vztahy; snižovat závislost	schopnost vést dialog; sebpřijetí; odpuštění; zájem o věci společné		motivaci k vztahům meziosobním, k zájmu o věci veřejné
<b>Spirituální dimenze</b>	umožňuje vnímat hodnoty a jejich hierarchii; ukazuje některé limity člověka a jeho závislost	pravdivé sebepoznání a otevření se transcendentnu osvobození k celostnímu rozvinutí	vztahy k druhým vedou k otázkám přesažnosti (odkud přichází, kam odchází ze života)	

Tabulka převzata z: KŘIŠŤAN, A., EHRLICHOVÁ, M. *Pastorace v sociální práci*, s. 2-3. [online].

<sup>88</sup> Srov. ŠKRLOVÁ, M. *Role sestry v duchovní dimenzi pacienta*, s. 41-42.

Z uvedené tabulky je dobře vidět, jak se jednotlivé obory v mnohých tématech prolínají. Nejde mezi nimi sice o naprostou shodu (liší se vždy svým úhlem pohledu), ale zároveň je od sebe nemůžeme ani zcela separovat.

Právě spolupráce mezi jednotlivými disciplínami je jedním ze základních principů celostního přístupu k pacientovi. Lidé léčící se ve zdravotnických zařízeních totiž mívají často mnohem složitější problémy než jen komplikace somatické. Potom není v silách jednoho člověka (a mnohdy ani jedné instituce) vyřešit problematickou situaci, ve které se pacient nachází, a k jejich zvládnutí je za potřebí spolupráce mnoha odborníků – lékařů, psychologů, sociálních pracovníků i duchovních/pastoračních pracovníků.<sup>89</sup>

### ***2.3.2 Možnosti a výhledy pastorační péče ve zdravotnických zařízeních v praxi***

Všeobecně můžeme říci, že pastorační péče ve zdravotnictví je v současné době věnována zvýšená pozornost. Dokládá to nejen hojnost odborné literatury, která v rámci tohoto tématu vzniká, ale i vyvíjené snahy ze strany nemocnic a především ze strany církví o zavedení profesionálního poskytování pastorační péče ve zdravotnických zařízeních, a to na mezinárodní i národní úrovni.

Není možné zmiňovat se o všech vyvíjených aktivitách. Za pomoci dostupné literatury, elektronických zdrojů a komunikace s některými organizacemi bych v následujících kapitolách zmínila alespoň některé konkrétní kroky, které s pastorační péčí přímo souvisejí, nebo ty, které jsou spíše obecné, ale mohou sloužit jako výchozí bod pro další činnosti v této oblasti.

#### ***2.3.2.1 Aktivity vycházející ze strany zdravotnického systému***

##### **A. Akreditační programy**

Akreditační programy přispívají k mnoha pozitivním změnám v oblasti péče o pacienty. Jejich cílem je hodnotit a zvyšovat úroveň a kvalitu poskytované péče ve zdravotnických zařízeních.

Na mezinárodní úrovni existuje celá řada akreditačních programů určených zdravotnickým zařízením, resp. nemocnicím, zde bych však uvedla pouze jeden, který

---

<sup>89</sup> Srov. KŘIŠŤAN, A., EHRlichová, M. *Pastorační práce v sociální práci*, s. 41. [online].

z hlediska našeho tématu považují za zvlášť důležitý, protože ve svých standardech zohledňuje i poskytování duchovní péče v nemocnicích.

Je to akreditační program Spojené mezinárodní akreditační komise **Joint Commission International** (dále JCI), která vznikla v roce 1998 jako součást dceřinné společnosti Spojené komise pro akreditaci zdravotnických zařízení **Joint Commission Resources** (JCR) fungující v USA.<sup>90</sup>

JCI ve svých standardech - *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* jako jeden z předpokladů uvádí i respekt k náboženským hodnotám člověka a také povinnost nemocnice zajistit svým pacientům dostupnou péči nemocničního kaplana. (V Příloze III. uvádím konkrétní standardy, které se tohoto tématu týkají.)

Dle informací k 23.3. 2006 bylo rozhodnuto o udělení akreditace JCI dvěma českým nemocnicím:

**Ústřední vojenská nemocnice Praha** - 4. prosince 2004,

**Nemocnice Na Homolce** - 25. července 2005.

Protože předpokladem k získání akreditace bylo i splnění podmínek ohledně poskytování duchovní péče, za využití internetových stránek a písemné komunikace s nimi jsem se u těchto dvou nemocnic zajímala o konkrétní formy jejího zajištění.

### Ústřední vojenská nemocnice Praha

ÚVN nabízí pacientům i rodinným příslušníkům duchovní službu zpravidla už při vstupním pohovoru s ošetrovatelským personálem, přičemž každý má právo si službu duchovního vyžádat, přijmout ji či odmítnout.

*Duchovní služba zde zahrnuje:*

- službu přítomností, doprovázení, diskrétní rozhovory, náboženské obřady;
- kaplan ÚVN v případě zájmu zprostředkuje kontakt na duchovní jiných církví;
- každé pondělí se od 15 hodin koná v kapli ÚVN mše svatá celebrotaná římsko - katolickým knězem.

Kaplanem ÚVN je: **kpt. Mgr. Pavel RUML**.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Srov. *Joint Commission Resources* [online].

<sup>91</sup> *Ústřední vojenská nemocnice v Praze* [online].

Protože nemocnice ve Střešovicích je nemocnicí vojenskou, do jisté míry měla usnadněné plnění standardů týkajících se duchovní služby. Funkce nemocničního kaplana se zde totiž kryje s funkcí kaplana vojenského, jehož post v armádě byl definován již na základě *Dohody o duchovní službě v resortu MO* uzavřené mezi MO, ERC ČR a ČBK 23. června 1998. Kaplan kpt. Mgr. Pavel RUMML tedy na základě zmíněné dohody nadále funguje jako kaplan AČR (Armády České Republiky). Protože je však nemocnice ve Střešovicích také subjektem AČR, je právě ona jeho přímým zaměstnavatelem – v rámci její organizace je tabulkově zařazen jako voják z povolání.

### Nemocnice Na Homolce

V této nemocnici je situace naprosto jiná. V jejím prostoru se nenachází žádná kaple ani jiné prostory pro duchovní služby a není ani přímo stanoven žádný duchovní, který by se zde duchovní péči věnoval.

Aby byly splněny příslušné standardy, nemocnice proto kontaktovala zástupce různých náboženských vyznání ve svém blízkém okolí. Jejich seznam mají zaměstnanci (sestry) k dispozici a v případě zájmu pacienta je možné kdykoliv je zavolat.

Po změně politického systému roku 1989 začaly být snahy o zlepšení zdravotnického systému pomocí akreditačních programů prosazovány i v České republice,

V roce 1998 u nás vznikla **Spojená akreditační komise (SAK)** jako nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče s cílem zvýšit kvalitu a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. Výsledkem jejích snah se stala vyhláška Ministerstva zdravotnictví, která definovala 50 akreditačních standardů.<sup>92</sup>

*Národní akreditační standardy pro nemocnice* sice duchovní službu přímo nezmiňují, ale ve standardu č. 23 se říká, že ve všech nemocnicích by měl být respektován minimálně obecně dostupný *Kodex práv pacientů*, příp. *Charta práv dětí v nemocnici*.<sup>93</sup> V nich jsou jednotlivá práva definována opět poměrně obecně, takže o duchovní péči přímo nehovoří, ale z některých těchto obecných práv týkajících se respektu k pacientovým potřebám a přáním ji lze vyvodit.

---

<sup>92</sup> Viz *Spojená akreditační komise ČR* [online].

<sup>93</sup> Srov. MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice* [online].

Aby byly praktické informace o poskytování duchovní služby<sup>W</sup> nemocnicích zprostředkovány v rámci jedné kapitoly, ráda bych ještě ke dvěma výše zmíněným nemocnicím přidala poznatky o nemocnici další – FN Motol. Ta sice akreditaci JCI zatím nezískala, zmiňuji se o ní však z toho důvodu, že i ona je jednou z mála obdobných zdravotnických zařízení, které duchovní péči na dobré úrovni poskytují.

### **Fakultní nemocnice Motol**

Spirituální péče je zde poskytována duchovními.

Do nemocnice dochází pravidelně (nejméně 1x týdně, zpravidla v sobotu) katolický kněz, aby sloužil mši svatou a byl přítomen pro žadatele o další svátosti nebo duchovní rozhovor. Protože však areálu nemocnice chybí kaple, musí být suplována jinými prostorami. V letošním roce se ale podařilo vymezit určité prostory pro podobné účely.

Pro všechny zájemce o setkání s duchovním jsou na nástěnce každého oddělení vyvěšeny informace o možnosti poskytování spirituální péče s telefonickými kontakty, kam mohou zavolat.

Zatím do nemocnice dochází jeden ze dvou kaplanů pověřených Českou biskupskou konferencí k zajišťování 24 hodinové duchovní péče pro všechny nemocnice v Praze.

Od listopadu 2005 nemocnice navázala spolupráci s evangelickým farářem, který již má zkušenosti s poskytováním duchovní péče pacientům v nemocnicích v USA. Ten dochází jednou týdně na onkologické oddělení dospělých nebo na požádání navštěvuje pacienty v rámci celé nemocnice. Zvláštností je, že s nemocnicí má uzavřenou písemnou smlouvu.

Možné je také zavolat biskupovi starokatolické církve nebo faráři církve husitské (s těmi písemná smlouva zatím uzavřena není, ale chystá se).

Všichni zúčastnění duchovní jsou ochotni docházet nejen za lidmi svého vyznání, ale ke všem žadatelům o duchovní podporu.

### **B. Centrum pro kontrolu kvality, etické komise**

V roce 2000 na Ministerstvu zdravotnictví vznikla *Rada pro kvalitu ve zdravotnictví* a na její doporučení bylo 25. září 2001 založeno **Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví (CeKZ)**, jehož posláním je:

- napomáhat při tvorbě zdravotnických indikátorů a standardů,
- zajišťovat provázanost mezinárodních a lokálních aktivit na poli zdravotnické péče,
- poskytovat vzdělávání a výcvik v oblastech, kterými se zabývá,



- zkoumat a vyhodnocovat úroveň kvality a míry bezpečnosti poskytovaných zdravotnických služeb.<sup>94</sup>

V jednotlivých nemocnicích jsou pak často do organizační struktury rovněž zařazovány orgány zabývající se kontrolou péče (př. nem. Na Homolce – *Referát řízení kvality*, ÚVN Praha – *Oddělení řízení kvality zdravotnické péče*) nebo komise, které se zabývají řešením etických otázek týkajících se léčby (př. FN Motol – *Etická komise*).

Jejich úkolem je nejen dohlížet na dodržování přijatých standardů, ale v rámci neustálého zvyšování kvality péče o pacienty rovněž dávat podněty pro vytváření standardů nových. I oni by se proto mohly a měly stát zdrojem aktivit směřujícím<sup>ch</sup> (v rámci zlepšení péče) k zavedení nabídky duchovní služby.

### C. European Federation of Catholic Medical Associations (FEAMC) - Evropská federace asociací katolických lékařů

Vznikla spojením národních lékařských asociací jednotlivých evropských států, aby:

- koordinovala úsilí jednotlivých katolických lékařských asociací ve studiu a šíření křesťanských principů skrze lékařskou profesi,
- povzbuzovala jednotlivé katolické lékařské asociace, aby napomáhaly katolickým lékařům v jejich duchovním vývoji a odborném postupu,
- napomáhala církvi v její pastorační péči mezi zdravotnickými pracovníky,
- podporovala vývoj zdravotnické péče v rozvojových zemích,
- podporovala studium bioetiky,
- podporovala „kulturu života“ v každém jeho okamžiku,
- řešila různé problematické otázky týkající se bioetiky, profesní etiky, zdravotnické péče a podporovala křesťanské hledisko při hledání odpovědí.<sup>95</sup>

Tyto cíle jsou naplňovány v rámci kongresů FEAMC, které se konají každé 4 roky v různých evropských zemích a zabývají se vybranými tématy.

Pro příklad si jen uveďme, že v rámci tématických okruhů posledního 10. kongresu FEAMC, který se konal v roce 2004 v Bratislavě pod názvem „*Lékařský plášť a misie života*“, se řešila např. otázka ochrany nenarozeného života, paliativní medicíny nebo poskytování lékařské a duchovní péče drogově závislým osobám aj.

---

<sup>94</sup> Srov. *Centrum pro kvalitu zdraví* [online].

<sup>95</sup> Viz. *European Federation of Catholic Medical Associations* [online].

Mezi členy FEAMC patří i *Asociace kolegií katolických lékařů České republiky* (jíž reprezentují: Prof. Petr Hach a Dr. Dagmar Pohunková), která řeší obdobné otázky jako FEAMC, ale na národní úrovni.

#### **D. Společnost lékařské etiky České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČLS JEP)**

Díky iniciativě Dr. Payneho vznikla v rámci Sekce lékařské etiky ČSL JEP „*Sekce krizové asistence ve zdravotnictví*“, která sdružuje zájemce o duchovní podporu pacientů ve zdravotnických i sociálních zařízeních nehledě na jejich náboženskou příslušnost. Jednou z otázek, kterou se zabývá, je i případné vzdělávání lidí, kteří by pomohli zajišťovat duchovní podporu právě nemocným a umírajícím, kteří nemají zázemí v církvích.<sup>96</sup>

#### **Shrnutí:**

Na těchto několika málo uvedených příkladech vidíme, že na mezinárodní úrovni je myšlenka duchovní služby (a křesťanství vůbec) v nemocnicích již rozšířená a má své zázemí v řadě organizací i programů, které se postupně začínají uplatňovat i v našich nemocnicích.

Bohužel jejich uplatnění bývá v mnoha případech problematické, protože musí podléhat již existujícím právním normám ČR, které jsou právě v oblasti práv pacientů (tedy i práva na duchovní péči, ze kterého poskytování spirituální péče v nemocnicích vyplývá) nedostatečné. Mnoho důležitých oblastí je u nás stále upraveno pouze normami a předpisy, jejichž právní závaznost je sporná (př. Kodex „práv pacientů“, aj.).<sup>97</sup>

V důsledku „neexistence“ jednotného právního zaštitění aktivity vyvíjené v oblasti duchovního doprovázení vycházejí spíše „ze zdola“ – proto jsou pak značně nejednotné a mají jen omezené pole působnosti. Přesto i tyto malé krůčky jsou důležitým posunem ve snaze o zařazení spirituální péče do systému nabídky služeb nemocnic.

#### **2.3.2.2 Církevní aktivity na poli duchovní péče v nemocnicích**

Ještě dříve, než si načrtneme činnost konkrétních církevních subjektů působících na poli duchovní péče o nemocné ve zdravotnických zařízeních, zmíním se alespoň krátce o některých meznících, které výrazně přispěly k jejímu vývoji:

---

<sup>96</sup> Srov. KALVÍNSKÁ, E. *Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích?* s. 112.

<sup>97</sup> Srov. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 66.

▪ Nesporný je význam *Druhého vatikánského koncilu*, který výrazně přispěl k novému pohledu na církev (př. v pastorální konstituci *Gaudium et spes*) a k liturgické reformě, která se týkala i svátosti nemocných.

▪ Výraznou osobností byl i papež **Jan Pavel II.**, který celý svůj život projevoval velký zájem o trpící lid, což vyjádřil už v apoštolském listě o lidském utrpení *Salfici doloris* (1984) a potom i v dalších praktických krocích. V roce 1985 vytvořil *Papežskou radu pro pastorační zdravotnických pracovníků* (viz dále) a roku 1992 ustanovil *Světový den nemocných*, jehož úlohou je připomínat všem lidem potřebu pomáhat trpícím a ukázat na význam duchovní starostlivosti.

▪ Důležitým krokem, který se už dnes projevuje jako nezbytný, bylo pak *zapojení laiků* do pastoračních aktivit církve, tedy i do duchovní péče o nemocné (např. srov. *Christifideles laici* 53, 54).

#### A. Pontifical Council For Health Pastoral Care - Papežská rada pro pastorační zdravotnických pracovníků

Na počátku stál list Jana Pavla II. *Dolnetium hominum*, na jehož základě byla Papežská rada 11. února 1985 založena.

Její hlavním cílem je na celém světě podporovat vzdělávání a formaci na poli zdravotní péče skrze mezinárodní katolické organizace, a to uskutečňuje díky dílčím krokům:

- koordinuje různé aktivity vztahující se ke zdravotnickému sektoru a jeho problémům, v rámci čehož má možnost vnášet do těchto oblastí křesťanské učení a přístupy,
- na mezinárodních i národních úrovních sleduje programy a iniciativy týkající se zdravotní politiky s cílem vymezit problémové oblasti a navrhnout jejich řešení, aj.<sup>98</sup>

K podpoře duchovní dimenze *je* výrazně přispěla i *Chartou pracovníků ve zdravotnictví*, která přináší ucelený pohled na věřícího zdravotnického pracovníka a zdůrazňuje jeho poslání ve světle víry, stejně tak jako pozici nemocného člověka.

#### B. The European Network of Health Care Chaplaincy (ENHCC) - Evropská síť zdravotní kaplanské služby

Podnětem k jejímu vzniku se stalo setkání zástupců sedmi evropských institucí nemocničního kaplanství v Berlíně roku 1990, jehož cílem byla diskuse o etických otázkách spojených se zdravotnickou péčí a poskytováním kaplanské služby. Záměrem tohoto jednání,

---

<sup>98</sup> Viz *Pontifical Council For Health Pastoral Care* [online].

kteřý se stal i hlavním cílem současné organizace, byla snaha vytvořit ucelený přístup k řešení otázek kaplanské služby prostřednictvím vytvoření mezinárodní ekumenické organizace.

Na základě dalších jednání byla pak v roce 2000 přijata tzv. „*Cretan Declaration*“, která oficiálně stanovila podobu ENHCC a její cíle:

*„ENHCC se skládá z reprezentantů církví, náb. vyznání a národních asociací.*

*Její pramenem je křesťanství, na němž stojí evropské kultury.*

*Její účelem je:*

- *umožnit svým členům, kteří slouží na různých pozicích v oblasti zdravotnické péče, společně sdílet a předávat si poznatky a zkušenosti,*

- *vytvářet oficiální směrnice, které by zohledňovaly existenciální a spirituální potřeby pacientů, jejich blízkých i zaměstnanců a vycházely z osobních, náboženských, kulturních a komunitních zdrojů,*

- *podporovat vysoké standardy kvality zdravotních kaplanských služeb v Evropě.*“<sup>99</sup>

Jedním z nejdůležitějších kroků, které k uskutečnění těchto cílů ENHCC učinila, bylo vypracování a schválení *Standards for Health Care Chaplaincy in Europe* v Turku roku 2002 (jejich plné české znění uvádím v Příloze IV.). A nyní ve spolupráci s Evropskou unií usiluje o to, aby tyto standardy byly rozšířeny a přijaty také na oficiální rovině.<sup>100</sup>

Úspěšné vytvoření tohoto jednotného pojetí je velkým krokem k dalšímu rozvoji kaplanské služby po celé Evropě, především pak může být vzorem pro ty státy, které doposud v tomto ohledu „zaostávaly“.

