

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 27. června 2013

Vít Kout

Obsah

Abstrakt.....	5
1 ÚVOD.....	7
2 TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1 Stručná historie služby nemocničního kaplana v ČR	10
2.2 Literatura o kaplanské službě	12
2.2.1 Významné právní dokumenty týkající se kaplanské služby	12
2.2.2 Odborná literatura a informativní materiály o kaplanské službě	13
2.3 Shrnutí základních zkušeností a poznatků kaplanů a zdravotníků o kaplanské službě získaných z internetu a odborné literatury.....	15
2.3.1 Poskytování duchovní péče ve Fakultní nemocnici v Motole	15
2.3.2 Zkušenosti a poznatky kaplanů a zdravotníků o kaplanské službě získané z odborné literatury.....	17
3 PRAKTICKÁ ČÁST	21
3.1 Okolnosti zřízení kaplanské služby v chebské nemocnici.....	21
3.1.1 Informace o mně	21
3.1.2 Informace o chebské nemocnici	21
3.1.3 Kroky, které vedly ke zřízení kaplanské služby v chebské nemocnici.....	22
3.1.3.1 První kontakt s nemocnicí.....	22
3.1.3.2 Setkání lékařů a duchovních při příležitosti svěcení chebské nemocnice	22
3.1.3.3 První praktické kroky.....	23
3.1.3.4 Společné setkání zástupců místní ekumeny – delegování kaplana.....	23
3.1.3.5 Vysílací list pravoslavné církve	25
3.1.3.6 Konference „Paliativní medicína a hospicová péče“	25

3.1.3.7	Jednání s managementem nemocnice	26
3.1.3.8	Pracovní setkání sester a kaplana.....	26
3.1.3.9	Setkání s hlavní sestrou před první návštěvou	27
3.2	Rozhovory s nemocničním kaplanem, s knězem docházejícím za svými farníky do nemocnice a se sestrami chebské nemocnice	28
3.2.1	Rozhovor s nemocničním kaplanem.....	28
3.2.1.1	Informace o respondentovi	29
3.2.1.2	Rozhovor.....	29
3.2.1.3	Analýza polostrukturovaného rozhovoru s nemocničním kaplanem.....	38
3.2.2	Další konzultace s kaplany	48
3.2.3	Rozhovor s knězem.....	49
3.2.3.1	Informace o respondentovi	49
3.2.3.2	Rozhovor.....	49
3.2.3.3	Analýza polostrukturovaného rozhovoru s knězem.....	56
3.2.4	Porovnání služby kaplana a kněze	60
3.2.5	Rozhovor se zdravotními sestrami chebské nemocnice.....	62
3.2.5.1	Rozhovor kaplana se sestrami.....	62
3.2.5.2	Shrnutí rozhovoru se sestrami (konkrétní výstupy ze setkání)	68
3.2.5.3	Další postřehy z rozhovoru se sestrami a jejich důsledky pro kaplanskou službu	70
3.3	Aplikace získaných poznatků v praxi	73
3.3.1	Před nástupem do nemocnice	73
3.3.1.1	Zásady, kterými by se měl kaplan řídit při nástupu do nemocnice.....	73
3.3.1.2	Co by si měl kaplan ujasnit před první návštěvou v nemocnici	74

3.3.2	Testovací období – první čtyři návštěvy kaplana v nemocnici.....	78
3.3.2.1	Průběh první návštěvy	78
3.3.2.2	Shrnutí zkušeností z první návštěvy	79
3.3.2.3	Pracovní setkání vrchních sester a kaplana – zhodnocení prvních testovacích návštěv	80
3.3.3	Témata k setkání na provozní schůzi se zaměstnanci nemocnice.....	81
3.3.3.1	Základní informace o službě kaplana	81
3.3.3.2	Koho může kaplan navštívit	83
3.3.3.3	Vztah důvěry sester a kaplana jako předpoklad spolupráce	84
3.3.4	Služba kaplana po měsíci docházení do nemocnice	84
3.3.4.1	Stav po měsíci docházení.....	84
3.3.4.2	Reflexe zkušeností kaplana po měsíci docházení	85
3.3.4.3	Hodnocení kaplana ze strany sester	89
3.3.4.4	Sebraná statistická data z návštěv u lůžek pacientů.....	91
4	ZÁVĚR	95
5	Seznam literatury	97
6	Seznam příloh	101

Abstrakt

Spuštění kaplanské služby v nemocnici v Chebu

Práce popisuje proces zavedení služby nemocničního kaplana v nemocnici v Chebu, včetně popsání překážek a problémů, které souvisely se změnou nastalé organizační kultury tohoto zdravotnického zařízení. Cílem spuštění nové služby nemocničního kaplana bylo přispět ke zlepšení kvality poskytovaných služeb doplněním stávajících zdravotních služeb o spirituální rozměr péče o pacienta.

V teoretické části se práce zaměřuje na poznatky o problematice ekumenicky pojaté pastorační práce křesťanských duchovních, tzv. nemocničních kaplanů, ve specifickém prostředí nemocnic. Tyto poznatky jsou získávány z veřejně dostupných zdrojů – ze sekundární literatury, případně z internetových stránek.

V praktické části práce popisuje postupné kroky, které byly učiněny při zavádění kaplanské služby v chebské nemocnici. Praktická část dále přináší rozhovory s profesionálním kaplanem, zkušeným duchovním a zdravotními sestrami chebské nemocnice a následnou analýzu těchto rozhovorů. Zpracované výstupy provedených rozhovorů pak byly aplikovány v procesu individualizace služby podle konkrétních potřeb nemocnice. V této části práce se dále nachází zhodnocení stavu nové služby po měsíci od jejího spuštění.

V závěru práce jsou shrnuty dosažené výsledky výzkumu a uvedeno navržení dalšího rozvoje kaplanské služby v chebské nemocnici.

Establishment of Chaplaincy Service at the Hospital in Cheb

This thesis describes the process of implementation of the hospital chaplain service in a hospital in Cheb, including a description of the obstacles and problems related to organizational culture change in this medical device. The aim of launching this new service was to contribute in improving the quality of services through complementing existing health services with the spiritual dimension of patient care.

In the theoretical part the thesis focuses on knowledge about ecumenically-scale pastoral work of the hospital chaplains in the specific environment of hospitals. These findings are derived from publicly available sources - from secondary sources, or from websites.

The practical part of the thesis describes the sequential steps that have been made in the implementation of chaplaincy services in Cheb hospital. The practical part contains interview with a professional chaplain, an experienced priest and nurses of Cheb hospital and a subsequent analysis of these interviews. Processed outputs of the interviews were then applied in the process of individualization of services according to the specific needs of this hospital. In this part also the state of new services a month after its launch had been evaluated.

In the conclusion of the thesis the possible further development of the chaplaincy services in Cheb hospital is suggested.

Klíčová slova: nemocniční kaplanství, nemocniční kaplan, celostní přístup k léčbě, asistence nelékařských profesí ve zdravotnickém zařízení, multidisciplinární tým, bio-psycho-socio-spirituální složky týmu, management zavedení služby nemocničního kaplana, pastorační práce ve zdravotnickém zařízení

Keywords: hospital chaplaincy, hospital chaplain, holistic approach to treatment, assistance of non-medical professions in the medical device, multidisciplinary team, bio-psycho-socio-spiritual components of team, management of implementation of the hospital chaplain service, pastoral work in a medical device

1 ÚVOD

Ve své magisterské práci se zabývám jednotlivými kroky zavedení kaplanské služby v nemocnici v Chebu. Zajímat mne bude jednak vývoj reflexe této nové služby ze strany pacientů a zdravotních sester, a jednak nastalé změny organizační kultury.

Služba nemocničního kaplana byla v chebské nemocnici z mé iniciativy spuštěna v květnu 2013. Do té doby zde tato služba nebyla poskytována, nejbližší nemocniční kaplani působili v nemocnicích v Mostu a v Chomutově. Jednotlivé církve absentující službu aktuálně nahrazovaly pastoračními návštěvami svých duchovních či pastoračních asistentů¹ u svých věřících.

Tento model měl řadu nevýhod. I v rámci jednotlivých církví dochází v průběhu roku ke střídání duchovních a pastoračních asistentů, kvůli čemuž zůstávají pro zdravotní personál nemocnice více či méně anonymními osobami, se kterými se jen příležitostně setkávají u lůžek nemocných. Pastorační asistent či duchovní dané církve není součástí multidisciplinárního týmu nemocnice a je povoláván pouze na osobní žádost pacienta, případně jeho rodiny. Jeho další působení mezi ostatními pacienty nad rámec konkrétní osoby, ke které byl povolán, v nemocnici není žádoucí, neboť a) je reprezentantem jen oné jedné mateřské vysílající církve, která ho pověřila návštěvou konkrétního člena jako individua dočasně pobývajícího v nemocnici, nikoliv jako pacienta, b) jeho služba není ze své povahy nadkonfesní, c) není zaštitěn profesní organizací nezávislou na církvi, d) není součástí multidisciplinárního týmu nemocnice – je tedy vázán etickým kodexem vysílající církve, nikoliv etickým kodexem nemocnice. Duchovní služba pastoračního asistenta či duchovního tak není součástí plnohodnotných služeb, které by nemocnice nabízela, ale stává se jen prodloužením působení církvi na půdě zdravotnického zařízení. Pastorační asistent či duchovní není do procesu léčení a péče a do organizace integrován. Jako nečlen multidisciplinárního týmu za prvé nemá přístup k zásadním informacím týkajícím se pacientova zdravotního a psychického stavu ani k informacím sociálního rázu, a za druhé ani nemá žádný oficiální informační kanál, kterým by mohl sám získané informace o pacientovi týmu nemocnice předávat, natož nabídnout jako ničím nevázaný externista svou duchovní službu sdílení a reflexe personálu a rodinným příslušníkům pacienta.

¹ Pastorační asistent ve zdravotnickém zařízení je člen konkrétní církve, který z pověření svého duchovního přichází navštívit některého ze členů vlastní církve, aby nemocnému poskytl duchovní potěchu, případně mu podal některou ze svátostí v závislosti na typu vysílající církve.

Naproti tomu úloha nemocničního kaplana v nemocnici se od popsané úlohy kněze či pastoračního asistenta v mnohém liší. Podle definice převzaté z webových stránek Asociace nemocničních kaplanů www.nemocnicnikaplan.cz je nemocniční kaplan „kvalifikovaný duchovní poskytující péči pacientům, personálu a návštěvníkům zdravotnického zařízení. Je členem multidisciplinárního zdravotnického týmu. Poskytuje doprovázení v duchovní oblasti všem potřebným bez rozdílu jejich vyznání či světového názoru.“² Nemocniční kaplan je primárně nemisijní (jeho cílem není kohokoliv obracet na víru, popř. někomu vyvracet jeho životní názory) a je nadkonfesní (je k dispozici všem lidem napříč vyznáními i nevěřícím). Kaplan je vázán etickým kodexem nemocnice, je kontrolovaný mimo svou církev i profesní asociací kaplanů a samotným týmem nemocnice při společných pracovních a supervizních setkáních.

Podle Asociace nemocničních kaplanů musí nemocniční kaplan splňovat následující podmínky: 1. pověření vlastní církví, 2. ukončené magisterské teologické vzdělání, 3. minimálně tři roky působení v obecné pastorační péči, 4. specializovaný kurz nemocničního kaplanství.³

Osobně se o službu nemocničního kaplana zajímám již několik let. V letech 2007/2008 jsem absolvoval pilotní dvousemestrální kurz „Nemocniční kaplan“ pořádaný Evangelickou teologickou fakultou UK a od té doby jsem byl několikrát příležitostně povolán do různých pražských nemocnic k pacientům pravoslavného vyznání.⁴ Nyní působím jako pravoslavný kněz ve Františkových Lázních, které jsou od Chebu vzdáleny jen několik málo kilometrů, proto jsem se rozhodl nabídnout svou kaplanskou službu právě chebské nemocnici.

Vzhledem k tomu, že chebská nemocnice na základě mé nabídky projevila o tuto službu zájem, rozhodl jsem se téma spuštění kaplanské služby zpracovat ve své diplomové práci a tímto způsobem celý proces zavádění služby v nemocnici zmapovat a tak zároveň usnadnit. Zpracování tématu by mělo primárně usnadnit sžití s novou službou zdravotnickému personálu a pacientům, v neposlední řadě však i umožnit mně jakožto nastupujícímu nemocničnímu kaplanovi snáze se zorientovat v nové roli na novém působišti.

² <http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/9-Co-je-to-kaplanska-sluzba/index.htm> [cit. 24. dubna 2013].

³ <http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/9-Co-je-to-kaplanska-sluzba/index.htm> [cit. 24. dubna 2013].

⁴ K tomu jen dodávám, že splňuji i ostatní tři podmínky ANK pro službu kaplana: Mám ukončené magisterské teologické vzdělání a od roku 2009 jsem pravoslavným knězem. Ke službě kaplana mám pověření své církve.

Co se týče metod výzkumu, pro účely této práce byl použit za prvé kvalitativní výzkum vedený formou polostrukturovaných rozhovorů/dotazníků se zkušeným kaplanem a s knězem docházejícím do nemocnice za svými farníky a dále formou skupinových interview s vrchními sestrami nemocnice, a za druhé kvantitativní výzkum – po měsíci docházení do nemocnice byla vytvořena statistika zachycující údaje o provedených návštěvách a navštívených pacientech.

Problematika nemocničního kaplanství je v současné době zpracována poměrně dostatečně na teoretické rovině (zejména v cyklu skript projektu ETF UK *Nemocniční kaplan*⁵), praktické zkušenosti z kaplanské služby však zatím zpracovány příliš nebyly (výjimku tvoří pouze sborník ETF UK *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních*⁶). Téma spuštění kaplanské služby v nemocnici zatím, pokud je mi známo, nebylo zpracováno vůbec. Proto doufám, že i v tomto smyslu bude tato diplomová práce přínosná.