Samozřejmě je důležité si uvědomit, že u nás panuje zcela jiná situace ohledně legislativních a náboženských podmínek. Přesto si myslím, že právě standardy i další kroky ENHCC se mohou stát jakýmsi odrazovým můstkem a ukazatelem, jakým směrem by se měla ubírat duchovní péče o nemocné v ČR. Cíle i standardy ENHCC jsou totiž formulovány takovým způsobem, že výstižně postihují důležitou podstatu kaplanské služby, s ohledem na různorodost kultur však zároveň ponechávají dost prostoru k tomu, aby mohly být upraveny dle panujících podmínek.

---

<sup>99</sup> Srov. KOFINAS, S. *The European Network of Health Care Chaplaincy – A Growing Hope*, s. 4-5.

<sup>100</sup> Srov. WENIGER, M., SHINAS, M. TRAKATELLIS, A. *Spiritual Health Care in the EU*. [online].

### C. Ekumenická rada církví České republiky (ERC ČR)

Ekumenická rada církví je společenstvím křesťanských církví, které vyznávajíce Ježíše Krista jako Boha a Spasitele podle Starého a Nového Zákona jsou si vědomy daru a závazku jednoty Kristových učedníků, a jako projev vzájemné úcty a tolerance založily tuto radu.<sup>101</sup>

V rámci její činnosti je pro nás podstatné vytvoření *Komise pro duchovní službu ve zdravotnických zařízeních* v roce 2001 s cílem na základě ekumenické spolupráce zajistit plošné profesionální poskytování duchovní služby ve zdravotnických zařízeních.

V rámci plnění tohoto cíle podniká „Komise“ následující kroky:

- *legislativní změny* v oblasti zdravotní péče (dialog s Ministerstvem zdravotnictví),
- *informování veřejnosti*,
- *vzdělávání, výměna informací a zkušeností* (př. kurs duchovní služby pro duchovní i laiky, viz dále),
- *koordinace* duchovní služby na ekumenické bázi.<sup>102</sup>

Jedním z důležitých kroků, který je nyní uskutečňován, je snaha o vytvoření *konceptu duchovní služby společně s Českou biskupskou konferencí*.

### D. Česká biskupská konference (ČBK)

Česká biskupská konference zřízená apoštolským stolcem je sborem biskupů České republiky, kteří ve vzájemném spojení vykonávají pastorační úkoly ve prospěch křesťanů.

V rámci ní byla v roce 2005 ustanovena *Rada ČBK pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních* (dále Rada ČBK), jejíž úkolem je právě ve spolupráci s komisí při *ERC* zajistit činnost „spirituálních asistentů“, kteří by pracovali přímo v nemocnici a byli vždy podle potřeby k dispozici pacientům, jejich blízkým i personálu.<sup>103</sup>

Zmíňme si některé otázky, jejichž zodpovězení považuje Rada ČBK za stěžejní pro uskutečnění tohoto cíle.

- *Jak v širším slova smyslu vymezit spirituální péči? Z této otázky pak vychází otázka další:*
- *Kdo bude spirituální péči vykonávat? Jaké budou jeho kompetence, vzdělání?*
- *Kdo bude jeho zaměstnavatelem?*<sup>104</sup>

---

<sup>101</sup> Ekumenická rada církví [online].

<sup>102</sup> Komise pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních [online].

<sup>103</sup> HORÁLEK, M. 62. plenární zasedání ČBK v Koclířově [online].

<sup>104</sup> *Duchovní péče ve zdravotnictví*. Zápis z 1. jednání Rady ČBK pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních, 13. 12. 2005.

## 2.4 Odpověď církve na potřeby nemocného člověka

Už dříve (viz kap. 1.5.3) jsme si definovali potřeby nemocného člověka, a proto - aby byla zachována návaznost témat - si na závěr této druhé části ještě v krátkosti ukažme, jakými prostředky církev na tyto potřeby odpovídá.

Výstižným vyjádřením postoje církve k trpícímu člověku je již úvodní věta pastorální konstituce *Gaudium et spes*:

*„Radost a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby, zvláště chudých a všech, kteří nějak trpí, je i radostí a nadějí, smutkem a úzkostí Kristových učedníků, a není nic opravdu lidského, co by nenašlo v jejich srdci odezvu.“ (GS1)*

Tímto je vyjádřen nejen postoj církve jako instituce, ale i postoj každého křesťana – po vzoru Krista s chápající láskou přistupovat ke každému člověku, být nablízku všem trpícím a pomáhat jim v těžkých situacích. Právě takový přístup k nemocnému člověku může být tím, co mu přinese úlevu a usnadní mu lépe snášet své utrpení.

Následující kapitoly člení pastorační péči o nemocné na dvě oblasti – péči svátostnou a duchovenskou. Toto rozdělení jsem však pojala pouze jako formální, protože jak jsme si již řekli, cílem je všestranné doprovázení člověka v obtížných situacích, a to jak v otázkách duchovních, tak i ostatních potřebách.

### 2.4.1 Svátostná péče

Úvodem se podívejme, jak chápat pojem „*svátost*“.

➤ Etymologicky znamená činnost konanou za pomoci nějakého prostředku či nástroje, jejímž účelem je posvěcení někoho či něčeho.<sup>105</sup>

➤ Katechismus katolické církve mimo jiné hovoří o svátostech jako o „*viditelných znameních Boží milosti*“ (KKC 1131).

---

<sup>105</sup> GIGLIONI, P. *Svátosti Krista a církve*, s. 9.

Vůbec tou první svátostí – svátostí Boha, ve které se plně zjevila jeho milost, je sám Ježíš Kristus (označovaný pojmy „*prásvátost*“, „*Ursacrament*“). Ježíš pak ustanovil církev za pokračovatelku svého díla a správkyni Božích tajemství, proto ji chápeme také jako svátost Krista („*základní svátost*“, „*Grundsacrament*“), a skrze ní bylo ustanoveno i dalších sedm svátostí.<sup>106</sup>

Udělování svátostí vždy hrálo a hraje v církvi důležitou roli, protože Boží milost, která skrze ně proudí, slouží k „*posvěcování člověka, budování Kristova Těla a oslavě Boha*“ (SC 59) a v neposlední řadě má uzdravující vliv i na duchovní složku jedince. Vezmeme-li v úvahu kontext mezi nemocí a hříchem, uzdravením a spásou, pak musíme nejen lékaře, ale i církev chápat jako způsobitou k uzdravování.

Církev jako „prvotní svátost“ uzdravuje člověka tím, že ho přivádí nazpět k Bohu, od něhož se oddálil hříchem, a činí tak s pomocí dalších znamení Boží lásky – 7 svátostí. A jestliže pak víme, že předpokladem jejich působení je ochota k opětovnému sblížení s Bohem, tedy víra, pak lze říci, že jsou vyhrazeny křesťanům.

Pro nemocné jsou určeny především tyto svátosti: *svátost pomazání nemocných, svátost smíření a eucharistie*.

### **Svátost pomazání nemocných**

Svátost pomazání nemocných je stále zatížena mnoha nedorozuměními. Ze slov mnohých autorů<sup>107</sup> i z vlastní zkušenosti vím, že především u starších lidí je často stále chápána a označována jako „poslední pomazání“, tedy zvěstování blízkého konce.

Opak je však pravdou. Svátost pomazání nemocných není sice zárukou, že pacient přijde do nebe, není zárukou uzdravení ani tišícím prostředkem, ale přesto má své pevné místo v čase lidské nemoci, protože připomíná nemocnému Boží blízkost a posilu v čase utrpení.

Svátost nemocných spočívá v pomazání posvěceným olejem na čele a na ruku ve spojení s modlitbou kněze. Křesťan ji může přijímat i vícekrát za život - v situacích, kdy vážně onemocní, chystá se na těžkou operaci nebo ve stáří, kdy už jsou jeho síly zřetelně oslabeny.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> Srov. *Vyznání víry církve*, s. 237.

<sup>107</sup> Srov. např. KALVÍNSKÁ, E. *Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol...*, s. 111.

<sup>108</sup> Srov. *Vyznání víry církve*, s. 280; též CIC, can. 998-1007.

## **Svátost smíření/svátost pokání**

Přijetí svátosti smíření je jednou z nejvýraznějších pomoci, které se nemocnému může dostat, protože uzdravení ducha je úzce spojeno i s uzdravením těla. Bohužel právě její přijímání může být v prostředí nemocnice spojeno s mnohými problémy týkajícími se především nedostatku klidu a soukromí, které člověk k tomuto úkonu většinou potřebuje.

Další překážkou pak je, že ne všichni nemocní jsou z důvodu špatného zdravotního stavu schopni zpověď vykonat. Z hlediska doprovázení nemocných je proto důležité vědět, že hlavním předpokladem této svátosti je *důvěra* k Bohu a *lítost* nad svými hříchy, a ta může být vzbuzována u všech, kdo v Boha věří, ať už jsou schopni svátost přijmout nebo ne.

Připomeňme také, že svátost smíření má být nabízena pouze jako jedna z forem pomoci a nikoli jako povinnost, které je třeba se podrobit.<sup>109</sup>

## **Eucharistie**

Touto svátostí se slouží nemocným nejčastěji, a to nejen v kostelích, ale i v domovech nebo nemocnicích, kam je jim může být knězem (v mimořádných případech také akolytou nebo řádně pověřeným věřícím) přinesena (srov. CIC, can. 910, §1, 2).

Eucharistie stojí na vrcholu všech svátostí, protože křesťané věří, že v proměněném chlebě a víně je přítomen Kristus a skrze jejich přijetí získává člověk podíl nejen na jeho utrpení, ale také na zmrtvýchvstání a věčném životě (srov. SC 47).

Svaté přijímání je také chápáno jako duchovní pokrm - pokrm pro těžké chvíle, který pomáhá člověku vytrvat. To platí zejména u lidí, kteří se ocitají na sklonku svého života nebo v jeho ohrožení. Eucharistie/*viaticum* jako znamení Boží blízkosti a posila na cestu do věčnosti pomáhá nemocnému aby přijal svou vlastní nemoc, nejistou budoucí cestu přes práh smrti a celé své nové životní období jako Boží příslib.<sup>110</sup>

Svátostná péče je svěřena především do rukou osob řádně vysvěcených církví - biskupů, kněží, případně jáhnů, v praxi se však vyskytují mimořádné situace, kdy je tato výsada poskytována i LAIKŮM.

Laik může nemocnému posloužit dvěma svátostmi – *křtem* a *eucharistií*.

*Kodex kanonického práva* stanovuje, že ocitne-li se nemocný člověk v ohrožení života a není dosažitelný žádný řádný udělovatel křtu (biskup, kněz, jáhen), může nemocného pokřtít

---

<sup>109</sup> Srov. OPATRNÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 25-26; též *Vyznání víry církve*, s. 274.

<sup>110</sup> Srov. CIC, can. 911, 921, 922; též PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, s. 82-83.



každý přítomný člověk (srov. CIC, can 861-863). V mimořádných případech pak také akolyta nebo jiný věřící (muž i žena) mohou donášet nemocnému svaté přijímání. Toto pověření však může udělovat pouze biskup a v naléhavém případě jednorázově kněz (srov. CIC, can 910, 911).

I když laik může udělovat „pouze“ tyto dvě svátosti, z hlediska doprovázení nemocného je podle mého názoru důležité, aby každý, kdo se péčí o nemocné věnuje (křesťan i nevěřící člověk), měl povědomí o všech svátostech – a to i nekatolických, protože právě on je často jediným zprostředkovatelem kněžské péče.

#### 2.4.2 *Duchovenská pomoc a rozhovor jako její základní prostředek*

Znovu si připomeňme, že péče církve o nemocné se nemá týkat pouze svátostné služby. O jiných povinnostech faráře než udělování svátostí hovoří i *Kodex kanonického práva*:

*„Aby farář pečlivě plnil službu pastýře, snaží se poznat sobě svěřené věřící; proto navštěvuje rodiny, má účast hlavně na jejich starostech, úzkosti a zármutku a posiluje je v Pánu... Nemocným, hlavně blízkým smrti, se věnuje se zvláštní láskou, posiluje je pečlivě svátostmi a jejich duše odporoučí Bohu...“ (CIC, can. 529)*

Veškerá starost o duchovní stav nemocného však nesmí ležet pouze na bedrech kněze. Dar doprovázet a povzbuzovat nemocné není člověku dán kněžským svěcením. Každý křesťan je povolán k tomu, aby podle svých možností poskytoval svým trpícím spolubratrům pomoc a útěchu. V *Obřadech pomazání nemocných a péče o nemocné* je k tomu řečeno:

*„Všichni věřící křesťané ať se podílejí na péči a lásce Krista a církve, a podle svých možností ať věnují nemocným pečlivou pozornost. Ať je navštěvují a utvrzují ve spojení s Pánem, a ať jim všemožně poskytují bratrskou pomoc.“<sup>111</sup>*

Láskyplný vztah a rozhovor (v našem případě můžeme přímo používat také pojem „pastorační rozhovor“) je jednou z nejdůležitějších věcí, kterou může nemocnému člověku nejen duchovní, ale každý křesťan, nabídnout. I v tomto případě nám může být vzorem Ježíš

---

<sup>111</sup> *Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné*, 42.

Kristus. Když nahlédneme do Bible na případy Ježíšových uzdravování, vidíme, že se samotným skutkem uzdravení se vždy pojí rozhovor a laskavý přístup (př. srov. J 5,1-18).

Na základě toho **J. Křivohlavý** podotýká, že v rozhovoru tedy nejde jenom o to, co řekneme a jak to řekneme, ale - a to především - o tento *laskavý a láskyplný příklon*.<sup>112</sup>

#### *CO JE TEDY CÍLEM PASTÝŘSKÉHO ROZHOVORU?*

Cíle rozhovoru s nemocným člověkem bývají formulovány různým způsobem.

Vůbec tím prvním cílem je asi *vytvoření vztahu* mezi oběma stranami, na jehož hloubce a opravdovosti závisí další vývoj komunikace. Jinak může být cíl pastoračního rozhovoru pojímán jako *porozumění dané situaci pacienta ve světle evangelia*.<sup>113</sup> Předpokladem takto chápaného rozhovoru je tedy jeho určitá náboženská dimenze, která se však nesmí omezit na pouhou náboženskou agitaci či ideologické zpracování nemocného člověka.

Rozhovor sám o sobě nevede k uzdravení, ale má přispět k lidsky důstojnému zvládnutí situace na úrovni víry pacienta a má být ukazatelem, který nemocnému říká, že ve své těžké situaci není sám, ale je tu někdo, kdo s ním sdílí jeho utrpení – nejen doprovázející, ale především Bůh.<sup>114</sup>

Samozřejmě ne vždy se tento cíl podaří naplnit, protože ne každý člověk je ochoten se Bohu otevřít. Tím se však hodnota rozhovoru nebo prosté blízkosti doprovázejícího člověka nesnižuje. Mnohdy totiž stačí jen být přítomen, naslouchat a dát tak nemocnému příležitost, aby mohl sdělit to, co má v sobě – co ho tíží, čeho se obává.

Lze říci, že každý rozhovor s pacientem něco udělá – má určitý vliv (ať už pozitivní či negativní) na jeho rozhodnutí, postoje; a znásobením pacientových obav a nejistot v období nemoci je tento vliv ještě zesílen. Proto by každý, kdo nemocného doprovází nebo o něj jiným způsobem pečuje, měl věnovat velkou pozornost tomu, jak a o čem s ním má hovořit.

K tomu, aby rozhovor (ať už pastorační či ne) probíhal bez problémů, jsou zapotřebí určité komunikační dovednosti na straně doprovázejícího. **J. Beran** z hlediska psychoterapeutického přístupu uvádí jako důležité tyto:

---

<sup>112</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 16.

<sup>113</sup> Srov. tamtéž, s. 17.

<sup>114</sup> Srov. OPATRNÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích, I. část*, s. 5-6. [CD-ROM].

## Komunikační dovednosti

<i>Převážně verbální</i>	<i>Převážně neverbální</i>
Otázky a výzvy	Pozorování
Objasňování	Naslouchání
Souhrny	Empatie
Výklad	Projev zájmu
Projevy porozumění	Respekt

Převzato z: BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*, s. 19.

Jestliže tyto „obecné“ komunikační dovednosti porovnáme s vlastnostmi, jež u pastorujícího předpokládají autoři jako **J. Křivohlavý** nebo **H. Pera** a **B. Weinert**, kteří se pastorační nemocných zabývají, ukáže se shoda především v oblasti „neverbálních dovedností“ – *empatie* (chápána jako vcítění se), *naslouchání*, *projev zájmu* a *respekt k osobnosti nemocného*. Znovu se tedy dostáváme k tomu, co zdůrazňoval a svým příkladem ukazoval sám Ježíš - že to, co je důležité, je laskavý a opravdový přístup ke každému člověku a respekt k jeho osobnosti jako celku (i úrovni jeho víry).

Rozhovor je samozřejmě tím nejdůležitějším prostředkem v rámci doprovázení nemocného v jeho utrpení, není však jediný. Jestliže uzdravení chápeme nejen jako obnovení tělesného zdraví, ale obnovení i duchovní stránky člověka, pak jsou tu ještě jiné prostředky, které u mnoha lidí mohou k tomuto uzdravení přispět.

Informace o nich lze najít v Příloze V. „Další prostředky víry v nemoci“.

## 3 Osoba doprovázejícího

V předchozích kapitolách jsme zmiňovali nezbytnost pastorační péče o nemocné ve zdravotnických zařízeních a hovořili jsme i o těžkostech, které se speciálně s touto službou pojí.

Doprovázející se zde setkává s nemocí trpícími lidmi, kteří se ocitli v izolovaném prostředí nemocnice, řeší důležité životní otázky, a on musí být připraven na tyto situace vhodně reagovat. Úspěšné zvládnutí takového úkolu je bezesporu náročné, a proto jsou i na pomáhajícího pracovníka kladeny velké nároky.

Cílem této části je podat nejen obecný profil doprovázejícího pracovníka, jak ho chápe odborná literatura, ale poukázat i na návrhy formující se v rámci činnosti Rady ČBK a na jiná pojetí převzatá ze zahraničních organizací a programů.

Na závěr bych se pak ještě pozastavila u prvku dobrovolnictví v nemocnicích, protože si myslím, že dobrovolníci mohou být velkou oporou nemocným lidem a zároveň může oblast dobrovolnictví poskytnout mnoho podnětů pro další vývoj v oblasti profesionální duchovní péče.

### 3.1 Vymezení označení pro doprovázejícího

Osoba nabízející duchovní péči je ve standardech vypracovaných *Evropskou sítí zdravotní kaplanské služby (ENHCC)* označována výrazem „chaplain“, což můžeme přeložit jako kaplan či kurát. Toto označení pomáhajícího je pojem obecně uznávaný, ale zároveň nevylučuje užívání pojmů jiných.<sup>115</sup>

V rámci ENHCC je dnes toto označení v mnoha evropských zemích hojně využíváno, a do určité míry je tomu tak i u nás. Zároveň je však pojmem, který u mnohých lidí může působit zmatek v tom, co si pod ním představit.

*ENHCC* chápe kaplana/nemocničního kaplana jako pracovníka, jehož náplní práce je duchovní péče o nemocné ve zdravotnických zařízeních. Není jím tedy jen vysvěcený

---

<sup>115</sup> *Standarty pro zdravotní kaplanskou službu. Příloha IV.*

služebník církve – kněz, ale může to být i laik, muž nebo žena.<sup>116</sup> Oproti tomu, v kontextu *Kodexu kanonického práva* (srov. can. 564-566) i dlouholeté tradice, je kaplan pojímán jako kněz pověřený pastorační péčí o určitou skupinu lidí (v našem případě pacientů ve zdravotnických zařízeních). Jeho služba je pak chápána především jako svátostná, ale s tím, že podle potřeby poskytuje i duchovní podporu, a to nejen křesťanům, ale i „nevěřícím“ pacientům a zdravotnickému personálu, jestliže ho o to požádají.

Právě kvůli rozdílnému chápání tohoto označení poskytovatele duchovních služeb se *Rada ČBK pro duchovní službu ve zdravotnických zařízeních* uchýlila k prozatímnímu používání pracovního pojmu „**spirituální pracovník/spirituální asistent**“.<sup>117</sup>

Protože budeme hovořit převážně o všeobecné charakteristice osoby poskytující spirituální péči nemocným (bez ohledu na to, zda se jedná o duchovního či laika), přidržíme se spíše obecnějších označení: nejen těch, o nichž jsme se zmiňovali nyní, ale i dalších, které s obsahem tohoto poslání souvisí, jako např.: *doprovázející, pomáhající, pastorační pracovník/asistent*.

## 3.2 Kdo může doprovázet

Na tuto otázku jsme si částečně odpověděli již v předchozí kapitole.

Záleží především na tom, co rozumíme pod pojmem pastorační péče o nemocné. Pokud bychom chápali pastorační práci v užším slova smyslu jako péči převážně svátostnou, pak tímto doprovázejícím bude svěcený zástupce církve - kněz. Pouze ve výjimečných případech ho smí v udělování některých svátostí zastoupit pověřený laik (viz kap. 2.4.1). Pro nás je však stěžejní pojetí pastorační péče o nemocné v širším slova smyslu, chápáné jako duchovní doprovázení nemocného v jeho těžké situaci, a tedy poslání vycházející z lásky, které bylo svěřené všemu Božímu lidu.

I praxe ukazuje, že není možné pastorační péči ponechat pouze v rukách biskupů, kněží či jáhnů, a to nejen z důvodu velkého nedostatku vysvěcených duchovních. Jestliže pastorální

---

<sup>116</sup> Srov. tamtéž.

<sup>117</sup> Srov. *Duchovní péče ve zdravotnictví*. Zápis č. 1 z jednání Rady ČBK pro duchovní péči ve zdravotnictví, 13.12. 2005.

konstituce Druhého vatikánského koncilu *Gaudium et spes* zdůrazňuje úzké sepětí mezi Kristovými učedníky a trpícími lidmi (srov. CS 1), nehovoří pouze o duchovních, ale o společenství všech křesťanů sjednocených v Kristu.

### 3.2.1 *Doprovázející kněz*

Knězem poskytujícím spirituální péči pacientům zdravotnického zařízení, může být v pojetí kanonického práva rozuměn jednak:

#### ❖ *Farář zajišťující duchovní podporu nemocným své farnosti*

Kodex kanonického práva ustanovuje péči o nemocné jako jednu z důležitých povinností správce farnosti, když říká:

*„Aby farář pečlivě plnil službu pastýře, snaží se poznat sobě svěřené věřící ...; nemocným, hlavně blízkým smrti, se věnuje se zvláštní láskou, posiluje je pečlivě svátostmi a jejich duše doporučí Bohu...“* (CIC, can. 529, §1)

#### ❖ *Kaplan*

Ještě jednou si zopakujeme, že oproti laickému chápání postu kaplana v rámci ENHCC je kaplan v pojetí katolické církve *„kněz, kterému je natrvalo alespoň z části svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů; tuto péči vykonává podle ustanovení obecného i partikulárního práva.“* (CIC can. 564).

Na základě svého úřadu pečuje kaplan o jemu svěřené nemocné tak, že jim *„hlásá Boží slovo, udílí zvláštní svaté přijímání pro nebezpečí smrti (viaticum), svátost pomazání nemocných a udílí svátost biřmování těm, kteří jsou v nebezpečí smrti.“* (CIC, can. 566, §1)

V některých zemích běžně působí ve zdravotnických zařízeních kněží, kteří se plně věnují péči o nemocné a v rámci zdravotnického týmu se účastní na rozhodování o způsobu jejich léčení (tedy kaplani ve smyslu CIC).<sup>118</sup> U nás zatím převažuje spíše první typ doprovázení vycházející z úzkých vazeb farního společenství.

Nepočítaje ty, pro než je přítomnost kněze u nemocného stále chápána spíše negativně - jako předzvěst blížící se smrti, a „nevěřící“, kteří se kontaktu s knězem brání nebo ho

---

<sup>118</sup> Srov. ZANDLER, M. *Křesťan a zdraví*, s. 57.

považují za zbytečný, je péče duchovního důležitým prvkem v procesu vyrovnání se s nemocí, protože umožňuje zakoušení Boží přítomnosti.

Do jisté míry kněz jako zástupce církve již svou osobou zpřítomňuje Boží lásku, když přichází k nemocnému s upřímnou snahou mu pomoci, vyslechnout ho, vcítit se do jeho situace, porozumět mu bez odsuzování a nést podíl na jeho bolesti. Především věřící nemocný ví, že kněz jedná jako vyslanec Boží a také jako zástupce Božího lidu, církve. Proto je duchovní schopen sejmout s trpícího nemocného osamělost a spojit ho se společenstvím – ať už modlitbou, slavením bohoslužby, udělením svátosti nebo duchovním rozhovorem.<sup>119</sup>

Právě slavení bohoslužby a podávání svátostí je to, co činí péči duchovního jedinečnou a nezastupitelnou, protože vychází ze zvláštní milosti udělené svátostí kněžského svěcení. Doprovázení nemocného však zahrnuje i další složky, ve kterých se může stejně dobře uplatnit kněz i laik, protože jejich základem je láska k bližnímu. A především v péči o nemocného člověka platí dvojnásob, že v jeho utrpení mu má pomáhat každý, kdo je mu nablízku.

### 3.2.2 *Laik ve službě nemocným lidem*

Jestliže budeme v této kapitole hovořit o laicích, vymežeme si nejdříve obsah tohoto pojmu.

*Kodex kanonického práva* říká, že všichni pokřtění lidé se (každý svým způsobem) stávají účastníky Kristova kněžského, prorockého a královského úřadu (srov. CIC, can. 204). Někteří z nich se stávají posvátnými služebníky (duchovními) a ostatní se nazývají laikové, tedy *křesťané, kteří nepřijali svátost svěcení* (srov. CIC, can. 207 §1).

Podstata nezastupitelné účasti laiků v pastorační činnosti však tkví nejenom ve výzvě Ježíše Krista ke všem svým následovníkům, ale má i své praktické odůvodnění. Právě jejich prostřednictvím se církev stává skutečně nedílnou součástí světa; jsou to laici, kteří slovem i příkladem jednání vnášejí křesťanské hodnoty do běžného života (CHL 9). A díky jejich účasti lze rozšířit i možnosti pro působení nemocniční pastorace. Osoby – laici pocházející z různých vrstev a oblastí společnosti totiž mohou zabezpečit náboženskou službu i v takových oblastech, do kterých mají kněží horší přístup nebo kde je jich nedostatek.

---

<sup>119</sup> SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotnická etika*, s. 182.

Podle předpisů kanonického práva mohou laici zastávat i některé jejich úkoly, jako např. sloužit bohoslužbu slova, řídit liturgické modlitby, udílet křest a rozdávat svaté přijímání (CIC, can. 230, §3), přičemž však nikdy nemůžou plně kněze a jáhny nahradit.

Zvláštní přínos pro službu nemocným pak představují ti křesťané, pro něž se toto povolání stalo zároveň i profesní náplní – *pracovníci ve zdravotnictví* (lékaři, sestry, sanitáři, aj.). Jako spolupracovníci Boha při uzdravování nemocného těla se více než ostatní přibližují příkladu Ježíše Krista - „lékaře duší a těl“. Náročnost jejich povolání proto předpokládá mnohem více než jen profesní znalosti, zkušenosti a dovednosti. Vedle toho, že přistupují k pacientům jako profesionální odborníci, se mají stát i trpělivými a laskavými průvodci v průběhu jejich boje s nemocí.<sup>120</sup> Během pobytu v nemocnici, kdy je pacient vytržen ze svého domácího prostředí, se stávají těmi, kteří jsou s ním v téměř neustálém kontaktu, a proto se mají snažit – ať už skrze rozhovor nebo jen prostý láskyplný přístup - vnést do jeho těžké situace světlo Boží lásky a naděje.

### 3.2.3 *Nový model „nemocničního pastoračního pracovníka“*

Zatím jsme si ukázali dvě varianty, jakými lze zajistit duchovní podporu nemocným pobyvající<sup>m</sup> ve zdravotnických zařízeních. Tím prvním poskytovatelem je *kněz*, buďto pověřený přímo péčí o určitou skupinu nemocných (kaplan podle CIC) nebo farář, jehož starost o členy své farnosti zahrnuje i duchovní péči o nemocné farníky. Druhou možností představuje doprovázení *laika*, který starost o nemocné přijímá jako přirozenou součást svého života.

Ve snaze zaručit nemocným lidem hospitalizovaným v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních **nepřetržitou** a „**profesionální**“ spirituální péči ze strany církve, probíhají na mezinárodní i národní úrovni pokusy o vytvoření *nového modelu „nemocničního pastoračního pracovníka“/nemocničního kaplana*.

Jestliže základní ideou je snaha poskytovat nemocnému skutečně kvalitní péči, tzn. mít na zřeteli také vzájemnou a úzkou provázanost fyzických, psychických, sociálních

---

<sup>120</sup> Srov. SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotnická etika*, s. 45.



a spirituálních potřeb, vzdělání tohoto pracovníka by mělo zahrnovat nejenom znalosti teologie a pastorační péče, ale i základní vědomosti z oblasti zdravotní péče, psychologie, sociologie a jiných oblastí.

*Evropská síť zdravotní kaplanské služby (ENHCC)* ve svých *Standardech pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě* přijatých v roce 2002 (viz Příloha IV.) stanovila základní podobu modelu nemocničního kaplana, kterého charakterizuje jako – *duchovního či laika, který byl profesionálně vycvičen v oblasti zdravotní péče; je zplnomocněn jeho společenstvím věřících a uznán zdravotnickým systémem*, a zároveň uvádí základní požadavky na jejich formaci, které zahrnují i povědomost o problémech zdravotní péče.

Problematika pojetí nemocničního pastoračního pracovníka je aktuální i u nás. Na národní úrovni řeší otázku vytváření jeho profilu v současné době Rada ČBK společně s Komisí pro duchovní službu ve zdravotnictví při ERC, Sekce krizové intervence zřízená při ČLS JEP, aj.

### **3.3 Předpoklady pro nemocniční pastorační**

Stejně jako další pomáhající profese, které pečují o lidi nacházející se v momentální či dlouhodobé krizi, je i post nemocničního kaplana náročným posláním.

Už v předchozí části (viz kap. 2.2.2) jsme si řekli, úkolem doprovázejícího je: být k dispozici nejen nemocným, ale i jejich rodinám a podle potřeby i personálu, sdílet s nemocným člověkem jeho těžkosti a zároveň ho povzbuzovat a dodávat mu naději, aj. K dobrému zvládnutí pomoci nemocnému je proto nezbytné, aby osoba poskytující pacientům duchovní péči měla celou řadu znalostí, dovedností, ale i potřebné osobnostní předpoklady a byla ke své práci náležitě motivována.

Podle **J. Křivohlavého** je základem úspěšného doprovázení splnění tří základních předpokladů : *chtít, umět a vědět*.<sup>121</sup> A na ně se nyní blíže podíváme.

---

<sup>121</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 10.

### 3.3.1 Chtít - motivace pro nemocniční pastorační

Motivace je důležitým činitelem při poskytování spirituální péče v nemocnici. Jestliže má doprovázející jedinec své poslání plnit tak, aby se nestalo jen pracovní povinností, ale přinášelo užitek nejen nemocnému<sup>ale</sup> i jemu samému, musí v tom, co dělá, spatřovat smysl - a právě křesťanská víra mu může skrze své hodnoty tento smysl zprostředkovat.

#### 1. Kristologický základ

Celým svým pozemským životem až po smrt na kříži Ježíš Kristus vyjadřoval příklon k těm, kteří nějakým způsobem trpí. Bezmeznou lásku jim projevovat nejen slovy, ale největší důkaz podával svým životem a nakonec tím nejradikálnějším činem, kterým tento láskyplný vztah mohl dosvědčit – výkupnou smrtí pro spásu všech lidí světa.

Základem pastorační péče v nemocnicích je velikonoční tajemství. Prostřednictvím doprovázení nemocných se dále naplňuje úkol, který Ježíš sám započal, posléze předal svým apoštolům a skrze ně i celé církvi (srov. Mt 10,7-8) – pomáhat lidem zmírňovat jejich utrpení skrze ohlašování Božího slova a konkrétními činy. Příkázání lásky je vůbec tím nejdůležitějším příkázáním, které nám Kristus zanechal. Nabádá tak všechny své následovníky, aby nahlíželi na každého člověka jeho očima – pohledem neodsuzující lásky a přijetí.

#### 2. Eklesiologický základ

Ve shodě s Kristovým posláním je úkolem křesťanů nejen hlásat, ale především žít toto evangelium lásky. Ježíš povolává každého jednotlivého člověka, aby následoval jeho příkladu, přesto je však důležité nezapomínat na další hledisko, které ve své encyklice *Deus Caritas est* zdůrazňuje i papež Benedikt XVI., když zde říká: „*Láska k bližnímu je sice úlohou pro jednotlivého věřícího, je však zároveň úkolem pro celou církevní komunitu, a to na všech úrovních od místní komunity až k univerzální církvi v její globalitě*“.<sup>122</sup>

Tento úryvek tak zdůrazňuje, že i přes nepopiratelný význam péče každého křesťana jako jednotlivce, je primárním subjektem duchovní péče ve zdravotnických zařízeních církevní komunita jako celek. Ta se má starat nejen o to, aby duchovní péče byla poskytována všude, kde je toho třeba, ale zároveň je jejím úkolem touto péčí pověřit někoho ze svého středu a také ho náležitě připravit.

---

<sup>122</sup> BENEDIKT XVI. *Deus Caritas est*, 20. [online].

### 3. *Misionářský základ*

Když Ježíš vyslal apoštoly, řekl jim: „*Jděte a kažte, že se přiblížilo království nebeské. Nemocné uzdravujte...*“ (Mt 10,7-8).

Nemocnice je zcela specifickým místem pro takto chápanou pastorační práci. Je místem, které utváří předpoklady pro setkání nejen s nemocnými, ale i jejich rodinnými příslušníky, známými a zdravotnickými pracovníky – je tedy místem, kde je možné přiblížit se i vzdálenějším věřícím. Druhým předpokladem je samotná situace nemocného člověka, který si v situaci utrpení a obav o životy začíná uvědomovat omezenost svého bytí a „je přinucený“ klást si otázky po smyslu svého života a po Bohu. To jsou okamžiky, kdy pastorující může víru pacienta rozvíjet a upevnit (ale i člověka vůči Bohu zatvrdit).<sup>123</sup> V žádném případě však nesmí jít o využívání těžké a nepřehledné situace nemocného k „násilnému“ přetahování na víru. Vždy musí být zachován respekt k důstojnosti, svobodě a individualitě každého člověka.

### 4. *Antropologický základ*

V moderní medicíně je již všeobecně známé tvrzení, že objektem léčení není nemoc, ale nemocný člověk.<sup>124</sup> Jejím cílem tedy není jen odstranění fyzických příznaků nemoci, ale uzdravení celého jedince – v jeho duševní, tělesné, sociální i *spirituální* dimenzi. Přesto je uplatnění tohoto principu (především ohledně spirituální dimenze) stále ještě omezené, o čemž svědčí „nepřítomnost“ nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních.

Současný stav je tak nejen pro církev, ale i pro celou společnost výzvou, aby do neosobního prostředí nemocnic vnesly duchovní rozměr.

Motivace je velice důležitá, není však jediným činitelem. Jde-li nám o dobrou službu nemocným, je třeba pamatovat i na další aspekty – nestačí jen chtít, ale doprovázející musí také vědět, co v určitých situacích dělat, jak reagovat, jak pomáhat.

#### 3.3.2 *Vědět – vzdělávání nemocničního kaplana*

Odborná kompetence je velice důležitým prvkem v poslání pomáhajícího pracovníka, protože právě nedostatek znalostí v určitých oblastech může být často příčinou nevhodných postojů a reakcí a následného narušení vztahů, ať už s pacienty nebo personálem nemocnice.

---

<sup>123</sup> Srov. ĎAČOK, J. *Člověk, utrpenie, nemocnica*, s. 84.

<sup>124</sup> Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicina*, s. 61.

Proto je důkladná příprava nevyhnutelným požadavkem, a to nejen příprava před samotným vykonáváním služby, ale i během celého jejího průběhu.

Zvláště ve zdravotnictví je kladen důraz na odbornost všech pracovníků vyplývající z velké zodpovědnosti jejich povolání. Jestliže se tedy spirituální pracovník má stát rovnocenným členem týmu nemocnice, musí být zajištěno i jeho řádné odborné vzdělání. Zároveň tak budou pacienti chráněni před nevítanými a neodbornými „duchovními vstupy“ do svého soukromí.