⁵ Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

⁶ *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stručná historie služby nemocničního kaplana v ČR

Rámcové vymezení prostoru pro poskytování služby nemocničních kaplanů určila *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*, kterou v roce 2006 uzavřela Česká biskupská konference s Ekumenickou radou církví. Tato dohoda byla obdobou podobných dohod o působení kaplanů ve věznicích a v armádě. V jejím textu se říká: „*Nemocničním kaplanem se v této dohodě rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči pacientům, personálu a návštěvníkům, řídí práci dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví podle přání pacienta.*“⁷ Součástí dohody je výčet kvalifikačních předpokladů nemocničního kaplana a Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka (znění dohody příkládám jako přílohu diplomové práce).

Jedním z prvních praktických kroků na cestě hledání konkrétní podoby vzdělávacího modulu pro nemocniční kaplany, který by splňoval kritéria *Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví*, byl pilotní projekt Evangelické teologické fakulty UK ve spolupráci s I. a II. lékařskou fakultou UK realizovaný v akademickém roce 2007/2008, jehož jsem také jedním z absolventů. Systém výuky a práce se studenty se inspirovala pojetím služby nemocničních kaplanů rozšířené v USA, kde kaplani procházejí takzvaným „Clinical pastoral education“, za jehož zakladatele bývá považován Anton Boisen (1876–1965)⁸. Výukový blok kurzu byl rozdělen na praktickou a teoretickou část. Kaplani byli školeni v nejdůležitějších otázkách lékařské etiky, psychopatologie, pastorální teologie se zvláštním důrazem na práci s chronickým a umírajícím pacientem, včetně specifik pastorační péče v nemocničním prostředí.⁹ Praktická část výcviku se pak konala ve Fakultní nemocnici v Motole a v Ústřední vojenské nemocni v Praze – Střešovicích.¹⁰

⁷ *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice* [online].

Dostupné z WWW: < <http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1> > [cit. 24. dubna 2013].

⁸ Boisenovou hlavní myšlenkou bylo, že člověk stojící tváří tvář konečnosti svého života a perspektivy smrti přirozeně otevírá a větší měrou tíhne k náboženství a teologii, která odpovídá na základní otázky po smyslu jeho bytí a vztahu ke světu – na otázky po vině a odpuštění a vztahu konečného k nekonečnému. Právě tomuto procesu jisté duchovní seberealizace, vztahování se k nekonečnému má kaplan pacientovi napomáhat. (*The biography of Anton Theophilus Boisen* [online]. Dostupné z WWW: http://www.acpe.edu/networks/boisen_bio.htm [cit. 24. dubna 2013])

⁹ KOUT, Vít Metoděj. Co je kaplanská služba v nemocnicích?. *Hlas pravoslavi*, 2008, roč. 63, č. 11, s. 40–42.

¹⁰ Obě nemocnice již měly zkušenost se službou nemocničního kaplana. V Motole byla průkopnicí psychospirituální péče MUDr. Eva Kalvínková, jejíž iniciativou bylo zřízení tzv. „Prostoru ticha“, který slouží

Někteří z absolventů tohoto pilotního projektu pak díky společné potřebě navzájem sdílet své zkušenosti pokračovali v iniciativě vzájemného setkávání a postupně se začínali přidávat další duchovní z křesťanských církví, kteří působí jako kaplani v nejrůznějších sociálních a zdravotnických organizacích.¹¹ Výsledkem této iniciativy společných pracovních setkání je ekumenická iniciativa duchovních, kteří 22. října roku 2011 slavnostně ustavili Asociaci nemocničních kaplanů (ANK) v ČR¹² s cílem zajistit „organizační, garanční, vzdělávací a supervizní, ale i propagační a vyjednávací roli na poli nemocničního kaplanství“¹³.

Důležitým krokem na cestě k získání důvěry nemocničních kaplanů v ČR bylo osvědčené fungování vojenských kaplanů, které naše armáda po roce 1989 zřídila pro své jednotky podle zahraničního vzoru.¹⁴ Armáda ČR po roce 1989 mohla navázat na inspiraci z prvorepublikové tradice působení kaplanů v armádě, která zase kaplany znala z rakousko-uherské armády. Zpracovaná je např. historie pátera Methoda Kubáně, který působil jako polní kněz ve službě rakousko-uherské armády a později i ve službách první republiky.¹⁵

Zajímavostí je, že s kaplany se počítá i v dlouhodobé koncepci práce s bezdomovci v ČR do roku 2020.¹⁶

k uspokojování duchovních potřeb pacientů, personálu a rodinných příslušníků. Zásluhou MUDr. Kalvínské byla roku 2008 zřízena pracovní pozice nemocničního kaplana, která do té doby fungovala jen v nemocnicích spravovaných církvemi nebo byla součástí jiného úvazku (např. vojenského kaplana). (ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče v českých nemocnicích. *Universum*, 2010, č. 3, s. 5)

¹¹ ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče v českých nemocnicích. *Universum*, 2010, č. 3, s. 5.

¹² *Kaplaní ve službách nemocnic mají svou asociaci*, Tisková zpráva 22. října 2011, [online]. Dostupné z WWW:

<http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/48-Tiskova-zprava-22-rijna-2011/index.htm> [cit. 24. dubna 2013].

¹³ ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče v českých nemocnicích. *Universum*, 2010, č. 3, s. 5.

¹⁴ Inspirací pro Armádu ČR byli vojenští kaplani, se kterými se setkávala na zahraničních misích. „První vojenský kaplan začal působit v české jednotce IFOR/SFOR v Bosně a Hercegovině v roce 1996. Na základě této pozitivní zkušenosti armády s vojenskými kaplany vznikla v roce 1998 dohoda mezi rezortem ministerstva obrany na straně jedné a církvemi sdruženými v České biskupské konferenci a Ekumenické radě církví na straně druhé, o duchovní službě v rezortu ministerstva obrany.“ (*Základní informace o Duchovní službě Armády České republiky* [online]. Dostupné z WWW: <http://www.kaplani.army.cz/index.php?id=6> [cit. 24. dubna 2013]). Armáda později své kaplany umístila i do vojenských nemocnic.

¹⁵ STEHLÍK, Eduard. *Páter Method: životní příběh generála duchovní služby Msgre Methoděje Kubáně*. Praha: Ministerstvo obrany – Agentura vojenských informací a služeb, 2006.

¹⁶ Souhrnný materiál pro tvorbu Koncepce práce s bezdomovci v ČR na období do roku 2020, Operační program lidské zdroje a zaměstnanost, zpracováno týmem občanského sdružení Hodnoty – soužití – pomoc (H.S.P.) Praha 2012. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.esfcr.cz/file/8471/>> [cit. 24. dubna 2013].

2.2 Literatura o kaplanské službě

2.2.1 Významné právní dokumenty týkající se kaplanské služby

Nejvýznamnějšími dokumenty relevantními pro pastorační práci v nemocnicích jsou: *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě* (Amsterdam, 1994), *Všeobecná deklarace o bioetice a lidských právech* (2005), *Mezinárodní akreditační standardy* (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2002), Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům „*O organizaci paliativní péče*“ (2003), *Normy pro nemocniční kaplanství v Evropě* (Evropská síť zdravotní kaplanské služby, 2002), *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice* (2006), *Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě* (platné od 1. 10. 2010).