Vzdělávací program by měl obsahovat všechny obory, jejichž poznatky bude nemocniční pastorační pracovník potřebovat ke zvládnutí širokého spektra činností, které v rámci své profese bude vykonávat. Takže když vyjdeme z náplně práce spirituálního pracovníka (podle ENHCC a Rady ČBK), můžeme si sestavit jakýsi přehled věd a oborů, jejichž (alespoň částečná) znalost pro něho bude důležitá.

#### TEORETICKÁ ROVINA:

➤ **Teologie** – poskytuje zásadní pohled na celý svět a lidský život, je voláním Boha po kontaktu s člověkem, proto zároveň zprostředkovává znalosti podstatné z hlediska duchovního vedení pacienta (pomáhá odpovídat na jeho otázky) i z hlediska prohlubování vlastního duchovního života. V rámci teologie lze ještě konkrétně zdůraznit **ekumenickou teologii/religionistiku**, která podává přehled víře a úkonech jiných církví, a **praktickou teologii/pastorální teologii** uvádějící teoretické poznatky do praktické pastorace.

➤ **Psychologie, psychoterapie** – napomáhá k dobrému navazování vztahů a komunikace s nemocným, k chápání jeho situace, postojů, emocí a k hledání vhodných přístupů. Můžeme sem zařadit i další potřebné znalosti z oblastí **komunikace, krizové intervence (praktický výcvik)**.

➤ **Sociologie** – je důležitá z hlediska pochopení vztahů v nemocnici (ve zdravotnickém týmu), vztahů týkajících se pacienta a jeho rodiny i celé společnosti.

➤ **Zdravověda/medicína** – pro lepší pochopení pacientova stavu a jeho chování je potřebné znát alespoň rámcově příčiny jeho nemoci a její projevy. Tyto znalosti zároveň ulehčí komunikaci s odborným personálem.

➤ **Etika/bioetika, pastorální medicína** – tyto obory zodpovídají otázky týkající se důstojnosti každého člověka a zároveň seznamují doprovázejícího s etickými postoji k problematickým tématům jako, eutanazie, potraty, aj.

➤ **Právo** – poskytuje základní přehled v takových oblastech jakými jsou např. práva pacientů, povinnosti zdravotnických pracovníků, etické kodexy, aj.

➤ **Management** - znalosti pomáhají při organizaci duchovní péče o nemocné, příp. při koordinaci a řízení dobrovolníků.

#### PRAKTICKÁ ROVINA:

➤ **Výcvik v dovednostech** – komunikační dovednosti, krizová intervence, aj.

➤ **Supervize, duchovní vedení** – předávání zkušeností, vzájemná podpora, ...

➤ **Praxe** – ověření si teoretických poznatků přímo v prostředí nemocničních oddělení.

Na různých úrovních církve již proces vymezení obsahu kvalifikace probíhá, tak se nyní podívejme na některé jeho výsledky.

O vytvoření a rozšíření jednotného systému vzdělávání nemocničních kaplanů ve spolupráci s Evropskou Unií usiluje **Evropská síť zdravotní kaplanské služby (ENHCC)**. Jejím cílem je za pomoci EU seznámit členské země s právem pacientů na doprovázení kvalifikovaným nemocničním kaplanem (jak je definován ve standardech ENHCC) a následně vypracovat jednotný rámec jeho odbornosti, který by byl v jejich nemocnicích respektován.<sup>125</sup>

Už ve *Standardech pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě* (viz Příloha IV.) ENHCC vymezuje obecný obsah náplně jeho vzdělávání, kde zdůrazňuje především tyto oblasti:

▪ **teologickou a vědeckou rovinu** – tzn. znalosti z teologie, psychologie, sociologie i medicíny, aj.;

▪ **praktický trénink přímo ve zdravotnických zařízeních,**

▪ vedle toho pak ještě hovoří o **duchovním vedení a supervizi.**

Na mezinárodní úrovni bych ještě poukázala na vzdělávací program **CPE (Clinical Pastoral Education)**, který je poskytovaný kanadskou asociací - **The Association for Clinical Pastoral Education (ACPE)** - Asociací pro klinické pastorační vzdělávání. Obsahově je tento program zaměřený na poskytování obecného vzdělání v oblasti pastorační péče, přesto může přinést důležité podněty i pro formování programu pastorační činnosti ve

---

<sup>125</sup> Srov. WENIGER, M., SHINAS, M. TRAKATELLIS, A. *Spiritual Health Care in the EU*. [online].

zdravotnictví. (Stručná historie ACPE a poznámky z některých tématických oblastí *Standardů ACPE* jsou zařazeny v Příloze VII.)

Vedle toho, že nám *Standardy ACPE* nabízejí pro porovnání jakýsi svůj „*etický kodex pastoračního pracovníka*“, podávají rovněž informace o formě a cílech svých programů. I zde je forma vzdělávání chápána především jako:

- získávání **teoretických znalostí** prostřednictvím individuálního i skupinového studia teologie, etiky, přírodních věd, ...,
- získávání **praktických zkušeností** prostřednictvím praxe, supervize a výcvikových programů (viz Příloha VII.).

Hlavní cíle ACPE můžeme na základě jejích standardů definovat jako dosažení:

- plného uvědomění si svého poslání, své identity jako duchovního průvodce,
- schopnosti propojení teoretických znalostí z teologie a přírodních věd s praktickou pastorační činností – schopnost oslovovat všechny stránky člověka skrze duchovno.

Shrnutím poznatků z výše uvedených náplní vzdělání spirituálního pracovníka lze říci, že ačkoliv jsou charakterizovány poměrně obecně, shodují se v **nutnosti propojit teoretické poznatky** (teologie a dalších přírodních věd) **se zkušenostmi** získanými v rámci praxe a poskytovat vzdělávanému jedinci **duchovní i profesní podporu**.

V České republice stojí pokusy o vymezení náplně vzdělávání nemocničního pastoračního pracovníka teprve na počátku, přesto už jisté kroky podniknuty byly:

- V rámci **Ekumenické rady církví** byl v roce 2005 zahájen „**Základní kurs duchovní služby nemocným**“ určený pro zájemce z řad duchovních i laiků, kteří by se jejím poskytováním chtěli zabývat (viz Příloha VIII.).

Jeho obsahová náplň je dle mého názoru dobře koncipována – tak, aby účastníka seznámila se všemi tématickými oblastmi pojícími se s jeho činností v nemocnici. Vedle témat, která jsme si na začátku kapitoly zdůraznili i my, je tu zařazen ještě jeden důležitý bod, a sice okruh seznamující účastníka s chodem nemocnice, jejími principy, organizací a zdravotnickým týmem. To jsou informace, které do velké míry mohou usnadnit vstup do nemocnice a včlenění se do zdravotnického týmu.

- **Rada ČBK** v rámci jednání s Komisí ERC také již vypracovala pracovní koncept obsahu vzdělání spirituálního pracovníka (viz Příloha VI.).

○ Dvě pražské teologické fakulty – **Katolická teologická fakulta** a **Evangelická teologická fakulta** – začaly vypracovávat koncept programu vzdělávání pro ty, kteří by se chtěli zabývat duchovní péčí ve zdravotnických či sociálních zařízeních.<sup>126</sup>

○ Další návrhy vycházejí i ze strany **České lékařské společnosti J. E. Purkyně** v rámci Společnosti lékařské etiky „Sekce krizové asistence“, aj.

### 3.3.3 *Umět - profil osobnosti a spirituality nemocničního kaplana*

O odborných znalostech a motivaci jsme se již zmínili, v následující kapitole se proto pokusme definovat ty předpoklady, které vychází z osobnosti nemocničního kaplana a umožňují mu snadněji porozumět nejen světu nemocného člověka, ale i atmosféře zdravotnického zařízení.

Zatímco v jiných oblastech (např. oblasti sociální práce) již existují etické kodexy, které stanovují principy sociální práce i kritéria a požadavky kladené na pracovníka, pastorece nemocných stojí v tomto ohledu teprve na počátku.<sup>127</sup> Obě tyto oblasti jsou si však v mnohém podobné, a proto při vymezení profilu osoby doprovázejícího můžeme vycházet nejen z dostupné literatury týkající se pastorece nemocných, ale i z charakteristik sociálního pracovníka.

Na závěr si pak tento profil porovnáme s „pracovním profilem“ spirituálního pracovníka vytvořeným Radou ČBK.

Úvodem si objasníme, že pod pojmem **osobnost** budeme chápat – organizovaný celek fyzických a psychických vlastností člověka, typických pro daného jednotlivce a projevujících se v jeho chování. Záměrně zde uvádím definici osobnosti, aby bylo jasné, že v rámci specifik pomáhajícího pracovníka je poukazováno i na „*tělesnou zdatnost*“. Nemluvíme tu však o fyzické kráse a dokonalosti. Důležitá je především péče o zdraví a zdravý životní styl, protože tělo je prvotním zdrojem energie a ovlivňuje i psychiku člověka.

---

<sup>126</sup> KALVÍNSKÁ, E. *Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol...*, s. 112.

<sup>127</sup> V rámci činnosti Rady ČBK zatím vznikl první návrh na Etického kodexu pastoračního pracovníka.

Ve své práci musí doprovázející umět zaujímat různé postoje, různé role, a to klade zvláštní nároky na celou jeho osobnost, která musí být *vyspělá a harmonická*. Teprve taková osobnost se může stát pro pacienta oporou.<sup>128</sup>

Představu ideálního pomáhajícího pracovníka může mít každý člověk jinou. Tyto představy by se však měly shodovat v základních předpokladech, kterými jsou:

- ***Respekt***

Prvotním požadavkem je *respekt k základním lidským právům*, která jsou přisuzována bez rozdílu všem lidem. Tento respekt pak předpokládá, že pomáhající pracovník bude přijímat *jedinečnost* každého člověka, jeho specifické potřeby, tzn. i úroveň jeho víry, které by se měl přizpůsobit. Respektovat druhého člověka však také znamená vytvářet vztahy založené na *partnerství*, na ponechání svobody rozhodování (tzn. vztahy vyhýbající se manipulaci).<sup>129</sup>

- ***Empatie***

Pod pojmem empatie rozumíme schopnost *vcítění se* do druhého člověka, do jeho uvažování a pocitů, které je důležitým předpokladem pro pochopení situace nemocného, a tedy i pro odpovídající a chápající reakci na jeho chování. Už sdílení jeho starostí a obav samo o sobě může být mnohdy dostačujícím prostředkem doprovázení.

- ***Opravdovost, otevřenost***

*Opravdovost v jednání* je důležitým činitelem pomáhajících profesí. Ale aby doprovázející jednal opravdově, tedy aby jeho „profese“ byla v souladu s jeho hodnotami, je důležitá i *otevřenost vůči sobě samému*. V našem případě jde o to, že má-li doprovázející pomáhat pacientům a jejich okolí vyrovnávat se s nemocí či smrtí, musí se s těmito fakty vyrovnat nejprve on sám.

- ***Schopnost přiblížit se, ale zároveň si zachovávat odstup***

Pro doprovázejícího je důležité, aby si uměl s pacientem vytvořit vztah, který by se nesl v atmosféře důvěry a sdílení. K tomu přispívají takové schopnosti a vlastnosti jako např. *otevřenost, laskavý přístup, empatie, spolehlivost, diskrétnost, komunikační dovednosti aj.*

---

<sup>128</sup> ZAPLETALOVÁ, L. *Základy sociální práce 2*. Poznámky z přednášek.

<sup>129</sup> Srov. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*, 1.2 – 1.4. [online].



Zároveň je však důležité, aby se pomáhající pracovník nenechal tímto vztahem/pacientovými problémy plně pohltit, ale uměl si zachovat patřičný *odstup*, svou *identitu*.<sup>130</sup>

- **Komunikační dovednosti**

Viz kapitola 2.4.2 Duchovenská pomoc a rozhovor jako její základní prostředek.

- **Odborné znalosti a zkušenosti, snaha sebevzdělání, spolupráce**

O odborných znalostech jsme se již zmiňovali v předchozí kapitole. Zde bych spíše poukázala na aktivitu pomáhajícího pracovníka v oblasti neustálého sebevzdělávání, doplňování nových poznatků a také na jeho schopnost týmové spolupráce.<sup>131</sup>

- **Zdravá spiritualita**

Úkolem nemocničního kaplana je zprostředkovávat nemocnému víru a Boží lásku, a proto je důležité, aby se jeho vlastní spiritualita ubírala správným směrem. I on by o ní měl neustále pečovat a oživovat ji, což je možné činit za pomoci různých křesťanských prvků jako např. – pravidelné modlitby, četby Bible, účasti na bohoslužbách a přijímání svátostí. Nejdůležitější ovšem je, aby byl duchovní život rozvíjen v rámci živého křesťanského společenství, které je místem vzájemného hlubokého sdílení, zdrojem útěchy a povzbuzení.<sup>132</sup>

Existuje však i mnoho chybných forem duchovního života. Proto, jestliže užíváme pojem „zdravá spiritualita“, chápeme tím spiritualitu, která podle **A. Grüna**:

- uvádí člověka do zkušenosti s Bohem a nenutí ho k úzkostlivému dodržování ideálu mravní dokonalosti,

- dovoluje, aby se i hříšný a slabý jedinec těšil z Božího milosrdenství,
- spojuje člověka s ostatními lidmi,
- neodtahuje od světa, ale vnímá člověka v realitě každodenního života,
- oslovuje celého člověka, ducha i tělo, vědomí i nevědomí,
- je pokorná a vede člověka k pokoji, milosrdné lásce a tiché radosti.<sup>133</sup>

- **Další předpoklady**

V rámci popisu osobnosti sociálního pracovníka bychom se mohli zaměřit na další vlastnosti týkající se jeho charakteru, které ovšem nebudeme více rozvádět, protože pro vymezení profilu nejsou již tak zásadní jako předešlé. Nejčastěji je upozorňováno na tyto:

- *kladný vztah k lidem* - srdečnost, ohleduplnost, takt, soucit, obětavost, vyrovnanost, spravedlnost, čestnost, aj.

---

<sup>130</sup> Srov. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, s. 48-51.

<sup>131</sup> Srov. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*, 2.4. [online].

<sup>132</sup> ZANDLER, M. *Křesťan a zdraví*, s. 48.

<sup>133</sup> Srov. GRÜN, A., DUFNER, M. *Zdraví jako duchovní úkol*, s. 57-58.

- *kladný vzťah k práci* – svědomitost, iniciativnost, organizační schopnosti, smysl pro povinnost, důkladnost, aj.
- *kladný vzťah k sobě samému* – sebeúcta, zdravé sebevědomí, sebekontrola, sebekritičnost, aj.<sup>134</sup>

#### SROVNÁNÍ:

Profil doprovázejícího pracovníka vytvořený na základě požadavků charakterizujících sociálního pracovníka a literatury týkající se pastorační práce nemocných se do značné míry *myšlenkově shoduje* s pracovním profilem vytvořeným Radou ČBK (viz Příloha VI.). Nerespektuje však její rozdělení na dobrovolné a profesionální pracovníky, proto si každou skupinu porovnejme zvlášť, a to ještě s přihlédnutím k náplni jejich povolání, jak ji definují *Rada ČBK a Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě* (viz Příloha IV.).

Náplň práce **dobrovolníka** (a důležitá součást povolání profesionálního pomáhajícího pracovníka) se orientuje převážně na oblast komunikace a navazování vztahů s nemocnými, jejich příbuznými a zdravotnickým personálem, a proto bychom i většinu požadavků na ně kladených mohli shrnout pod obecný pojem „vztahové komunikační dovednosti“.

Oba vytvořené profily (i když každý užívá jiná označení a pojmenování) tyto dovednosti plně zahrnují. Ale vzhledem k tomu, že i dobrovolník se v rámci své činnosti neustále pohybuje v kolektivu, se kterým musí spolupracovat, myslím si, že by bylo vhodné jako další předpoklad zařadit vedle komunikačních dovedností i týmovou spolupráci. Stejně tak, jestliže hovoříme o „křesťanském doprovázení“, dalo by se už zde uvažovat o zmínění předpokladu zdravé spirituality - i dobrovolník přece svým jednáním a smýšlením ovlivňuje všechny, se kterými se v nemocnici setkává.

Náplň práce **doprovázejícího – profesionála** je mnohem širší. Vedle doprovázení zahrnuje i celou řadu organizačních a koordinačních činností, a proto i požadavky kladené na jeho osobnost jsou mnohem náročnější. Stejně jako v případě dobrovolníků, i zde bych proto v rámci již zařazených předpokladů zdůraznila ještě schopnost týmové spolupráce, ale také organizační schopnosti, které jsou v případě profesionála důležité.

---

<sup>134</sup> ZAPLETALOVÁ, L. *Základy sociální práce 2*. Poznámky z přednášek.

### 3.3.4 *Supervize jako prevence syndromu vyhoření*

Výkon pomáhající profese může být spojen s celou řadou obtíží vyplývajících z náročných podmínek, ve kterých se doprovázející pracovník neustále pohybuje. Proto požadavky, jež jsou na něho kladené (motivace, znalosti a schopnosti), mají své opodstatnění – jejich splnění totiž napomáhá k tomu, aby pracovník nedospěl až k naprostému vyčerpání, resp. vyhoření.

**Syndrom vyhoření** představuje *soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí (dobrovolníků i profesionálů) v důsledku pracovního stresu*, jehož příčinou může být nejen obrovská zátěž spojená s nasazením pro druhé lidi, ale i nepříznivé podmínky „pracovního prostředí“, náhlá změna v životě, aj.<sup>135</sup> Je příčinou toho, že pomoc (v našem případě pomoc nemocnému člověku, jeho rodině a zdrav. pracovníkům) se stává pouze formální povinností a ztrácí tak svou účinnost.

Syndrom vyhoření je *stavem totálního vyčerpání fyzických, citových a duchovních zdrojů*, které člověka udržovaly v činnosti, a proto ochromuje nebo dokonce znemožňuje pokračování v dosavadní práci. Jako jeho typické příznaky můžeme uvést např. chronickou únavu, nejrůznější somatická onemocnění, podrážděnost, psychickou labilitu, dehumanizaci pracovních postupů, uzavřenost, atd.<sup>136</sup>

Důležitým prostředkem, jak vyhoření předcházet, je vedle předpokladů motivace, znalostí a dovedností také **supervize** doprovázejícího zařazená nejen do doby přípravy a počátečního výkonu tohoto poslání (*supervize kvalifikační*), ale pravidelná supervize již kvalifikovaných pracovníků (*průběžná supervize*).