V *Mezinárodních akreditačních standardech*¹⁷ se o právech pacientů a jejich blízkých píše: „*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.*“¹⁸ Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům *O organizaci paliativní péče* o paliativní péči hovoří jako o „...*interdisciplinární a multiprofesní činnosti, jež obvykle zahrnuje práci lékařů, zdravotní sestry a dalších zdravotnických pracovníků, kteří mají nezbytnou kvalifikaci k řešení fyzických, psychologických a duchovních potřeb pacienta a rodiny*“¹⁹.

O spirituálním rozměru člověka a nutnosti jeho respektování otevřeně hovoří *Všeobecná deklarace o bioetice a lidských právech* přijatá roku 2005 na konferenci členských států UNESCO, kde se zmiňuje: „...*identita osoby v sobě zahrnuje biologický, psychologický, sociální, kulturní a duchovní rozměr.*“²⁰

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě z roku 1994 z Amsterdamu pak v bodě 1.5 říká: „*Každý má právo na to, aby byly respektovány jeho morální zásady a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.*“²¹ A dále v bodě 5.9: „*Pacienti*

¹⁷ Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2002, sestavené mezinárodní skupinou odborníků jako podklad pro akreditaci zdravotnických zařízení po celém světě.

¹⁸ *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Grada Publishing a.s., 2008, s. 82.

¹⁹ O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) VIII. Tímy, týmová práce a plánování péče Výboru ministrů Rady Evropy členským státům [online]. [cit. 24. duben 2013]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001125.pdf>, s. 14.

²⁰ Všeobecná deklarace o lidském genomu a lidských právech z roku 1997. [online]. Dostupné z WWW: http://web.ceu.hu/celab/unesco_cz2.pdf [cit. 18. dubna 2013].

²¹ *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*, ISBN 80-85047-18-7 Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, str. 15.

*mají právo na podporu rodiny, příbuzných a přátel v průběhu ošetřování a léčby a na to, aby se jim kdykoliv dostalo duchovní útěchy a podpory.*²²

*Normy pro nemocniční kaplanství v Evropě jsou „kolektivním prohlášením, které popisuje pečovatelskou práci skupin věřících lidí v oblasti zdravotnické péče ve všech částech Evropy. Záměrem je, aby Normy pro nemocniční kaplanství v Evropě byly záchytným bodem a rádcem pro všechny církve a vyznání ve formování duchovní péče nabízené v oblasti zdravotní péče.*²³

*Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví, jejíž součástí je i Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka, pak spirituální péči pojímá jako „takové jednání s člověkem, ve kterém respektujeme jeho jedinečnost, přistupujeme k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřících křesťanů, věnujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.*²⁴

Pozice nemocničního kaplana je od roku 2010 součástí tzv. *katalogu prací ve veřejných službách a správě*. Hlavní náplní práce kaplana je podle tohoto katalogu *„poskytování duchovní služby ve vězeňských, zdravotních, sociálních a jiných zařízení včetně zajišťování styku s jednotlivými církvemi.*²⁵

2.2.2 Odborná literatura a informativní materiály o kaplanské službě

V současné době má Asociace nemocničních kaplanů k dispozici internetové stránky <http://www.nemocnicnikaplan.cz/>, kde přináší základní osvětové informace o nemocničním kaplanství a o novinkách včetně chystaného vzdělávání a podpory kaplanů formou společných setkání, na kterých mohou kaplani navzájem sdílet své zkušenosti a obtíže.

²² *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*, ISBN 80-85047-18-7 Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, str. 21.

²³ *Standardy Evropské sítě nemocničních kaplanů, Evropská síť nemocničního kaplanství, přeložila Mgr. Markéta Čermáková*. [online]. Dostupné z WWW: http://web.ceu.hu/celab/unesco_cz2.pdf [cit. 18. dubna 2013].

²⁴ *Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka, Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice* [online]. Dostupné z WWW: <<http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1>> [cit. 24. dubna 2013].

²⁵ NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, str. 58, [online]. Dostupné z WWW: www.mpsv.cz/files/clanky/8980/Katalog_praci_UZ_1_10_2010.pdf [cit. 29. května 2013].

Kaplanům je k dispozici poměrně velké množství vzdělávacích materiálů určených primárně pro kaplany – např. skripta pilotního projektu z let 2007/2008 ETF UK. Jedná se o řadu 13 skript od různých autorů, kteří pokrývají základní otázky a problematiku působení křesťanských kaplanů ve specifickém prostředí nemocnice z teologického, psychologického i zdravotního hlediska: Beneš, Ladislav: *Role církevního společenství při doprovázení nemocných*, Beneš, Ladislav: *Východiska a cíle duchovní péče o nemocné*, Filipi, Pavel: *Nemoc, zdraví a smrt v pohledu náboženství*, Filipi, Pavel: *Služba útěchy, její duchovní zdroje a cíle*, Janečková, Hana: *Veřejné zdravotnictví pro nemocniční kaplany*, Kalvínková, Eva: *Spirituální péče v nemocnicích očima lékaře*, Keřkovský Pavel: *Vina a smíření*, Navrátilová, Eva: *Psychopatologie*, Opatrný, Aleš: *Druhy a stupně spirituality*, Payne, Jan: *Problémy lékařské etiky*, Sláma, Ondřej: *Paliativní medicína*, Ventura, Václav: *Chronický pacient a postižení*, Vítová, Jana: *Pacient v krizi (možnosti provázení vážně somatických pacientů krizovými obdobími)*.

Podnětný je také sborník statí Evangelické teologické fakulty UK *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních* z roku 2000, který vznikl jako výstup stejnojmenného mezinárodního semináře zmíněné teologické fakulty. Zmíněný sborník přehledně vymezuje základní kontext a problematiku související s působností kaplanů – „nemocničních pastorů“ ve zdravotnických zařízeních.

Tématem duchovních potřeb pacientů v nemocnici se zabývá také bakalářská práce Hany Kubalové napsaná na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně z roku 2011, nazvaná *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., a jejich naplňování*.

Řadu specializovaných témat, se kterými se kaplan ve své praxi setkává, je možno dohledávat v odborné literatuře na pomezí sociálně-zdravotní problematiky a lékařské etiky (specifika průběhu nemoci, sociální důsledky spjaté s nemocí, duševní choroby ve stáří, specifika zacházení se seniory, management sociálních a zdravotnických organizací, standardy kvality a řízení kvality ve zdravotnických organizacích). Z těch zcela zásadních prací musíme zmínit široké rozpětí prací prof. Heleny Haškovcové, jako např. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, *Lékařská etika* nebo *Fenomén stáří*. Podnětná je brožurka *Jsem to pořád já* od Hany Janečkové, která se zabývá využitím vzpomínek v práci se seniory. Nelze opomenout ani zcela zásadní práci Elisabeth Kübler-Rossovové *O smrti a umírání*.

2.3 Shrnutí základních zkušeností a poznatků kaplanů a zdravotníků o kaplanské službě získaných z internetu a odborné literatury

2.3.1 Poskytování duchovní péče ve Fakultní nemocnici v Motole

Následující informace jsou čerpány z webových stránek Fakultní nemocnici v Motole:

<http://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/poskytovani-spirituálni-pece/>.