V překladu z angličtiny supervize znamená dohled, dozor, kontrolu, řízení, inspekci nad výkonem duchovní péče a přípravou na ni; lépe „*nadhled*“ nad profesním růstem.<sup>137</sup> My však ponecháme stranou prvek řízení a kontroly a budeme tento pojem používat ve smyslu ***metody zaměřené na neustálé zvyšování kvality a profesionality práce.***

---

<sup>135</sup> JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 158.

<sup>136</sup> Srov. HECZKO, D. *Už nemohu dál : O syndromu vyhoření*, s. 7-17

<sup>137</sup> KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 138.

## CÍLE:

Takto chápaná supervize klade důraz na rozvíjení osobního i profesionálního potenciálu supervidovaného, rozšiřování jeho dovedností, a souběžně mu pomáhá řešit těžko řešitelné případy, vyrovnávat se s pracovním stresem a poskytovat mu maximum podpory. V rámci zařazení supervize do procesu kvalifikace je pak zaměřena především na propojení teoretických znalostí s praktickým výcvikem.

V obou případech platí, že základem vztahu mezi supervizorem a supervidovaným je vzájemná spolupráce, společné hledání řešení problémů a rozvíjení sebereflexe vedoucí k pochopení neuvědomovaných si souvislostí.<sup>138</sup>

## FORMY A METODY:

- Supervize může být individuální nebo skupinová, může být vedená supervizorem, ale může jít i o skupinu stejně zkušených kolegů bez supervizora nebo o vzájemné konzultování dvou kolegů, aj. Každá tato forma má pak vymezená svá konkrétní pravidla.
- Supervize může pracovat buďto přímo s reálnými situacemi, může ale používat také modelové situace přehrávané ve skupině nebo pracovat jen s písemným záznamem. Mnohé její pomocné techniky jsou pak propůjčeny z psychoterapie a přizpůsobené dané situaci – např. psychodrama, systemicky vedený rozhovor, aj.<sup>139</sup>

Výše uvedené informace popisovaly supervizi na úrovni obecné – supervizi v pojetí sociální práce a psychoterapie. V krátkosti se ještě podívejme na její úlohu v pastorační práci.

**J. Augustyn** podotýká, že na poli duchovní/pastorační péče je supervize novinkou, nicméně není zcela neznámá a její význam neustále stoupá. Spirituálním pracovníkům má pomoci, aby byli více nápomocni prohlubování vztahů druhých lidí k Bohu – aby se stali zdatnějšími provázejícími.<sup>140</sup>

Vedle toho si ještě poukažme ještě na jednu důležitou věc. Aby doprovázející mohl dobře pomáhat nemocným, musí o sebe také řádně pečovat, a to i o svůj duchovní život. I na této rovině může supervize (ve smyslu společného hledání odpovědí, řešení problémů, sdílení zkušeností) přinést své ovoce.

---

<sup>138</sup> Srov. tamtéž, s. 138-139.

<sup>139</sup> Tamtéž, s. 140.

<sup>140</sup> AUGUSTYN, J. *Praxe duchovního vedení*, s. 111.

### **3.4 Spirituální pracovník jako profesionální člen ošetrovatelského týmu**

Díky rychlému rozvoji vědy a techniky se podstatným rysem moderního zdravotnictví stalo rozdělení péče o nemocného člověka mezi velký počet různě specializovaných pracovníků. Specializace vnesla do zdravotnické péče výrazné zlepšení po vědecké stránce, pro pacientovo blaho je však podstatné, aby byly *všechny* složky uvedeny do harmonie, jinak by léčba nemusela být úspěšná a mohla by naopak vést ke zhoršení zdravotního stavu. Proto je stále více *zdůrazňována* **týmová povaha práce ve zdravotnictví**.

V předchozích kapitolách jsme již zmínili úzké souvislosti mezi čtyřmi dimenzemi lidské osobnosti (biologické, psychické, sociální a spirituální) a poukázali i na prolínání jednotlivých věd, které jsou z hlediska péče o nemocného stěžejní. Tato základní myšlenka má samozřejmě své praktické důsledky i v oblasti působení „spirituálních pracovníků“ v nemocnicích.

Práce v týmu předpokládá, že každý člen má svou zodpovědnost za určitou sféru pacientova života a každý člen týmu musí vědět, kam jeho kompetence sahají. Na druhou stranu, aby spolupráce byla účinná a ve svém výsledku vedla k uzdravení celého člověka, se tyto hranice do jisté <sup>ovládní</sup> musí prolínat a v sehraném týmu musí docházet k vzájemným přesahům, a to na formální i neformální úrovni.<sup>141</sup> Na základě správně vymezených vztahů se nejen pacientovi dostane dobré péče, ale fungující spolupráce umožňuje i vzájemné předávání informací a zkušeností mezi pracovníky a přispívá k vytváření klidné atmosféry na pracovištích.

Z hlediska pastorační péče ve zdravotnických zařízeních je určitě důležité všimnout si přínosu, který do zdravotnického týmu přináší kterýkoli jeho člen, jestliže je věřícím křesťanem. Víra vytváří předpoklady pro hlubší porozumění nemocnému jedinci a zároveň „zavazuje“ k chápání zdravotnického povolání jako služby Bohu i bližnímu. Tyto přístupy by pak měl věřící zdravotník vnášet nejen mezi pacienty, ale i mezi své spolupracovníky.<sup>142</sup> Nás však bude více zajímat postavení „spirituálního pracovníka“ jako profesionálního člena/nečlena ošetrovatelského týmu.

---

<sup>141</sup> Srov. SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotnická etika*, s. 50.

<sup>142</sup> Tamtéž, s. 51.

To, že nemocniční kaplani ve velké většině případů nejsou zařazeni do ošetrovatelského týmu, ale působí jako „docházející“ pracovníci, s sebou přináší mnohé těžkosti. Nejedná se jen o to, že nemají přístup k dokumentaci konkrétního pacienta a nemohou se tak před samotným setkáním seznámit s jeho situací, ale jako externí pracovníci jsou pak i hůře vnímáni samotným zdravotnickým personálem, což ztěžuje vzájemnou spolupráci.

Otázka začlenění kaplana do profesionálního zdravotního týmu je stále aktuální. A to nejen u nás - např. v rámci činnosti *Rady ČBK pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních*, ale i na mezinárodní úrovni - *The European Network of Health Care Chaplaincy (ENHCC)* - *Evropské síť zdravotní kaplanské služby*.

Už ve *Standardech pro zdravotní kaplanskou službu* schválených ENHCC v roce 2002 (viz Příloha II.) je opakovaně charakterizováno postavení kaplana jako člena multidisciplinárního týmu. Zároveň však ENHCC zdůrazňuje, že jeho začlenění v nemocnici může být v jednotlivých státech rozmanité, a je si vědoma toho, že i když mnoho nemocnic států EU má své kaplany, obecně nebývá jejich „*profesionalita*“ dobře přijímána.<sup>143</sup> Tento postoj se dá vysvětlit tím, že zdravotnictví klade na všechny své zaměstnance zvýšené požadavky posuzované dle jejich odborného vzdělání. A zatímco ostatní profese (jako např. lékař, zdrav. sestra, rehabilitační pracovník, psycholog, aj.) mají své jednotné a obecně uznávané výukové systémy, v rámci EU neexistuje žádná „instituce“, která by zajišťovala vysokou profesionální úroveň poskytovaných duchovních služeb.

Proto ENHCC na základě mezinárodní spolupráce usiluje o vytvoření „*Evropského vzdělávacího centra*“ působícího v oblasti kaplanské služby a zdravotní pastorační péče.

V **České republice** se bohužel zatím neseťkáváme s tím, že by byl kněz/spirituální pracovník přímo členem ošetrovatelského týmu, a to z několika důvodů. Na národní úrovni zatím neexistují zákony či vyhlášky, které by tento vztah upravovaly a sjednocovaly, a zatím nebyl vytvořen ani žádný jednotný vzdělávací systém, který by budoucí „spirituální pracovníky“ na jejich povolání připravoval.

---

<sup>143</sup> Srov. WENIGER, M., SHINAS, M., TRAKATELLIS, A. *Spiritual Health Care in the EU*. [online].

Výjimkou je snad zatím jen Ústřední vojenská nemocnice ve Střešovicích, kde je post kaplana (zároveň i nemocničního kaplana) definován na základě *Dohody o duchovní službě v resortu MO uzavřené v roce 1998*.<sup>144</sup>

V nemocnicích „civilních“ je pak případná spirituální péče v lepším případě zajišťována např. díky domluvě s duchovními, kteří jsou v případě potřeby k dispozici všem pacientům nemocnice (př. nemocnice Na Homolce, FN Motol), za účasti pastoračních asistentů vysílaných farnostmi (př. Brno) nebo jinými způsoby. Ve většině nemocnicích je však spirituální péče opomíjena, takže duchovní podpora leží převážně na rodině, přátelích nebo farnicích.

### **3.5 Dobrovolník v nemocnici**

Jestliže má být téma duchovní služby ve zdravotnických zařízeních ucelené, nesmíme zapomenout na prvek dobrovolnictví v nemocnicích.

Důležitá funkce dobrovolníků spočívá především v tom, že vedle duchovních nebo pastoračních pracovníků se i oni dostupnými prostředky snaží pomáhat nemocným lidem překonat těžké období nemoci a povzbuzovat je k uzdravení. A i když dobrovolníci (oproti kněžím nebo jinak přímo k tomuto účelu povoláním osobám) disponují daleko menšími kompetencemi a odbornými znalostmi, přesto podle mého názoru mohou výrazným způsobem přispívat ke zlepšení psychosociálních podmínek pacientů a svým způsobem také připravovat budoucím profesionálním spirituálním asistentům prostředí pro jejich lepší přijetí.

#### **3.5.1 Obecné informace o dobrovolnictví**

Cílem této kapitoly není podat rozsáhlé informace o dobrovolnictví. Soustředit se budu spíše na fakta, která jsou společná tematickým oblastem dobrovolnictví i formující se duchovní péče v nemocnicích, tzn. vzdělávání a formace, náplň práce, supervize, aj. Nakonec si ještě na 1 příkladě ukážeme jejich praktické uskutečňování.

---

<sup>144</sup> Plné znění smlouvy dostupné na: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/armada1.htm>>.

Podmínky, za kterých stát podporuje dobrovolnickou službu, upravuje *Zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů*, který nabyl účinnosti 1. 1. 2003.

### **Kdo je dobrovolník?**

Dobrovolník je člověk, který ze své dobré vůle a *bez nároku na finanční odměnu* poskytuje svůj volný čas, svou energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch konkrétních lidí či společnosti jako celku.<sup>145</sup>

### **Dobrovolnictví v oblasti zdravotní péče**

Oblastí, ve kterých se dobrovolníci mohou uplatnit, je mnoho<sup>146</sup>, přičemž sociální a zdravotní oblast jsou jednou z nejpočetněji zastoupených. Zároveň jsou to však oblasti, které vyžadují „profesionální přístup“, protože dobrovolníci zde vstupují do uzavřených systémů, kde mohou působit jako cizorodé prvky. Proto je důležité řádně vyškolit nejen samotné dobrovolníky, ale připravit i zdravotnické organizace na jejich přijetí, a vyškolit i koordinátory dobrovolníků přímo v zařízení.<sup>147</sup>

*Náplň práce* dobrovolníků v nemocnici není nikde předem definována. Jsou to v podstatě veškeré činnosti (nevyžadující odbornou kompetenci), které vedou ke zlepšení psychosociálních podmínek pacientů na lůžkových odděleních nemocnic či zařízeních sociální péče, tzn. spojují pacienty izolované v nemocničních pokojích s vnějším světem, probouzejí aktivitu a zájem o uzdravení, pomáhají překonávat stereotyp pobytu, aj.<sup>148</sup>

### **Výběr a výcvik dobrovolníků**

Vůbec tím prvním krokem před započítím přípravy dobrovolníka je *zjišťování jeho motivace*, které usnadní zařazení do určité činnosti, a seznámení uchazeče s konkrétními nabídkami a podmínkami. Zpravidla se využívá jednoduchý dotazník s následujícími otázkami, např.:

*Proč se chcete stát dobrovolníkem a co od toho očekáváte? Kolik času můžete této činnosti věnovat? Máte nějaké speciální dovednosti nebo zkušenosti, které byste mohl využít?*<sup>149</sup>

---

<sup>145</sup> Srov. SOZANSKÁ, O., TOŠNER, J. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*, s. 35; též *Zákon č. 192/2002 Sb. o dobrovolnické službě*, § 1 odst. 1. [online].

<sup>146</sup> Srov. *Zákon č. 192/2002 Sb. o dobrovolnické službě*, § 2. [online].

<sup>147</sup> Srov. SOZANSKÁ, O., TOŠNER, J. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*, s. 42.

<sup>148</sup> Viz HESTIA, *Program Dobrovolníci v nemocnicích* [online].

<sup>149</sup> Srov. SOZANSKÁ, O., TOŠNER, J. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*, s. 79.



*Výběr* je vhodný především v případě složitějších činností, kde jsou na dobrovolníky kladeny vyšší nároky (tedy případ dobrovolníků v nemocnici).

Samotná *příprava* obsahuje dvě složky - *obecně dobrovolnickou* a *speciální* či *odbornou*, vztahující se k charakteru jejich činnosti. V rámci obecné části se dobrovolníci seznámí s organizací, její strukturou, nabídkou, aj., zatímco úkolem odborné přípravy je jejich seznámení s konkrétní náplní činnosti a příprava na její vykonávání – výcvik. Součástí výcviku bývá většinou nácvik potřebných dovedností a v některých případech i *psychologické posouzení dobrovolníků*, např. když mají pracovat s určitými „rizikovými“ skupinami (př. nezletilými dětmi).<sup>150</sup>

### **Supervize v dobrovolnických programech**

Supervize v dobrovolnictví se výrazně podobá již dříve zmíněné supervizi v pomáhajících profesích (viz kap. 3.3.4), proto se o ní zmíním jen stručně.

Supervize je většinou pojímána jako komunikace dobrovolníka, respektive skupiny dobrovolníků, se supervizorem v neohrožujícím prostředí umožňujícím jim ventilovat pocity a postoje pramenící z jejich činnosti, které by mohly vést k syndromu vyhoření. Zároveň je tak chráněn zájem klienta před případnými nevhodnými aktivitami dobrovolníka.<sup>151</sup>

### **3.5.2 Příklad dobrovolnictví v praxi**

Pro porovnání obecných informací s praktickou činností dobrovolníků v nemocnici uvádím informace, které jsem získala na základě osobní a písemné komunikace s koordinátorkou tohoto programu.

## **DOBROVOLNÍCI V NEMOCNICI**

**Dobrovolnický program v Nemocnici České Budějovice – program dobrovolnického centra při Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity**

**Garant programu:** Mgr. Lenka Motlová

**Koordinátor programu:** Pavla Dobrovolná, pavla.dobro@centrum.cz

Tento projekt byl zahájen ve spolupráci Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty a Nemocnice České Budějovice roku 2001, konkrétně na

---

<sup>150</sup> Srov. tamtéž, s. 79-80; též *Zákon č. 192/2002 Sb. o dobrovolnické službě*, § 5 odst. 2 písm b). [online].

<sup>151</sup> Tamtéž, s. 81-82.

onkologickém oddělení a II. oddělení následné péče, za metodického vedení HESTIA – Národního dobrovolnického centra Praha.

**Jeho cílem** je zlepšení psychosociálních podmínek pacientů na lůžkových odděleních nemocnice. Dobrovolníci se snaží vnést do nemocničního prostředí kontakt s vnějším zdravým světem, zájem, radost, zábavu a zpestření volného času.

**Počet dobrovolníků:** 10 pravidelně docházejících (4 na ONK, 6 na 2.ONP),  
8 docházejících na jednorázové aktivity.

Do programu se hlásí především studenti Zdravotně sociální fakulty, pro něž je tato možnost zapojení se příležitostí, jak spojit poznatky získané ve škole s praktickými zkušenostmi.

#### **Výběr:**

Dobrovolníkem se může stát každý, kdo:

- dovršil věk/18 let,
- prošel výběrem, (zjišťuje motivaci, schopnosti, dovednosti) orientačním psychologickým testem a pohovorem s psychologem.

#### **Výcvik:**

Jeho cílem je seznámit dobrovolníka podrobně s organizací a její nabídkou, zjistit i jeho očekávání, obavy a umožnit mu setkat se s dalšími zájemci o dobrovolnictví.

Součástí výcviku jsou nejen teoretické přednášky týkající se např. principů dobrovolnictví, typu činností v nemocnici, organizace projektu nebo supervize, ale i nejrůznější komunikační hry (př. hraní scének), které mají zájemcům pomoci představit si situace, do nichž se mohou dostat, a zároveň je učí, jak na ně reagovat. Výcvik nezahrnuje nácvik žádných specifických dovedností.

Dobrovolník před zahájením své činnosti podepisuje smlouvu na jeden rok, jejíž součástí je i „*kodex dobrovolníka*“ a „*slib mlčenlivosti*“.

#### **Supervize:**

- je povinná, většinou probíhá skupinovou formou, ale dobrovolníci mají možnost i individuální supervize;
- u skupinové supervize je supervizorem koordinátor a garant projektu, u individuální jen garant.

### Náplň činnosti dobrovolníků v nemocnici:

Náplň jejich činnosti je stanovena po domluvě mezi kontaktními osobami (zaměstnanec nemocnice, který koordinuje činnost dobrovolníků přímo na pracovišti) na jednotlivých odděleních a vysílající organizací, z jejíž strany vychází podněty k činnostem.

Náplň práce dobrovolníků je:

- *společník u lůžka* (rozhovory, čtení, společenské hry)
- *skupinová práce s klienty zaměřená na výtvarnou činnost*
- *relaxační cvičení*
- *doprovod na procházky*
- *doprovod na vyšetření*

Dále jednorázové aktivity:

- *vánoční a velikonoční besídky*
- *koncerty*

Obdobným způsobem fungují dobrovolnické programy „Dobrovolníci v nemocnicích“ například i v:

- *FN Motol* – zde byl v roce 1999 vůbec poprvé v ČR tento projekt uskutečněn,
- *nem. v Kroměříži* – na ortopedickém oddělení,
- *Domě léčby s hospicem* v Rajhradě u Brna.<sup>152</sup>

### SHRNUTÍ:

Dle informací uvedených v obecné i praktické části můžeme vyvodit jisté závěry týkající se úvahy o podobnosti dobrovolnických programů s konceptem profesionálního doprovázení a přínosu činnosti dobrovolníků.