Ve FNM bylo zřízeno centrum psychosociální a spirituální péče, v jehož rámci působí pět stálých nemocničních kaplanů (nazývaných zde „nemocniční duchovní“) a několik externistů. V březnu 2008 bylo zřízeno první místo nemocničního duchovního – interního pracovníka. Požadavky na poskytování spirituální péče stále narůstají, a proto bylo postupně zřízeno dalších 1,5 pracovního místa. Nemocniční duchovní provázejí všechny pacienty, kteří o to požádají, bez rozdílu vyznání či světového názoru, a jejich péče je součástí péče ošetrovatelské. Jejich úkoly jsou na uvedených stránkách shrnuty ve čtyřech bodech:

1. Poskytují duchovní podporu pacientům, příbuzným i personálu FNM.
2. Zprostředkovávají na vyžádání kontakt s duchovními z různých církví a náboženských společností.
3. Spoluzajišťují pořádání náboženských obřadů a modliteb v „Prostoru ticha“ i na jednotlivých odděleních.
4. Spoluorganizují edukaci v oblasti duchovních potřeb a péče v nemocnici pro personál, dobrovolníky a veřejnost.

Spirituální péče je nabízena:

- Pacientům, kteří v průběhu hospitalizace trpí osamělostí, smutkem nebo strachem.
- Pacientům, kteří v souvislosti s nemocí řeší naléhavé vztahové nebo existenciální otázky.
- Pacientům, kteří nespolupracují s okolím a je potřeba v nich posílit pocit důvěry a naděje.
- Pacientům, kteří ztrácejí vlivem nemoci a utrpení smysl života.
- Pacientům, kteří si potřebují popovídat nebo uvítají jen přítomnost druhého člověka.
- Příbuzným, kteří sami psychicky špatně nesou nemoc či odloučení blízké osoby.
- Příbuzným, kteří těžko hledají slova při komunikaci s nemocným členem rodiny.

- Příbuzným, kteří potřebují povzbudit při provázení nemocné či umírající blízké osoby.
- Příbuzným, kteří zažívají emoční stres, vyvolaný ztrátou blízké osoby.
- Příbuzným, kteří se potřebují přeladit, spočinout či načerpat novou sílu.
- Personálu, který se cítí vyčerpaný, podrážděný či sklíčený.
- Personálu, který postrádá pocit bezpečí a spokojenosti při práci v týmu na pracovišti.
- Personálu, který potřebuje konzultovat závažná rozhodnutí s etickými důsledky.
- Personálu, na nějž doléhají osobní či rodinné starosti, které komplikují pracovní výkon.
- Personálu, který neodkladně potřebuje z různých důvodů podporu od druhého člověka.

Podle vlastních statistických měření provedených ve Fakultní nemocnici v Motole od března roku 2008 do září roku 2012 se uskutečnilo v nemocnici celkem 20 230 kaplanských konzultací. Kaplani navštívili celkem 8 526 klientů (z toho 70 % žen, 30 % mužů) – průměrně tedy každého z klientů navštívil kaplan 2,4x. Ze zmíněných 20 230 konzultací připadlo 16 514 konzultací na pacienty (82 %), 1 813 na příbuzné (9 %) a 1 903 konzultací na personál (9 %). Sledovaný vzorek pacientů byl rozdělen na sedm věkových skupin (21–30 let, 31–40 let, 41–50 let, 51–60 let, 61–70 let, 71–80 let a 81–90); kaplani s překvapením konstatují, že se požadavky na spirituální péči v jednotlivých věkových kategoriích lišily jen nepatrně.

Kaplani nejčastěji zavítali na LDN-CNP (41 %), pak na interní oddělení (12 %), na spinální jednotku (10 %), ve 12 % poskytli své konzultace v „Prostorách ticha“ – nemocniční kaple.

Zajímavým poznatkem je fakt, že v naprosté většině se nejednalo o členy církvi.

Výsledky uvedené statistiky potvrdily původní předpoklad, že si pacienti tuto péči žádají nejen bez ohledu na své vyznání, ale i věk či diagnózu, z čehož pro kaplanský tým vyplývá, že zařazení spirituální péče v širším slova smyslu do péče ošetrovatelské, tak, aby zajistili možnost poskytování komplexní péče všem pacientům, kteří si to budou přát, bylo namístě. Genderové rozdělení podle autorů statistiky potvrdilo zkušenosti z psychoterapie, že ženy vyhledávají podporu častěji (70 %), než muži (30 %).

2.3.2 Zkušenosti a poznatky kaplanů a zdravotníků o kaplanské službě získané z odborné literatury

Seznámení kaplana s organizační strukturou nemocnice

MUDr. Eva Kalvínková²⁶ ve skriptech *Spirituální péče v nemocnicích očima lékaře* uvádí, že duchovní, který se chystá nabídnout nemocnici kaplanskou službu, by se měl nejprve seznámit s organizační strukturou nemocnice. Je-li to možné, je dobré vždy využít osobních kontaktů. Důležitou osobou, která by měla být na počátku oslovena, je náměstek pro ošetrovatelskou péči, v některých nemocnicích za zvyšování kvality ošetrovatelské péče o pacienty stále odpovídá hlavní sestra. Hlavní sestra je klíčovou osobou, která kaplana představuje vrchním sestřím, ty opět sestřím staničním. Staniční sestra řídí práci sester a ošetrovatelů a pomocného personálu na své stanici, v jejích rukou se shromažďují informace ohledně stavu pacientů, což jí dává nejvíce kompetencí rozhodnout o tom, kterého pacienta je vhodné navštívit. Staniční sestra je tedy hlavní kontaktní osobou pro kaplana. Ve spolupráci s konkrétním oddělením je zásadní spolupráce s primářem, který podle MUDr. Kalvínkové často určuje ducha celého oddělení.²⁷

Specifické prostředí zdravotnických zařízení – potenciální úskalí pro kaplana

Poměrně výstižně charakterizuje prostředí nemocnice kaplanka Helga Hansis, která o něm hovoří z pohledu přicházejícího duchovního jako o terénu za hranicemi, o takzvaném „nesboru“ a cizině, jako o terénu, který může představovat pro kaplana veliké znejistění. Nemocnice jako světské zařízení ovšem vykazuje některé znaky sboru, se kterými může duchovní pastoračně pracovat. Kaplanka nahlíží tuto spojnicí v tématech (často skrytých) tázání se po smyslu života tváří tvář jeho ohrožení nebo konci, dále v prvku rozvoje společenství a solidarity, v práci s nadějí na uzdravení a zároveň i sdílení se, které je součástí nemocničního a ošetrovatelského procesu. Kaplan je pak tím, kdo se při každé návštěvě má ptát na formu, jakou se v konkrétní okamžik onen sbor odehrává, a dále jakým způsobem by nemocniční sborovost mohl dát podobu.²⁸

²⁶ Působí jako koordinátorka psychosociální a spirituální péče ve FN v Motole, dlouhodobá členka výboru Společnosti lékařské etiky ČLS JEP; šest let předsedkyně Sekce spirituální péče této společnosti.

²⁷ Kalvínková, E.: *Spirituální péče v nemocnicích očima lékaře*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007, s. 9.

²⁸ HANSIS, Helga. Pastorační péče v nemocnici – otázky role a postavení (statutu). In: *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000, s. 86.

O kolegiilitě v nemocnici

Kaplan Petr Häusser hovoří o své zkušenosti kolegiality v nemocnici. Tuto kolegiální popíše jako ohraničenou zodpovědnost ošetřujícího personálu. Tento pocit podle něj osvobozuje a chrání před pocitem všemohoucnosti a zároveň i pocitem zodpovědnosti za vše, co se ve zdravotnickém zařízení odehrává. Nikdo není kompetentní zvládat všechno, kolegiální pak umožňuje uvnitř ošetřovatelského týmu navzájem čerpat sílu. Kaplan je podle Häussera „na kolegiální lékařů a ošetřovatelů odkázán“, to mu udělí zcela jinou roli, neboť u „sebe v církvi“ je hlavním iniciátorem veškerého dějství, zatímco v nemocnici je v jistém slova smyslu „nadbytečný“.²⁹

Role kaplana v ošetřovatelském procesu

Petr Häusser ve svém příspěvku dále podtrhuje fakt, že služba kaplana je postavena na nižším ošetřujícím personálu, který je pro kaplana důležitý, neboť je s pacienty v každodenním styku a má k nim nejbližší a kaplan s nimi z povahy své služby přichází nejčastěji do styku. V porovnání s tím je setkávání se s lékaři z časových důvodů a pracovní vytíženosti velmi obtížné.

Kaplan si podle Häussera musí uvědomovat, že svou přítomností není středem dějství, ale součástí ošetřovatelského procesu. Jednou z nesporných předností kaplana je v porovnání se zbývajícími personálem čas se komukoliv v nemocnici intenzivně věnovat. I to je jeden z důvodů, proč by měl kaplan během svých návštěv stále zaujímat takové místo, aby bylo zřejmé, že ošetřování a ošetřující personál má u pacienta vždy přednost.

Kaplan musí být dobrým pozorovatelem a zároveň tím, kdo si u zdravotníků důvěru stále získává, čímž si stále více otevírá přístup k pochopení celého ošetřovatelského procesu, jehož je součástí. Kaplan se má vyvarovat přinášet překvapující zjištění ohledně např. nedostatků v ošetřovatelské péči, neboť se pak mnohdy ukáže, že se sama organizace s danou věcí zabývá déle, než se zdá. Kaplan může přinášet svůj pohled, musí ale respektovat, že zprvu je to především on, kdo se učí a poznává zdravotnické zařízení.³⁰

Setkání s pacientem

²⁹HÄUßER, Peter. Kolegiální v nemocnici. In: *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000, s. 87–89.

³⁰HÄUßER, Peter. Kolegiální v nemocnici. In: *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000, s. 87–89.

Gert Murr ve svém příspěvku *Formy pastorační návštěvní praxe* zmiňuje faktory, kterých by si kaplan měl být během své návštěvy vědom: tyto faktory umožňují kaplanovi být větší měrou připraven k setkání.

Kaplan musí uvažovat nad **časem návštěvy**, každé oddělení má své rituály (např. podávání obědů, léků, hygiena), které by měl kaplan znát. Kaplan zvažuje, ke kterým pacientům má přijít ráno, kdy je pacient odpočínutý a má maximální možnou myšlenkovou soustředěnost, naproti tomu odpolední hovory už bývají více emocionální.

Při příchodu na vícelůžkový pokoj kaplan zvažuje, **jakou formou pozdraví** zbývající pacienty. Představí se u vchodu? Obejde všechny a podá každému ruku? (Vhodné u starších lidí, kteří nedoslýchají.) Pokud jde cíleně za pacientem, ke kterému ho poslal tým, musí zvažovat, jak zareaguje, když na sebe strhne pozornost jiný pacient.

S pacientem by měl zvážit **míru soukromí**: umožňuje mobilita pacienta / podmínky, aby rozhovor proběhl mimo pokoj? Kaplan také musí operativně pracovat se svými vlastními pocity a dojmy (na pokoji hraje rádio nebo televize u souseda, další z pacientů v bezvědomí sténá, někdo na pokoji umírá, v pokoji může být zápach, rána pacienta může být značně obnažena, nebo prosakuje krví atd.)

Kaplan přichází v určité **roli, kterou mu pacienti připisují**. Mladého kaplana často pacienti mohou vidět v roli svého dítěte, staršího pak naopak v roli svých rodičů, někteří přiřazují kaplanovi roli velebného pána, chtějí mu políbit ruku a poctit ho, někteří zas chápou kaplana jako pastora, očekávají, že budou didaktizováni výkladem z Písma, někteří pacienti očekávají požehnání a posvěcení v jistém bohoslužebném rámci. Kaplan by měl vždy role, které mu personál a pacienti nabízejí, reflektovat, zda je možné, aby v této roli setrval a akceptoval ji, případně se vůči ní vymezil.³¹

Zásady vedení duchovního rozhovoru

Pastorační práce kaplana s pacientem se týká příspěvek Aleše Opatrného. Opatrný zde uvádí zásady vedení duchovního rozhovoru kaplana s pacientem. Duchovní rozhovor podle něj není rozhovorem psychoterapeutickým, nemocný nemá být indoktrinován, poučován či dostávat složité teologické výklady smyslu utrpení a bolesti. Setkání v jeho pojetí může být klidně i vyjádřením poctivé bezradnosti, ale především pak musí být důvěrným sdílením

³¹ MURR, Gert. *Formy pastorační návštěvní praxe*. In: *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000, s. 70–75.

lidského nitra a připomenutím opor tváří v tvář napříč nepříznivé životní situaci – návratem k tomu, k čemu se člověk vztahoval v těch nejnplnějších etapách svého života. Kaplan má být oním zrcadlem pacienta, za jehož pomoci má pacient spirituální dimenzi nalézt a poté kultivovat/prohlubovat.

Opatrný ve svém příspěvku dále uvádí základní model práce s minulostí, přítomností a budoucností pacienta, kterou v rozhovoru s pacientem kaplan užívá. Minulost, přítomnost i budoucnost jsou tři složky, které se spolupodílí na posuzování kvality života každého člověka. Člověk, který je upoután na lůžko, je vytržen ze svých každodenních rolí, má najednou čas se větší měrou zabývat introspekcí, opouští onen objektivní stav pozorovatele a zabývá se subjektivním prožíváním – tím, jak doposud žil, jaké budou jeho plány poté, co se znovu uzdraví. Zvýšená introspekce, orientace na své nitro, je pak tedy přirozenou reakcí na nemoc, která odvádí od každodenních starostí a otevírá spirituální rozměr člověka. Pohled do minulosti může být pro některé pacienty posilou, jež čerpá z pocitu uspokojení, hrdosti a naplnění svého života, je tedy prvkem pacientovy valuace. Pro jiné může být zase zklamáním, nepříjemným setkáním s nedokonalostí a nespokojeností se sebou samým či s ostatními. Právě zde se nabízí úloha kaplana, který v rozhovoru doprovází pacienta ve vzpomínkách k jeho spirituálním hodnotám, ke vztahům, které člověk prožíval a budoval. Kaplan by pak měl pomáhat nalézat nové dimenze těchto prožitků, které povedou k přijetí života takového, jaký byl, tedy ke smíření a odpuštění. Kaplan si musí uvědomit, že stejným způsobem, jakým může zraňovat pacienta jeho minulost, nesmířil-li se s ní v průběhu svého života, tak stejnou měrou může pacienta děsit pohled do budoucnosti, která kvůli jeho nemoci už nemusí nastat, to může znovu ovlivnit aktuální zdravotní stav pacienta (např. formou ztráty smyslu, pasivitou). Kaplan musí respektovat pacientovo rozhodnutí žít fikcí (falešnou nadějí), která může být pacientovou strategií boje s nemocí a posilou k tomu, aby pacient mohl zpracovat svou minulost a nepropadl beznaději.³²

³² OPATRŇÝ, Aleš. *Druhy a stupně spirituality*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Okolnosti zřízení kaplanské služby v chebské nemocnici

3.1.1 Informace o mně

Jsem knězem Pravoslavné církve v českých zemích, mé kněžské jméno je Metoděj. Vystudoval jsem pravoslavnou teologii na Husitské teologické fakultě UK. Roku 2009 jsem byl vysvěcen na diákona a roku 2010 na kněze pro chrám sv. Olgy ve Františkových Lázních, kde jsem duchovním správcem.