▪ I když ve výše uvedeném pojetí dobrovolnictví v nemocnicích není pomoc zaměřena přímo na poskytování duchovní péče, přesto je poslání dobrovolníka a spirituálního asistenta v mnohém podobné – je jím doprovázení člověka v nemoci a napomáhání jeho uzdravení. A pokud se jedná o duchovní rovinu této služby, i když spiritualita dobrovolníka není požadavkem ani podmínkou přijetí do programu (v seznamu dosud akreditovaných dobrovolnických programů a organizací se nenachází žádné přímo orientované na poskytování duchovní péče v nemocnicích), dobrovolnická činnost ji samozřejmě ani

---

<sup>152</sup> Srov. HESTIA, *Program Dobrovolníci v nemocnicích* [online].

nevyklučuje. Pokud je dobrovolník věřící může (a má) duchovní rovinu svého poslání vhodným způsobem začlenit do přístupu k nemocným.

▪ Obdobný přístup, jaký organizace využívají k výběru a výcviku dobrovolníků, se formuje i v oblasti „profesionálního duchovního doprovázení“ (samozřejmě s tím, že na profesionála budou kladeny mnohem větší požadavky). I tady se objevují tři v předchozích kapitolách zmíněné složky:

- zjišťování motivace,
- zjišťování osobnostních (psychických, dovednostních, aj.) předpokladů při výběru,
- alespoň základní průprava v některých znalostech.

▪ Ovšem tím největším přínosem dobrovolnických programů v nemocnicích podle mého názoru je to, že připravují spirituálním asistentům vhodné prostředí pro jejich přijetí ze strany zdravotnických zařízení (vedení, personálu, a koneckonců i samotných pacientů), která doposud nebyla připravena na přijetí „nezdravotnických pracovníků“ do své organizační struktury.

# ZÁVĚR

Cílem této práce bylo představit duchovní péči o nemocné nikoli jako nadstandardní nabídku určenou pouze pro věřící pacienty, ale jako důležitou službu všem nemocným ve zdravotnických zařízeních, jejíž odůvodnění vychází ze samotné podstaty člověka – jeho duchovní roviny. Dále jsem se snažila nastínit, jak probíhá současný vývoj „profesionalizace“ duchovního doprovázení ve zdravotnických zařízeních v České republice.

V rámci celé práce jsme si opakovaně zdůraznili téma vzájemné komplexnosti a úzké provázanosti biologické, psychické, sociální a spirituální dimenze nemoci i lidské osobnosti. Ukázali jsme si, že duchovní složka je nedílnou součástí každého člověka, i když si ji on sám mnohdy neuvědomuje; je s ní však konfrontován především v situacích ztráty, bolesti a utrpení - tedy i v nemoci, kdy hledá odpovědi na otázky týkající se např. života, smrti nebo Boha.

Na základě toho je nutné chápat snahu církví o plošné poskytování duchovní služby ve zdravotnických zařízeních jako odpověď na přirozené potřeby člověka a také jako pacientovo právo. A právě proto je důležité, aby spirituální péče zaujala své svébytné místo vedle služby zdravotníků, sociálních pracovníků a psychologů.

Je těžké hodnotit současný stav v oblasti poskytování duchovní služby v nemocnicích, protože pracovníci (ať už duchovní nebo laici), kteří zde působí, nejsou nikde centrálně evidováni a zároveň u nás zatím nemáme vymezeny ani žádné směrnice, podle kterých bychom mohli kvalitu této péče porovnávat.

Z uvedených příkladů tří záměrně vybraných nemocnic, kde je spirituální péče již nabízena, však vyplývá, že ačkoli zde má své místo vymezené, její zajištění je přesto ještě nedokonalé a nejednotné. Tím spíše se pak jako aktuální otázka jeví reakce církví na tuto situaci, protože péči o nemocné chápe většina z nich jako důležitou součást svého poslání.

Jak jsme si ukázali, na národní i mezinárodní úrovni jsou uskutečňovány různé kroky, které směřují ke zlepšení této situace – ať už ze strany zdravotnických organizací nebo církví.

Za nejdůležitější a rozhodující krok směřující k zavedení profesionálního poskytování duchovní služby ve zdravotnických zařízeních v České republice považuji v současnosti probíhající proces vytváření společné koncepce na základě spolupráce České biskupské konference, Ekumenické rady církví a za podpory Evropské sítě zdravotní kaplanské služby.

Úmyslně ho označuji za nejdůležitější, a to proto, že se nejedná jen o úsilí jedné církve, ale jde o společnou snahu Krista následujícího Božího lidu. Jejich spolupráce je nejen projevem vzájemné úcty a tolerance, ale myslím, že společná koncepce může být lépe přijata nemocnicemi i pacienty právě proto, že bude upravovat poskytování duchovní služby všemi zúčastněnými církvemi; nemocnice tak nebudou muset s každou z nich vyjednávat zvlášť.

I přes některé prvotní konkrétní úspěchy (př. Základní kurs duchovní služby nemocným organizovaný ERC) však tento proces vyžaduje ještě mnoho času ke svému dokončení. Bude nutné vyřešit mnoho otázek a problémů, než bude hotová taková koncepce, která by mohla být přijata církvemi a splňovala i odborné nároky nemocnic, a než bude vyškoleno dostatečné množství profesionálních spirituálních pracovníků.

Plošnému poskytování duchovní služby však brání i další překážky. Protože nemocnice nejsou centrálně řízené, nelze spirituální péči zavést do všech zdravotnických zařízení na základě nařízení Ministerstva zdravotnictví nebo jiné instituce. Proto si myslím, že je důležité, aby již nyní byli nejen vedoucí pracovníci nemocnic, ale i zdravotnický personál, prostřednictvím seminářů, vzdělávacích kursů či jiných forem osvěty seznamováni s obsahem a nabídkou duchovní péče a mohli se na základě toho svobodně rozhodnout o jejím začlenění do své nabídky služeb či odmítnutí.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## Monografie

- 1 ALLMEN, J.-J. von a kol. *Biblický slovník*. 2. vydání. Praha : Kalich, 1991. ISBN 8017-180-4.
- 2 AUGUSTYN, J. *Praxe duchovního vedení*. Olomouc : Velehrad, 1997. ISBN 80-85966-02-6.
- 3 BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-390-3.
- 4 DUFNER, M., GRÜN, A. *Zdraví jako duchovní úkol*. Svitavy : Trinitas, 1994. ISBN 80-901457-1-X.
- 5 ĎAČOK, J. *Človek, utrpenie, nemocnica : niektoré hľadiská pastoračnej služby*. Trnava : Dobrá kniha, 2000. ISBN 80-7141-300-3.
- 6 FRANK, V. E. *Lékařská péče o duši : základy logoterapie a existenciální psychoanalýzy*. 2. vydání. Praha : Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- 7 GIGLIONI, P. *Svätosti Krista a církve*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-115-7.
- 8 HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno : Cesta, 1991. ISBN 80-85319-07-01.
- 9 HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- 10 HECZKO, D. *Už nemohu dál : O syndromu vyhoření*. Třinec : Biblos, 2000. ISBN 80-900240-8-4.
- 11 JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- 12 JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- 13 JAN PAVEL II. *Christifideles laici : O povolání a poslání laiků v církvi a ve světě*. Praha : Zvon, 1990. ISBN 80-7113-024-9.
- 14 JAN PAVEL II. *Salvifici Doloris : Apoštolský list o křesťanském smyslu lidského utrpení*. Praha : Zvon, 1984. ISBN 80-7113-151-2.
- 15 JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. ISBN 80-7013-365-1.

- 16 KAPR, J., KOUKOLA, B. *Pacient : Revoluce v poskytování péče*. Praha : Slon, 1998. ISBN 80-85850-49-4.
- 17 KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese : psychoterapeutické kapitoly pro pedagogické a zdravotnické profese*. 2. rozšíř. a přeprac. vydání. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.
- 18 KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha : Advent, 1991.
- 19 KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 20 KÜBLER - ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují : Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
- 21 ENTRALGO, P. L. *Nemoc a hřích : Od asyrsko-babylonských kultů k moderní psychoanalýze*. Praha : Vyšehrad, 1995. ISBN 80-7021-128-8.
- 22 LÉON-DUFOUR, X. *Slovník biblické teologie*. Velehrad : Křesťanská akademie, 1991.
- 23 MARSCH, M. *Uzdravování skrze svátosti*. Praha : Portál, 1992. ISBN 80-85282-34-8.
- 24 MESSINA, R. *Dějiny Charitativní činnosti*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-7192-859-3.
- 25 *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Komentovaný oficiální překlad. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0629-6.
- 26 ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
- 27 OPATRNÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995.
- 28 OPATRNÝ, A. *Pastorační situace u nás : Analýzy a výhledy*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-092-4.
- 29 PAYNE, J. a kol. *Zdraví : hodnota a cíl medicíny*. Praha : Triton, 2002. ISBN 80-7254-293-1.
- 30 PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku : Jak pomáhat v těžkých situacích*. Praha : Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.
- 31 ROTTER, H. *Důstojnost lidského života : Základní otázky lékařské etiky*. Praha : Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- 32 SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotnická etika*. Praha : Karolinum, 1991. ISBN 80-7066-411-8.
- 33 SOZANSKÁ, O., TOŠNER, J. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-514-8.
- 34 SVATOŠOVÁ, M. *Hospic : Umenie sprevádzať*. Bratislava : Lúč, 2001. ISBN 80-7114-335-9.



- 36 VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.
- 37 VIRT, G. *Žít až do konce : Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha : Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
- 38 VODVÁŘKA, P. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie*. Ostrava : Repronis, 1997. ISBN 80-7042-314-5.
- 39 ZANDLER, M. *Křesťan a zdraví : Hledání křesťanské cesty ke zdraví*. Svitavy : Trinitas, 2004. ISBN 80-86036-93-6.

### **Církevní dokumenty**

- 1 *Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Praha : Zvon, 1991. ISBN 80-7113-009-5.
- 2 *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-089-3.
- 3 *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Dokument papežské rady pro pastorační práci mezi zdravotníky. Praha : Zvon, 1996. ISBN 80-7113-168-7.
- 4 *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-132-6.
- 5 *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994. ISBN 80-7113-082-6.
- 6 *Vyznání víry církve*. Překlad 1. dílu katolického katechismu pro dospělé. České Budějovice : Sdružení sv. Jana Neumanna, 1999. ISBN 80-86074-15-3.
- 7 *Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné*. Praha : Sekretariát české liturgické komise, 1994.

### **Nepublikované texty**

- 1 *Duchovní péče ve zdravotnictví*. Zápis z 1. jednání Rady ČBK pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních, 13. 12. 2005.
- 2 ŠTĚPÁNKOVÁ, M. *Euthanasie*. České Budějovice, 2001. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra filosofie a religionistiky. Vedoucí práce J. P. Ondok.
- 3 ZAPLETALOVÁ, L. *Základy sociální práce 2*. České Budějovice, 2005. Poznámky z přednášek. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

## Sborníky a příspěvky ve sbornících

- ANZANI, A. Role a funkce katolické nemocnice. In *Současná medicína a náš obraz člověka : Sborník příspěvků z 8. Evropského kongresu FEMAC*. Praha : Kolegium katolických lékařů pražské arcidiecéze, 1996. s. 213-218.
- AMBROS, P. Duchovní – neduchovní. In AMBROS, P. a kol. *Studijní texty z pastorální teologie III. : Služba nemocným*. Velehrad : Refugium, 2002. s. 6-15. ISBN 80-86045-93-5.
- ĎAČOK, J. Postmoderný člověk a trpiaci kresťan. In *Nová evanjelizácia : zborník sympózia s medzinárodnou účasťou, IX. ročník*. Bratislava : Dobrá kniha, 2000. s. 67-73. ISBN 80-7141-307-0.
- DOŠKOVÁ, L. Duchovní složka člověka a jeho začlenění do ošetrovatelského procesu. In AMBROS, P. a kol. *Studijní texty z pastorální teologie III. : Služba nemocným*. Velehrad : Refugium, 2002. s. 16-20. ISBN 80-86045-93-5.
- HORÁKOVÁ, G. Pastorační péče v nemocnici. In *ROZPRAVY/SAMENSPRAAK Homo momini pastor : Témata a kontexty současné pastorační služby*. Benešov : Eman, 2003. s. 17-23. ISBN 80-86211-28-2.
- ROTH, G. Pastorální medicína v rámci teologické fakulty a univerzity západního typu. In *Současná medicína a náš obraz člověka : Sborník příspěvků z 8. Evropského kongresu FEMAC*. Praha : Kolegium katolických lékařů pražské arcidiecéze, 1996. s. 221-223.
- ŠKRLOVÁ, M. Role sestry v duchovní dimenzi pacienta. In AMBROS, P. a kol. *Studijní texty z pastorální teologie III. : Služba nemocným*. Velehrad : Refugium, 2002. s. 37-45. ISBN 80-86045-93-5.
- VRAGAŠ, Š. Chorý člověk jako objekt liečenia a spásy. In *Nová evanjelizácia : zborník sympózia s medzinárodnou účasťou, IX. ročník*. Bratislava : Dobrá kniha, 2000. s. 158-161. ISBN 80-7141-307-0.
- ZACHOVAL, J. K obsahu pojmu „duchovní služba“. In AMBROS, P. a kol. *Studijní texty z pastorální teologie III. : Služba nemocným*. Velehrad : Refugium, 2002. s. 46-51. ISBN 80-86045-93-5.

## Časopisecké statě

- KALVÍNOVÁ, E. Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích. *Diagnóza :*

nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky. *Spirituální péče*, 3/2006, roč. 2, s. 111-112.

- 2 KOFINAS, S. The European Network of Health Care Chaplaincy – A Growing Hope. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, Spring – Summer 2004, Vol. 58, Nos. 1-2, p. 3-10.
- 3 POHUNKOVÁ, D. Zdraví, nemoc a smrt : Několik poznámek na okraj současné debaty. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 111-113.
- 4 SLABÝ, A. Dnešní koncepce pastorální medicíny. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 114-115.
- 5 SVATOŠOVÁ, M. Potřeba duchovního vedení zdravotníků : Zanedbávání povinné péče tentokrát jinak. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 119-122.
- 6 SVATOŠOVÁ, M. Přínos logoterapie v doprovázení umírajících. *SCRIPTA BIOETHICA*, 2003, roč. 5, č. 1, s. 15-17.

### Elektronické dokumenty

- 1 BENEDIKT XVI. *Deus Caritas est* [online]. Praha : Tiskové středisko ČBK, 2006, poslední aktualizace 5. 4. 2006. [cit. 6. 4. 2006]. Dostupné na:  
<[http://tisk.cirkev.cz/gfx/attachments/hq8236\\_Deuscaritas\\_17\\_2\\_06.pdf](http://tisk.cirkev.cz/gfx/attachments/hq8236_Deuscaritas_17_2_06.pdf)>.
- 2 *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* [online]. Praha : Společnost sociálních pracovníků České republiky, 1995. [cit. 26. 4. 2006]. Dostupné na:  
<<http://www.sspr.xf.cz/code.html>>.
- 3 HESTIA. *Program Dobrovolníci v nemocnici* [online]. Praha : Hestia, 2005. [cit. 23. 4. 2006]. Dostupné na: <[http://www.hest.cz/ndc\\_4.shtml](http://www.hest.cz/ndc_4.shtml)>.
- 4 KRÍŠŤAN, A., EHRLICHOVÁ, M. Pastorační práce v sociální práci. In *Katedra praktické teologie TF JU* [online]. České Budějovice : Tf JU, 2005. [cit. 16. 3. 2006]. Dostupné na:  
<[http://www.tf.jcu.cz/cz\\_lmenu/katedry/praktik\\_teol/getfile.php?filenamex=PastorVsocPracTEXT\\_doc](http://www.tf.jcu.cz/cz_lmenu/katedry/praktik_teol/getfile.php?filenamex=PastorVsocPracTEXT_doc)>.
- 5 *Listina základních práv a svobod*. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. [online]. Praha : Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. [cit. 25. 4. 2006]. Dostupné na: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.

- 6 MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice* [online]. Praha : Spojená akreditační komise, 2005. [cit. 23. 3. 2006]. Dostupné na: <[http://www.sakcr.cz/files/standardy\\_nemocnice.doc](http://www.sakcr.cz/files/standardy_nemocnice.doc)>.
- 2 OPATRŇY, A. Pastorační péče v méně obvyklých situacích, I. a II. část. *Výukový CD-ROM teologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích* [CD-ROM]. České Budějovice : Tf JU, 2003.
- 3 WENIGER, M., SHINAS, M., TRAKATELLIS, A. *Spiritual Health Care in the EU* [online]. The short inscription from Consultation of ENHCC in Brusel in 2005. Brusel : The European Network of Health Care Chaplaincy, June 20, 2005 [cit. 16. 3. 2006]. Dostupné na: <<http://www.eurochaplains.org/brussels05.htm>>.
- 9 *Zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů* [online]. Praha : Ministerstvo vnitra, 2003. [cit. 28. 4. 2006]. Dostupné na: <<http://www.mv.cz/prevence/dobrovol/index.html>>.

### Jiné elektronické zdroje

- 4 *Centrum pro kvalitu zdraví* [online]. Praha : Centrum pro kvalitu zdraví [cit. 23. 3. 2006]. Dostupné na: <<http://www.szu.cz/cekz/>>.
- 2 *Ekumenická rada církví* [online]. Praha : Ekumenická rada církví, poslední aktualizace 10. 3. 2006. [cit. 25. 4. 2006]. Dostupné na: <<http://www.ekumenickarada.cz/index.php?setlang=1&a=cat.15>>.
- 2 *European Federation of Catholic Medical Associations* [online]. [cit. 24. 3. 2006]. Dostupné na: <<http://www.feamc.org/>>
- 4 HORÁLEK, M. *62. plenární zasedání ČBK v Koslířově* [online]. Krátký záznam o průběhu zasedání. Praha : Tiskové středisko ČBK, 2005. [cit. 16. 3. 2006]. Dostupné na: <<http://tisk.cirkev.cz/art/clanek.asp?id=7562>>.
- ✓ *Joint Commission Resources* [online]. Oakbrook Terrace : Joint Commission Resources, poslední aktualizace 22. 3. 2006. [cit. 23.3. 2006]. Dostupné na: <<http://www.jointcommissioninternational.com/international.asp?durki=7981>> .
- 6 *Komise pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních* [online]. Praha : Ekumenická rada církví, posl. aktualizace 10. 3. 2006. [cit. 25. 4. 2006]. Dostupné na: <<http://www.ekumenickarada.cz/index.php?setlang=1&ID=525>>.