V letech 2007/2008 jsem absolvoval pilotní dvousemestrální kurz „Nemocniční kaplan“ pořádaný Evangelickou teologickou fakultou UK. Zmíněný kurz připravoval duchovní různých církví na specifické otázky pastorace a doprovázení pacientů ve zdravotnických zařízeních. Kurz byl spojen i s praxí docházení do nemocnic pod vedením zkušených kaplanů. Celkem tento dvousemestrální kurz sestával z 160 hodin výuky a 80 hodin praxe v nemocnicích.

Po absolvování kurzu jsem byl několikrát příležitostně povolán do různých pražských nemocnic jako kaplan k pravoslavným věřícím. Kontaktovali mě vždy tamější kaplani, kteří mě znali ze zmíněného kurzu.

3.1.2 Informace o chebské nemocnici

Chebská nemocnice spadá pod Karlovarskou krajskou nemocnici, a. s. (KKN).

Tato středně velká nemocnice má 13 oddělení: anesteziologicko-resuscitační oddělení, dětské oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení, chirurgické oddělení, interní oddělení, neurologická ambulance, oční ambulance, oddělení klinické biochemie a hematologie, oddělení radioterapie a klinické onkologie, ORL, radiodiagnostické oddělení, rehabilitační oddělení a transfúzní oddělení. Z těchto oddělení byla pro návštěvy kaplana vybrána oddělení interny, chirurgie a onkologie.

Chebská nemocnice má výkonného ředitele, který je ve svých manažerských rozhodnutích vázán na schválení generálního ředitele KKN. Za lékařskou péči zodpovídá v zařízení náměstek lékařské péče, pod kterého spadají primáři jednotlivých oddělení

nemocnice. Za ošetrovatelskou práci všech sester a pomocného zdravotnického personálu zodpovídá hlavní sestra.³³

3.1.3 Kroky, které vedly ke zřízení kaplanské služby v chebské nemocnici

3.1.3.1 První kontakt s nemocnicí

13. 2. 2012 mne e-mailem kontaktoval primář oddělení interny chebské nemocnice MUDr. Jan Vohralík s žádostí, zda by mohl v nemocnici uvést můj telefonní kontakt pro potřeby pastorače pravoslavných věřících, kteří během své hospitalizace v chebské nemocnici projeví zájem o návštěvu pravoslavného kněze. MUDr. Vohralík uvedl, že obecně zájemců o návštěvu kněze nebývá mnoho, rodiny pacientů, které o návštěvu projevují zájem, si většinou duchovního samy přivezou a návštěvu kněze si v nemocnici řídí. Nemocnice si rozměr duchovní služby připouští a nechce jí bránit, proto pro své potřeby vytvořila seznamy duchovních, kteří mají být kontaktováni v případě, že si pacient zažádá personál o duchovního své církve. Seznamy pak mají jednak přispět k informovanosti o možnosti návštěvy duchovních mezi pacienty a jednak mají v případě potřeby zaručit, že personál nemocnice skutečně osloví „řádného duchovního ve službě“.

Informoval jsem MUDr. Vohralíka o své zkušenosti s kaplanskou službou a přednesl jsem mu svůj nápad zřídit pravidelnou kaplanskou službu i v chebské nemocnici. Tou dobou však probíhala v nemocnici rekonstrukce, která z velké části komplikovala i jen běžný chod oddělení, proto MUDr. Vohralík navrhl, abychom o případném spuštění služby začali jednat až po skončení rekonstrukce.

3.1.3.2 Setkání lékařů a duchovních při příležitosti svěcení chebské nemocnice

13. 9. 2012 proběhlo při příležitosti svěcení chebské nemocnice společné setkání lékařů nemocnice s jedenácti představiteli místního duchovenstva napříč různými konfesemi. Hlavním světitelem byl Jeho Excelence Mons. František Radkovský, biskup plzeňský, který zastupoval početně největší skupinu římskokatolických věřících. Během společné diskuse lékařů a duchovních mne MUDr. Vohralík vyzval, abych v krátkosti přednesl zásady práce kaplana v nemocnici. Poté následovala diskuse ohledně otázek spjatých

³³ Dne 2. 5. 2013 došlo k výměně na pozici generálního ředitele KKN a podle aktuálních zkušeností s novým ředitelem ovlivní tato personální změna i chod a stav závislosti chebské nemocnice na Karlových Varech, což u stávajícího vedení chebské nemocnice vyvolává obavu o zachování její autonomie. Tento prvek závislosti bude nutné zohlednit při uzavírání smlouvy mezi kaplanem a nemocnicí a při hledání finální podoby služby.

s pastoračními pacienty, kteří mají buď jiné vyznání, nebo jsou zcela bez náboženského vyznání.

3.1.3.3 První praktické kroky

14. 12. 2012 jsem znovu oslovil primáře interny MUDr. Vohralíka s nabídkou zřízení kaplanské služby v chebské nemocnici. MUDr. Vohralík nabídl jako další z kroků přednesení příspěvku zabývajícího se kaplanskou službou v nemocnici na některé z místních konferencí se zdravotně-sociální problematikou.

Primář dále zdůraznil, že primárně musí být zřízení kaplanského místa nabídnuto v Chebu těm registrovaným církvím, jejichž věřící jsou zde nejpočetnější, tedy v první řadě především církvi římskokatolické.³⁴ On sám se jako pravoslavný věřící nechce stavět do pozice, ve které by mohl být obviněn, že lobbuje za působení své mateřské církve v nemocnici na úkor ostatních církví. Trval na tom, že kandidáta na post kaplana by měla schválit nejpočetnější římskokatolická církev, ideálně ve spolupráci s ostatními církvemi, které spolupracují v rámci ekumenického hnutí volně sdružujícího duchovní v Chebu a blízkém okolí („Společenství křesťanských církví Chebska“).

MUDr. Vohralík dále uvedl, že kaplanské místo by bylo zpočátku rozhodně neplacené. Jako první krok navrhl svou osobní schůzku s ředitelem nemocnice a s lékařským náměstkem, která potvrdí, že management nemocnice nemá zásadní námitky vůči iniciativě spuštění kaplanské služby.