- 7 *Obyvatelstvo hlásící se k jednotlivým církvím a náboženským společnostem* [online]. Praha : Český statistický úřad, 2001. [cit. 27. 3. 2006]. Dostupné na: <[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/otisk/4110-03--obyvatelstvo\\_hlasici\\_se\\_k\\_jednotlivym\\_cirkvim\\_a\\_nabozenskym\\_spolecnostem](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/otisk/4110-03--obyvatelstvo_hlasici_se_k_jednotlivym_cirkvim_a_nabozenskym_spolecnostem)>.
- 8 *Pontifical Council For Health Pastoral Care* [online], poslední aktualizace 21. 3. 2006. [cit. 24. 3. 2006]. Dostupné na: <<http://www.healthpastoral.org/text.php?cid=138&sec=2&docid=62&lang=en>>.
- 9 *Spojená akreditační komise ČR* [online]. Praha : Spojená akreditační komise ČR. [cit. 23. 3. 2006]. Dostupné na: <[http://www.sakcr.cz/akreditace\\_doc.php](http://www.sakcr.cz/akreditace_doc.php)>.
- 10 *Ústřední vojenská nemocnice v Praze* [online]. Praha : Ústřední vojenská nemocnice, posl. aktualizace 17. 2. 2006. [cit. 23. 3. 2006]. Dostupné na: <[http://www.uvn.cz/CS/index.php?option=com\\_content&task=view&id=32&Itemid=152](http://www.uvn.cz/CS/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=152)>.
- 11 *Základní kurs duchovní služby nemocným* [online]. Praha : Pracovní skupina „Duchovní služba ve zdravotnickém zařízení“ při ERC ČR, 2005. [cit. 15. 4. 2006]. Dostupné na: <<http://www.ekumenickarada.cz/index.php.setlang=1&ID=219>>.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## Zkratky církevních dokumentů

- CIC - Kodex kanonického práva
- CHL - Christifideles laici/Posynodní list Jana Pavla II. o povolání a poslání laiků v církvi a ve světě
- GS - Gaudium et spes /Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě
- KKC - Katechismus katolické církve
- LG - Lumen gentium /Věroučná konstituce o církvi
- SC - Sacrosanctum Concilium /Konstituce o posvátné liturgii
- SD - Salvifici Doloris/Apoštolský list Jana Pavla II. o křesťanském smyslu lidského utrpení

## Ostatní zkratky

- ACPE - Asociace pro klinické pastorační vzdělávání/The Association for Clinical Pastoral Education
- ČBK - Česká biskupská konference
- ČLS JEP - Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
- CPE - Program klinického pastoračního vzdělávání/Clinical Pastoral Education
- ENHCC - Evropská síť zdravotní kaplanské služby/The European Network of Health Care Chaplaincy
- ERC - Ekumenická rada církví
- FEAMC - Evropská federace asociací katolických lékařů/European Federation of Catholic Medical Associations
- JCI - Spojená mezinárodní akreditační komise/Joint Commission International
- SAK ČR - Spojená akreditační komise České republiky
- WHO - Světová zdravotnická organizace/World Health Organization

# SEZNAM PŘÍLOH

<u>Příloha I.</u>	<b>Přehled změn v pacientově životě po vstupu do nemocnice</b>	s. 96
<u>Příloha II.</u>	<b>Přítomnost církve v dějinách nemocného člověka</b>	s. 97
<u>Příloha III.</u>	<b>Standardy JCI přímo či nepřímo formulující poskytování duchovní péče v nemocnicích</b>	s. 99
<u>Příloha IV.</u>	<b>Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě</b>	s. 100
<u>Příloha V.</u>	<b>Další prostředky víry v nemoci</b>	s. 102
<u>Příloha VI.</u>	<b>Náplň, profil a vzdělání spirit. asistenta podle Rady ČBK</b>	s. 104
<u>Příloha VII.</u>	<b>The Association for Clinical Pastoral Education (ACPE), Standards ACPE</b>	s. 105
<u>Příloha VIII.</u>	<b>ERC – základní kurs duchovní služby nemocným, březen – červen 2005</b>	s. 108

# PŘÍLOHY

## Příloha I.

### Přehled změn v pacientově životě po vstupu do nemocnice

Zdroj:

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

Ve stavu zdraví	V době nemoci
<b>Aktivita:</b> Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	<b>Pasivita:</b> Pacient, a zvláště nemocniční pacient, je předmětem péče mnohých lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu atp. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě – ne on.
<b>Relativní nezávislost:</b> Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech příliš závislý.	<b>Závislost na druhých lidech:</b> Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druzí lidé určí – a musí to dělat tak, jak mu to o ni určí.
<b>Životní rytmus:</b> Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje (stanoví) sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici, nemá ho zažitý. V mnohém se mu zdá nepřírozený.
<b>Sebedůvěra:</b> Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady. To mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení.	Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebedůvěru a jeho sebehodnocení (devaluje to jeho sebedůvěru).
<b>Sociální interakce:</b> Zdravý člověk žije v tzv. sociální síti své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky atp., které dobře zná.	Pacient je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí. Stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
<b>Životní prostředí:</b> Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti atp.	Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové, ne tak běžné, jako bylo doma.
<b>Zájmy:</b> Zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů – o práci společenské dění atp.	Okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně zužuje – především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
<b>Zvládání problémů:</b> Zdravý člověk poměrně zvládal problémy, které mu život stavěl do cesty. Věděl, oč jde. Věděl, jak reagovat na otázky, které mu byly kladeny.	Pacient svému fyzickému a psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady.
<b>Emoce:</b> V životě dosud zdravého člověka převládaly relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života. Měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje na budoucnost.	Emocionální stav pacienta charakterizuje v prvé řadě celý soubor negativních citů – strach a obavy, bolest, nejistota atp.
<b>Časový prostor:</b> Dosud zdravý člověk žil v poměrně široké časové dimenzi – u vědomí minulosti, živé přítomnosti a s pohledem na budoucnost, kterou viděl dosti určitě (jako zřetelněji strukturovanou)	Pacient žije převážně jen a jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je mezen a budoucnost je ne jistá – problematická.



## ***Příloha II.***

### **Přítomnost církve v dějinách nemocného člověka**

Zdroj:

MESSINA, R. *Dějiny Charitativní činnosti*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-7192-859-3.

Problém nemoci a nemocných lidí je starý jako lidstvo samo. V minulosti většinou převažovala tendence považovat nemocného, hlavně s dlouhodobějšími a rozsáhlejšími poruchami, za přítěž společnosti. Přesto se už v antických dobách hlásala zásada konání dobra pro nemocné a byly organizovány první formy zdravotnické péče. Důležitý prvek do vývoje péče o nemocné pak přineslo křesťanství - hlavní pohnutkou k péči o nemocné se stala láska k bližnímu. Lékař tak připojil ke svému umění i solidaritu a soucit, což výrazně přispělo ke zvýšení humanizace zdravotnické péče.

Církev vždy vycházela z toho, že „*lékaře nepotřebují zdraví, ale nemocní*“ (Mk 2,17), v celých svých dějinách se proto vždy obracela na ty jedince, kteří se z různých důvodů ocitli na okraji společnosti, na ty nejvíce opovrhované a opomíjené. Služba nemocným však byla vždy nedílnou součástí jejího poslání. Stručně si zde připomeňme alespoň některé mezníky, které jsou z hlediska péče o nemocné v dějinách důležité.

V prvních třech staletích – období církevních otců - se pomoc chudým a nemocným projevovala převážně jáhenskou službou. Právě jáhni se v této době stali opravdovými manažery charitativní služby, jejíž součástí byla i návštěva a péče o staré a nemocné jedince. Později začaly vznikat první útulky zaměřené především na péči o poutníky a z nich se pak časem staly skutečné nemocnice.

Ve 4.- 6. století byla péče o nemocné obohacena o duchovní i tělesnou službu celé řady mnišských řádů, které postupně nahradily službu jáhnů a staly se hlavními poskytovateli charitativních služeb církve. Mnišství si získalo také velké zásluhy na rozvoji lékařství, protože mnozí mniši byli často zároveň lékaři nebo ošetřovateli. Kláštery (především benediktinské) se tak postupně stávaly středisky zdravotnické kultury a péče.

Další významnou linii církevních dějin tvoří rozvoj nemocničních řádů ve 12. století (př. Řád svatého Lazara, Řád Svatého Ducha, aj.). Pravidla těchto řádů už hovořily o přítomnosti kaplana v nemocnici nebo povinnosti ze strany nemocných vyzpovídat se a přijmout svaté přijímání jako předpoklad pro další léčbu. Vycházelo se totiž z toho, že vnitřní očištění úzce souvisí z uzdravením tělesným. Vedle nemocničních řádů pak vznikala i řada laických

bratrstev, díky nimž charitativní činnost přestala být jen výsadou biskupů, mnichů a kleriků a stala se také záležitostí laiků - mužů i žen.

Období humanismu a renesance (15. a 16. století) přineslo další změny. Církevní správa mnohých nemocnic a dalších charitativních struktur byla převedena na stát, čímž se do velké míry změnila i povaha zde poskytované péče. Ošetřování přestalo být považováno za službu lásky a skutek milosrdenství, ale za úkol a povinnost státu. Převážením hmotného zájmu, který byl v té době jednou z nejdůležitějších priorit státu, nad láskou bohužel nejvíce trpěl sám nemocný člověk. Na druhou stranu je 15. a 16. st. zároveň obdobím velkých reformátorů péče o nemocné, jakými bezesporu byli: svatý Jan z Boha (\*1491), svatý Kamil de Lellis (\*1550), svatý Vincent z Paula (\*1576). Všichni tři se stali zakladateli řeholních řádů zaměřených na službu nemocným a postiženým a jejich nemocnice se vyznačovaly atmosférou stojící na lásce, úctě, porozumění a také duchovní péči.

Pod vlivem osvícenství však tento stav zaznamenal v 18. století další změny. V atmosféře nadhodnocování rozumu na úkor víry církev ztratila své doposud pevné místo ve společnosti. Praktické důsledky tohoto politického a sociálního proudu byly pro církev převážně negativní. Díky státním zásahům do církevního hospodaření, hromadnému rušení řeholních řádů (1792) a zestátnění nemocnic (1793) ztratila církev velké množství prostředků, které jí po staletí sloužily k dobročinnosti. Musela proto svou charitativní činnost značně omezit. 19. století se pak neslo ve znamení zrodu mnoha kongregací, především ženských, které se inspirovaly myšlenkami svatého Vincenta z Paula a výrazně ovlivnily zdravotnickou péči. Pastorační v tomto období se však omezovala většinou jen na vysluhování svátostí. Koncem 19. století byla nemocnice chápána jako instituce, která poskytuje péči především starým, nevléčitelně nemocným lidem, nositelům handicapu, malomocným a chudým, zatímco ti, kteří měli dostatek finančních prostředků a moc, se léčili doma. S rozvojem medicíny se však postupně stala centrem pomoci pro všechny lidi bez rozdílu.

Mohlo by se zdát, že s nástupem novověku charakterizovaným prudkým rozvojem přírodních věd a technickým pokrokem se zdravotnická péče stala efektivnější. Přesto právě toto období mělo za následek vymizení humanitního přístupu, který díky církvi pronikl do zdravotnických zařízení. Medicína se začala jednoduše chápat jako záležitost somatická a naprosto podceňovala duchovní a mravní stránku života. Nedostatek lidskosti a etických zábran se projevil i na rovině lékařského výzkumu, kde se mnohdy jakoby pozapomnělo, že člověk by se měl ve svém jednání řídit určitými etickými a mravními zásadami. Následkem toho se musíme v současnosti potýkat s takovými problematickými oblastmi, jakými jsou např. otázky potratů, genetického výzkumu, aj.

### ***Příloha III.***

**Standardy JCI přímo či nepřímo formulující poskytování duchovní péče v nemocnicích**

Zdroj:

*Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice.* Komentovaný oficiální překlad. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0629-6.

#### **Kap. Práva pacientů a jejich potřeby (PRF)**

**PFR.1** Nemocnice vytváří postupy, které podporují **práva pacientů** a jejich blízkých při poskytování péče.

**PFR.1.1** *Nemocnice informuje pacienty a jejich blízké o rozsahu zdravotní péče, kterou poskytuje, a o tom, jak je organizován přístup k jejím službám.*

**PFR.1.2** Zdravotní péče je poskytována ohleduplně a taktně a **respektuje pacientův hodnotový systém**

**PFR.1.2.1** *Nemocnice má vytvořený postup v rámci kterého uspokojí požadavky pacientů a jejich blízkých na poskytnutí duchovních služeb či podobné požadavky vyplývající z pacientových duchovních potřeb a náboženského přesvědčení.*

#### **Kap. Léčba bolesti a péče o pacienty v terminálním stavu (COP)**

**COP.14** Nemocnice upraví postup péče o pacienty v terminálním stavu.

**COP.15** Hodnocení zdravotního stavu umírajícího pacienta zahrnuje přiměřené sledování příznaků základního onemocnění či sekundárních příznaků vyvolaných léčbou.

**COP.15.1** *Hodnocení zdravotního stavu umírajícího pacienta zahrnuje přiměřené posouzení jeho psychosociálního stavu a **duchovních potřeb**, popř. posouzení téhož u jeho blízkých.*

**COP.15.2** *Hodnocení zdravotního stavu umírajícího pacienta zahrnuje přiměřené posouzení rizikových faktorů u jeho blízkých s cílem zjistit včas nutnou **podporu pro pozůstalé.***

## **Příloha IV.**

### **Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě**

Zdroj:

[http://www.eurochaplains.org/turku\\_standards.htm](http://www.eurochaplains.org/turku_standards.htm) (anglické znění)

<http://sos.diakoniacce.cz> (české znění)

## **STANDARDY PRO ZDRAVOTNÍ KAPLANSKOU SLUŽBU V EVROPĚ**

### **ÚVOD**

*Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě* představují společné prohlášení, které je vyjádřením pomáhající činnosti skupin věřících v prostoru zdravotní péče v celé Evropě. Jsou míněny jako podněty, k nimž možno odkazovat, a směrnice pro všechna vyznání a denominace při profilování duchovní péče v prostoru péče zdravotní. Označení osoby, jenž poskytuje duchovní péči, se různí podle vyznání, denominace, tradice, národa. V tomto dokumentu jsou termíny *kaplan* a *pastorační* chápány jako termíny všeobecně přijímané, ale nejsou omezující.

Tento dokument je výsledkem 7. konzultace evropské sítě zdravotní kaplanské služby, která se sešla v Turku ve Finsku, na níž se podílelo 40 zástupců církví a organizací, reprezentujících 21 evropských zemí. Dokument sblíží zkušenosti různých zde zastoupených tradic a svádí dohromady standardy zdravotního kaplanství z Evropy i odjinud.

### **I. ZDRAVOTNÍ KAPLANSTVÍ**

Kaplanství poskytuje pastorační služby v různých zdravotnických zařízeních, a to tak, že prokazuje službu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují, že přivádí k zdrojům osobním, zdrojům víry, kulturním i zdrojům společenství.

### **II. ORGANIZACE A ROZVOJ KAPLANSKÝCH SLUŽEB**

1. Kaplanské služby jsou organizovány různými způsoby v různých evropských zemích. Je to určováno:

- a) administrací náboženských skupin
- b) zdravotnickými institucemi
- c) státními zdravotnickými směrnicemi a politikou
- d) kaplanskými asociacemi

2. Kaplanské služby jsou vykonávány duchovními i laiky, kteří byli profesionálně vycvičeni v oblasti pastorační péče. Jsou zplnomocněni jejich společenstvím věřících a uznáni zdravotnickým systémem.

3. Kaplanské služby fungují jako součást multidisciplinárního týmu.

### III. OBLASTI AKTIVITY KAPLANSTVÍ

Kaplani jsou přítomni pro pacienty, příbuzné, jiné jim blízké osoby, návštěvníky a personál:

- 1) aby proklamovali a bránili nekonečnou hodnotu a důstojnost každé osoby
- 2) aby byli znamením existenciálního a duchovního rozměru utrpení, nemoci a smrti
- 3) aby skýтали znamení uzdravující, podpůrné, usměrňující a smírující síly náboženské víry
- 4) aby se snažili dbát na to, aby spirituálním potřebám lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení
- 5) aby se pokoušeli chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí nebo proselytismem
- 6) aby poskytovali podpůrnou spirituální péči skrze empatické naslouchání a dávali najevo porozumění těm, kdo jsou v úzkosti
- 7) aby poskytovali bohoslužbu, obřady a svátosti podle té které náboženské tradice
- 8) aby sloužili jako členové multidisciplinárního zdravotnického týmu
- 9) aby poskytovali a měli účast na výukových programech pro zdravotnické profesionály
- 10) aby byli činní jako prostředníci a smírčí osoby a poskytovali obhajobu těm, kdo potřebují mluvčího ve zdravotnickém systému
- 11) aby podporovali a účastnili se ve výzkumných programech o spirituální péči
- 12) aby stanovovali a vyhodnocovali účinnost poskytované spirituální péče
- 13) aby usnadňovali společné uvědomování si potřeb a požadavků lidí, jimž slouží, pečujících a zdravotnických systémů

### IV. TEOLOGICKÉ, PASTORAČNÍ A ETICKÉ OTÁZKY

Kaplanství je zdrojem teologických, pastoračních a etických otázek při své angažovanosti v programech a diskusích týkajících se:

- a) teologických a pastoračních problémů
- b) spirituálně/existenciálních potřeb a hodnot
- c) etických (vč. biomedicínských) problémů
- d) zlepšení pastorační zdravotní péče

### V. VÝCHOVA, FORMACE A SUPERVIZE

Těm, kdo pracují v kaplanství, se dostává profesionálního výcviku skrze jejich duchovní úřad na úrovni přiměřené jejich funkci. Tento proces zahrnuje:

- a) teologickou a pastorační výchovu a reflexi
- b) povědomost o problémech zdravotní péče
- c) prakticko/klinickou supervizi
- d) duchovní vedení

## ***Příloha V.***

### **Další prostředky víry v nemoci**

Zdroj:

ZANDLER, M. *Křesťan a zdraví : Hledání křesťanské cesty ke zdraví*. Svitavy : Trinitas, 2004. ISBN 80-86036-93-6.

OPATRŇÝ, A. Pastorační péče v méně obvyklých situacích, I. a II. část. *Výukový CD-ROM teologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích* [CD-ROM]. České Budějovice : Tf JU, 2003.

### **Další prostředky víry v nemoci**

#### ***Modlitba***

V našem tématu jde především o modlitbu prosebnou, ve které se člověk obrací s prosbou na Boha, Pannu Marii či další svaté o uzdravení své nebo svých bližních. Je častým jevem, že v případě krize se s modlitbou na Boha obrací mnoho lidí – nejenom křesťanů, ale i těch, kteří v něj nikdy nevěřili. Všichni doufají, že jim Bůh pomůže, ale křesťané ví, že vyslyšení jejich prosb není Boží povinností. Přesto může být modlitba, a především pak společná modlitba s nemocnými, velkým povzbuzením, protože je projevem hluboké sounáležitosti s nemocnými i s Bohem.

#### ***Duchovní četba***

Rozumíme tím četbu Písma svatého či jiných duchovních knih, jež mohou trpícího jedince motivovat, uklidnit, dodat mu naději nebo svým poučením napomoci k řešení situace.

Bible je mimo jiné nazývána i terapeutickou knihou. V mnoha jejích příbězích totiž člověk může nalézt sám sebe se svými strastmi a potřebami. A tento pohled mu pak může pomoci nahlédnout i na své utrpení v Božím světle a lépe jej přijímat. I přes svou prospěšnost však četba nemůže nahradit kontakt s jiným člověkem. Četba „kvalitní duchovní literatury“ je doporučována spíše jako doplňující prostředek duchovního uzdravení.

#### ***Poutě***

Mnoho lidí věří v uzdravující sílu poutních míst, kam po staletí lidé přicházejí, aby se zde setkali nejen mezi sebou, ale především, aby vyšli vstříc Bohu. I když na některých místech (př. Medjugorije, Lourdy) dochází občas i k lékařsky nevysvětlitelným uzdravením, pouť by neměla být chápána jako magický prostředek k vyléčení z nemoci. Jde zde především o bližší setkání s Bohem, o hlubší proces jakési vnitřní obnovy, která následně může mít i pozitivní účinek na tělesné zdraví.

### ***Pobyt v duchovně inspirujícím prostředí***

Pro některé jedince, kteří se musí vyrovnat s určitou situací, je přínosem pobyt v klášteře nebo jiném prostředí s duchovní atmosférou a předpokládanou pastorační péčí. Zde se mohou lépe soustředit a zklidnit. Nutno ovšem říci, že tato představa je v podstatě neuskutečnitelná, zvlášť jedná-li se o člověka překonávajícího nemoc.

### ***Exercicie***

Exercicie mohou být rovněž prostředkem k uklidnění, k mobilizaci duchovních i duševních schopností. Jsou ale zároveň prostředkem, který klade na účastníka velké nároky. Proto jsou doporučovány pouze člověku psychicky stabilnějšímu a vyrovnanějšímu.

### ***Postoupení klienta jinému odborníkovi***

Mohou nastat i situace, kdy pomáhající vidí, že v konkrétním případě je nutná pomoc odborníka (jako např. psychiatra, psychologa, lékaře specialisty apod.). V tom případě je nejlepším prostředkem pomoci doporučení návštěvy někoho dalšího.

## Příloha VI.

### Náplň, profil a vzdělání spirituálního asistenta podle Rady ČBK

Zdroj:

*Duchovní péče ve zdravotnictví. Zápis č. 1 z jednání Rady ČBK pro duchovní péči ve zdravotnictví, 13. 12. 2005.*

Dobrovolník	Profesionál
<b>Náplň:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- časté a pravidelné návštěvy</li><li>- rozhovory + vztah</li><li>- kontakt se spirituálním asistentem profesionálem nebo sociální pracovníci (ti vědí, kdo potřebuje spirit. pomoc)</li><li>- drobná pomoc</li><li>- rozhovory na téma víry na pacientově úrovni</li><li>- zjišťování potřeb pacienta se zvláštním zřetelem na duchovní a vztahové potřeby</li><li>- navázání kontaktu se souvěrci pacienta</li><li>- přátelský kontakt s personálem event. pomoc</li><li>- ozvláštňení svátků během roku</li><li>- transmise informací</li></ul>	<b>Náplň:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- zaměstnanec nemocnice</li><li>- koordinace působení dobrovolníků a péče o ně (+ vyhledávání)</li><li>- sledování potřeb pacientů (aby bylo splněno, co je náplní dobrovolníků)</li><li>- sledování změn zdravotního stavu pacientů</li><li>- snaha o úzkou spolupráci s ošetřujícím týmem</li><li>- snaha o úzkou spolupráci s duchovními</li><li>- péče o event. kapli</li><li>- nabídka pomoci personálu</li><li>- kontakt s příbuznými pacienta – pomoc – dostupnost</li><li>- transmise informací</li></ul>
<b>Profil:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- laskavost, empatie</li><li>- komunikativnost (verb. i neverb.)</li><li>- respekt ke svobodě a hodnotám pacienta</li><li>- pokora</li><li>- partnerství</li><li>- zároveň schopnost odstupu a odmítnutí</li><li>- odolnost</li><li>- ekumenické smýšlení a dobrá znalost ostatních církví a náboženství</li><li>- schopnost vzdělávat se a reflektovat se</li></ul>	<b>Profil:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- člověk se zkušeností a určitou životní moudrostí (ne hned po škole)</li><li>- člověk vyslaný církví, které je zodpovědný</li><li>- čl. mající zázemí</li><li>- náležitě vzdělaný</li><li>- dále vše viz profil dobrovolníka</li></ul>
<b>Vzdělání:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- pastorece nemocných</li><li>- základy víry</li><li>- duchovní formace</li><li>- základy komunikace – výcvik dovedností</li><li>- ekumenická teologie, religionistika</li><li>- základy zdravotvědy</li><li>- základy psychologie</li><li>- právní minimum v oblasti zdravotnictví</li><li>- supervize</li></ul>	<b>Vzdělání:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- VŠ vzdělání (min. bakalářské)</li><li>- teologické vzdělání</li><li>- rozšířená pastorece nemocných</li><li>- kurz komunikace – výcvik dovedností</li><li>- kurz krizové intervence</li><li>- organizace péče o nemocné</li><li>- základy zdravotvědy (alespoň rámcově vědět jaký stav u pacienta vyvolává ta či ona nemoc)</li><li>- spolupráce s lékařskými fakultami</li></ul>



## ***Příloha VII.***

### **The association for Clinical Pastoral Education (ACPE), Standards ACPE**

Zdroj:

STARUMI, Y., TAUBE, A., WATANABE, S. *Clinical Pastoral Education: A Physician's Experience and reflection on the Meaning of Spiritual Care in Palliative Care*. The Journal of Pastoral Care and Counseling, Springs 2003, Vol. 57, No. 1, s. 27-32.

*The Association for Clinical Pastoral Education* [online]. Decatur : The association for Clinical Pastoral Education [cit. 25. 3. 2006]. Dostupné na: <<http://www.acpe.edu/>>.

*Standards of the Association for Clinical Pastoral Education* [online]. Decatur : The association for Clinical Pastoral Education, 2005 [cit. 25. 3. 2006]. Dostupné na: <<http://www.acpe.edu/standards.htm>>.

### **Stručná charakteristika a historie ACPE**

Vzdělávací program CPE formoval C. Cabot jako formu klinického pastoračního vzdělání, jako metodu učení v praxi a pod dozorem, a A. T. Boisen pak do tohoto konceptu zahrnul ještě metodu analýzy případových studií – studium „žijících lidských dokumentů“. Postupně se pak přidávali další odborníci, kteří do tohoto konceptu přinesli další poznatky, jako znalosti léků, psychologie a dalších přírodních věd, které jsou nutné pro pastorační praxi.

Asociace pro klinické pastorační vzdělávání (ACPE) vznikla v roce 1967 na základě čtyřicetiletých zkušeností v oblasti teorie i praxe vzdělávání z několika doposud nesladěných skupin/oborů. Tento institut zahrnuje např. Radu pro pastorační péči, Radu pro klinický trénink, Asociaci klinických pastoračních pedagogů, aj. Postupně se ACPE stal standardem pro nastavení a schvalování organizací na poli klinického pastoračního vzdělávání, který zplnomocňuje instituce, organizace a farnosti k poskytování klinického pastoračního vzdělávání.

Vzdělávací centra ACPE nabízejí např.: klinické pastorační vzdělávání jako část teologického vzdělání, vzdělání pro „pastorační duchovenstvo“, vzdělání pro kaplany, vzdělání pro certifikaci supervizora klinického pastoračního vzdělávání a další vzdělávací programy specializující se na různé skupiny.

### **Standardy ACPE (krátký výpis ze souvisejících tématických oblastí)**

ACPE je sdružení soustředěné na teologické vzdělávání kněží v semináři, duchovenstva i laických osob z různorodých kultur, etnických skupin a lidí různé náboženské víry.

Jako profesní sdružení má zodpovědnost vůči veřejnosti definovat standardy pro členy a stanovit standardy pro vzdělání a certifikaci v oblasti klinického pastoračního vzdělávání a zabezpečit tak veřejnosti kvalitní vzdělání jejich duchovních poradců.

#### **Profesní etika**

Ve vztazích mají členové ACPE povinnost:

- respektovat důstojnost a jedinečnost každé osoby,
- jednat se všemi bez rozdílu národnostního původu, pohlaví, věku aj.,

- zdržet se jakéhokoli zneuctění či emocionálního vykořisťování, sexuálního vykořisťování nebo jiného druhu vykořisťování,
- s respektem a citlivostí přistupovat k náboženskému přesvědčení osoby a jejím kulturním hodnotám,
- respektovat důvěrnost v rozsahu povoleném ze zákona, předpisů nebo dalších platných pravidel.

Pokud se týká dalších skupin, členové ACPE:

- udržují dobrou víru ve společenství,
- řídí se danými normami státu, společenství a instituce, ve které jsou zaměstnáni,
- udržují profesionální vztahy s ostatními členy ACPE, institucí nebo společenství, kde jsou zaměstnáni,
- nesmí si přisuzovat odbornou způsobilost, která nepřísluší jejich aktuální kvalifikaci, nebo se řadit k nějaké instituci, ke které nejsou přidružení.

Pokud se týká členů ACPE:

- neustále pokračují v profesionálním růstu a vzdělávání, které zahrnuje účast na schůzkách a činnosti ACPE,
- vyhýbají se zneužívání znalostí nebo svých pozic k získání nespravedlivé osobní výhody,
- jejich služby nesmí být v rozporu s etickými standarty ACPE nebo ACPE přidružených organizací,
- jménem ACPE smí mluvit pouze tehdy, pokud jsou k tomu pověřeni vedením ACPE,
- neudávají úmyslně falešné, matoucí nebo neúplné informace o jejich práci nebo etickém chování.

### **CPE program (Clinical Pastora Education)**

Vzdělávací programy ACPE zahrnují nejrůznější formy studia:

- samostatné studium a skupinové vzdělávání,
- kontaktní trénink vztahových a komunikačních dovedností,
- supervizní schůzky,
- vědecké referáty,
- víkendové semináře, praktické semináře, praxe – té je věnována velká činnost,
- vypracovávání denních zpráv a reflexí, střednědobých recenzí a závěrečného hodnocení, aj.

ACPE poskytuje dva druhy programů:

**a) CPE (úroveň I a úroveň II)**

**b) Dohlížecí/Supervizní CPE**

Ad a)

CPE je tvořen dvěma úrovněmi:

- **Poloviční jednotku** tvoří přinejmenším 60 hodin samostatného a jednotného skupinového vzdělávání. Kombinovaný čas je nejméně 240 hodin. Na celý průběh studia dohlíží supervizor ustanovený ACPE.

- **Celek CPE** tvoří přinejmenším 100 hodin uspořádaného skupinového a jednotlivého vzdělávání. Každá jednotka/část by měla být opět doprovázena supervizorem pracujícím v pastorači. Kombinovaný čas bude nejméně 400 hodin.

Úroveň I. musí být úspěšně dokončena před přijetím k úrovni II. Dokončení CPE (obou úrovní) je nezbytné pro přijetí do dohlížecí CPE.

**Cíle CPE (I. i II. úroveň):**

- poskytnout pastorační formaci, odborné kompetence a reflexi,
- některá centra CPE pak nabízí možnost pastorační specializace v rámci úrovně II.

**Cíle pastorační formace (úroveň I. i II.):**

- vyvinout uvědomění sebe jako pastýře a svého vlivu na jiné osoby,
- vyvinout uvědomění o tom, jak jejich postoje, hodnoty, síly a slabé stránky ovlivní jejich pastorační péči,
- naučit hledat podporu a zdroje další formace v peer skupině (profesní skupině).

**Cíle pastoračního vzdělávání (úroveň I. i II.):**

- naučit porozumět osobám a podmínkám, které ovlivňují jejich životy a životy jiných, umět efektivně oslovit tyto oblasti skrze duchovní stránku,
- naučit zručnosti v poskytování intenzivní a rozsáhlé pastorační péče,
- naučit efektivnímu využívání duchovního dědictví, teologickému porozumění a schopnosti využít znalosti přírodních věd v pastorační práci osob a skupin,
- naučit studenty pracovat jako členy multidisciplinárního týmu,
- naučit využívání pastoračních schopností i v kázání, vyučování, vedení, managementu, aj.,
- povzbuzovat k neustálému profesionálnímu růstu,
- naučit spolupráci s úřady a dalšími profesionály,
- naučit správně vyhodnocovat své pastorační fungování, aj.

Ad b)

**Cíle supervizní CPE:**

- skrze splnění podmínek CPE (I. a II.) a získané znalosti rozvíjet další schopnosti, jako:
- znalost teorií a metodologií souvisejících s CPE, teologie, profesionální a organizační etiky, přírodních věd a osvěty,
- schopnost součinně zapojit teoretické i praktické znalosti získané v CPE do dalšího profesionálního i osobního rozvoje,
- budovat svou profesionální identitu jako klinický pastorační pedagog,
- demonstrovat svou emocionální i duchovní zralost,
- znalost filosofie, cílů a metod ACPE, aj.

## ***Příloha VIII.***

### **ERC - Základní kurs duchovní služby nemocným, březen – červen 2005**

Zdroj:

*Základní kurs duchovní služby nemocným* [online]. Praha : Ekumenická rada církví, 2005 [cit. 21. 4. 2006]. Dostupné na:

<<http://www.ekumenickarada.cz/index.php.setlang=1&ID219>>.

### ***Základní kurs duchovní služby nemocným pořádaný pracovní skupinou „Duchovní služba ve zdravotnických zařízeních“***

Výklady a dílny:

1. **Smrt a umírání** – fáze, reakce, potřeby pacienta a jeho rodiny. Dílna: já a smrt
2. **Psychické změny a potřeby ve stáří**, těžké nemoci, příznaky duševních nemocí a jak na ně reagovat. Dílna: kasuistiky
3. **Principy komunikace** (přítomnost, naslouchání, dotazování, připojování, ukončování, zjišťování potřeb) – dílna3x: nácvik komunikace, analýza videa
4. **Osoba a role pomáhajícího**, empatie x sympatie, hranice pomoci, služba, sebereflexe. Dílna: případová práce – skupinové řešení příběhů, příp. využití videozáznamů
5. **Témata k pastorační práci**, práce s Biblií, ekumenismus, rituály, svátosti, modlitba, ikony... Dílna: skupinové řešení příběhů + práce s Biblií
6. **Krizové intervence** – bio-psycho-spirituální aspekty, principy krizové intervence. Dílna: nácvik krizové intervence
7. **Nemocnice jako organizace a jako organismus** – kultura, struktura, etika, principy, kompetence. Dílna: Jak se zorientoval v nemocnici  
Zahájení praxe, výběr konkrétního místa pro praxi
8. **Místo pastorační práce v nemocnici** – jak navázat kontakt, kompetence, organizace práce, zásady a formy spolupráce s jinými, zdravotnický tým. Dílna: strategie vstupu a zapojení do chodu „mé“ nemocnice.
9. **Vztahy s personálem**, práce s personálem – možnosti a rizika.

**Cílem kursu:** Umožnit základní orientaci a rozvíjení potřebných dovedností.

Vytvořit nezbytné kontakty (možnost supervize a pravidelných setkávání pracovníků).

Obsazenost kursu – max. 25 lidí, aby byl zajištěn kontakt přednášejících a účastníků.

Na závěr ERC v ČR vydá osvědčení o absolvování kursu.

# ABSTRAKT

DVOŘÁKOVÁ, M. *Pastorační péče o nemocné ve zdravotnických zařízeních – zejména v nemocnicích*. České Budějovice, 2006. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce A. Kříšťan.

**Klíčové pojmy:** nemoc, pacient, prvky víry v nemoci, pastorační péče o nemocné, objekty pastorace, zdravotnická zařízení/nemocnice, prostředky doprovázení, pastorační pracovník/nemocniční kaplan, dobrovolnictví v nemocnici

Práce se zabývá pastorační péčí o pacienty nemocnic v České republice, jejím současným stavem a aktuálními otázkami spojenými se snahou o její profesionalizaci.

V první řadě autorka poskytuje interpretaci nemoci, nemocného člověka z pohledu vědy a pohledu víry. Dále seznamuje čtenáře s vymezením pastorační péče o nemocné a osob, které jsou (a měli by být) v našich podmínkách jejími poskytovateli.

Protože proces „profesionalizace duchovní péče v nemocnicích“ v ČR, a tedy i proces vytváření profilu nemocničního pastoračního pracovníka, právě probíhá, jsou otázkám s ním spojeným věnovány další kapitoly. Ty se především snaží přiblížit náplň duchovní pomoci a na základě toho i charakteristiku pastoračního pracovníka.

Syntéza teoretických poznatků z odborné literatury a praktických informací o činnosti některých národních i mezinárodních programů/institucí zabývajících se nemocniční pastorační péčí potvrzuje důležitou pozici duchovní péče v nabídce dalších služeb nemocnice.

Postřehy ze zahraničních institucí obsažené v této práci pak mohou poskytnout určité podněty pro další vývoj duchovní péče v ČR.

# ABSTRACT

## *Pastoral care for the sick in health institutions – especially in hospitals.*

**Key terms:** disease, patient, factors of faith in disease, health pastoral care, objects of health pastoral care, health institutions/hospital, means of pastoral care, pastoral worker/hospital chaplain, volunteerism in hospital

This work deals with pastoral care for patients in hospitals in the Czech Republic, its present status and actual questions linked by attempted its professionalization.

Primarily the authoress purveys interpretation of disease and sick from perspective of sciences and faith. Then she introduces reader with characterization of pastoral care for the sick and persons, who are (and could be) providers of it in our conditions.

Process of „professionalization of health spiritual care“ in the Czech republic and process of pastoral worker’s forming are running that is why subsequent chapters pay attention to these questions. They mainly try to sketch content of spiritual care and on the basis of it characterization of pastoral worker too.

Synthesis of theoretical knowledge from expert literature and practical informations about activities of some national and international health pastoral care project/institutions emphasizes important position of spiritual care in offering of other services in hospital. Views of international institutions included in this work can be a source of certain motions for incoming evolution of spiritual care in Czech hospitals too.