Poté by měl být informován předně místní duchovní římskokatolické církve, obdobným způsobem budou osloveni zbylí členové ekumeny (duchovní evangelické církve, baptistů a adventistů). Téma pak bude projednáno na programu příštího pracovního setkání duchovních, kde přednesu svou vizi služby a jednotliví zástupci místních církví vyjádří své stanovisko, zda souhlasí, aby službu kaplana v chebské nemocnici spustil duchovní pravoslavné církve. Tohoto setkání se zúčastní i MUDr. Vohralík jako zástupce nemocnice.

3.1.3.4 Společné setkání zástupců místní ekumeny – delegování kaplana

Dne 9. 1. 2013 proběhlo společné setkání Společenství křesťanských církví Chebska (ekumeny) za účasti MUDr. Vohralíka. Po příspěvku o mé vizi kaplanské služby

³⁴ Římskokatolická církev má v celém okrese 3950 věřících, 2. nejpočetnější skupinou jsou pravoslavní s 418 věřícími, 3. je církev evangelická s 384 věřícími. (Sčítání lidu, domů a bytů 2011, ČSÚ, Obyvatelstvo podle náboženské víry v okrese Cheb, dostupné z <http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/home>)

následovala společná debata. Duchovní se shodli na tom, že proti ekumenicky otevřené obecné pastorační službě nemají žádné námitky.

Předmětem debaty byly následující tematické okruhy:

- a. vnější znaky oblečení kaplana v porovnání s kněžským oděvem – doporučeno, aby kaplan chodil v civilním oblečení s identifikační kartou nemocnice, nebude mít žádný vnější znak, který by ho spojoval na první pohled s jeho vysílající církví;
- b. titul, kterým bude osloven – univerzální oslovení „nemocniční kaplan“ – doporučeno, aby kaplanská služba nebyla zatížena specifiky jednotlivých církví, duchovní jako kaplan vystupuje v jiné roli než ve svém sboru, proto oslovení „otče“, „pane faráři“, „velebný pane“ apod. je zde neadekvátní;
- c. smluveno, že ve chvíli, kdy pacient projeví zájem o specifickou svátostnou službu, volá kaplan duchovního církve, ke které pacient přísluší; předmětem činnosti kaplana je primárně duchovní rozhovor (výjimkou je pastorece vlastních věřících);
- d. domluveny pravidelné konzultace sporných případů v pastoraaci kaplana u věřících z jiných církví;
- e. otec Metoděj byl delegován ke spuštění služby, model kaplanské služby však bude otevřený – tzn. nebude do budoucna náležet automaticky jen jedné křesťanské církvi;
- f. informační materiály budou nadkonfesní – to se týká nejen případných informačních letáků a dalších materiálů, ale i výzdoby nemocniční kaple, jejíž prostor se zatím hledá;
- g. kaple bude k dispozici všem duchovním, kteří budou přicházet do nemocnice za pastoraaci svých členů (podtržena především víceúčelovost kaple – intimní prostor pro modlitbu i rozhovor).
- h. zhodnocen současný stav spolupráce duchovních chebské ekumeny s nemocnicí – duchovní docházejí do nemocnice příležitostně na žádost pacientů, jejich rodinných příslušníků a zdravotnického personálu na základě kontaktního seznamu duchovních sestaveného a aktualizovaného MUDr. Vohralíkem.

Na závěr přítomní schválili můj mandát k tomu, abych jménem ekumeny spustil tuto novou duchovní službu v nemocnici a jednal při zřízení služby s managementem chebské nemocnice za ekumenu s jejich vědomím. Důležitým faktorem pro mé schválení byl také fakt, že jsem absolvoval pilotní kurz „Nemocniční kaplan“ ETF UK, včetně základní praxe v nemocnici.

Jako oficiální akt delegování mého působení v nemocnici ze strany ekumeny bylo vybráno společné setkání v rámci týdne „Modliteb za jednotu křesťanů“ dne 19. 1. 2013, kde budu představen přítomným věřícím jako delegát místní ekumeny v záležitosti jednání s nemocnicí. Součástí bohoslužby bude finanční sbírka, která pokryje část nákladů kaplana. Duchovní se dohodli, že pro potřeby jednání s nemocnicí mi vystaví vysílací list s podpisy přítomných duchovních (římskokatolické farnosti v Chebu, evangelické farnosti v Chebu a evangelické farnosti v Aši, sboru adventistů v Chebu a sboru baptistů v Chebu).

Duchovní nabídli konzultace a sdílení zkušeností svých pastoračních asistentů, dále svých vlastních zkušeností a zkušeností svých kolegů, kteří se v jejich církvi pastorační v různých zdravotnických zařízeních zabývají. Zároveň mne upozornili na své věřící v personálu nemocnice, kteří by mi mohli být nápomocni.

Římskokatolický duchovní navrhl, abych za účelem lokální osvěty vystoupil s příspěvkem o přínosu kaplanské služby na západočeské konferenci „Paliativní medicína a hospicová péče“, která se bude konat 21. 3. 2013 ve Františkových Lázních. Zmíněná paliativní konference má několikaletou tradici, účastní se jí celá řada místních lékařů a sester, navíc vyčleňuje i prostor pro příspěvky na téma duchovního rozměru péče o pacienta, což je ideální platforma pro náš zájem.

S MUDr. Vohralíkem jsem se domluvil, že krátce po konferenci primář sjedná společnou schůzku s ředitelem nemocnice.

3.1.3.5 Vysílací list pravoslavné církve

Jak již bylo řečeno, po absolvování kaplanského kurzu ETF UK jsem příležitostně docházel za pacienty do pražských nemocnic. Pro účely této služby mi byl pravoslavnou církví v září 2008 udělen vysílací list, který mne ze strany církve opravňoval k návštěvám pacientů. Tento vysílací list však zohledňoval mou tehdejší malou pastorační zkušenost (tehdy jsem měl pouze nejnižší stupeň svěcení – žalmisty) a předepisoval mi spolupráci s některým ze školitelů kaplanského kurzu.

Pro potřeby kaplanské služby v chebské nemocnici mi byl tento rok církví vystaven nový vysílací list určený adresně pro službu v chebské nemocnici (viz příloha č. 2).

3.1.3.6 Konference „Paliativní medicína a hospicová péče“

Dne 21. 3. 2013 jsem vystoupil na konferenci *Paliativní medicína a hospicová péče*, konané ve Františkových Lázních, s příspěvkem *Východiska duchovní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních*. Zmíněný příspěvek měl za cíl pojmenovat základní otázky, se kterými je pacient v nemocnici konfrontován, a jak v tomto specifickém

prostředí může být kaplan prospěšný. Ve svém příspěvku jsem čerpal jak ze skript ETF UK a další odborné literatury (zejména prací Aleše Opatrného), tak z vlastních zkušeností, které jsem načerpal v praxi zmíněného pilotního projektu.

3.1.3.7 *Jednání s managementem nemocnice*

Dne 11. 4. 2013 proběhla avizovaná schůzka, které se zúčastnil ředitel nemocnice, MUDr. Vohralík a hlavní sestra. Předmětem schůzky bylo osobní seznámení se s ředitelem a hlavní sestrou, kterým jsem vyložil hlavní zásady práce kaplana. Hlavní sestra se za službu postavila, s tím, že se často setkává u pacientů s poptávkou po osobním rozhovoru, který ovšem není v silách ošetřujícího personálu.

Ředitel se zajímal především o nadkonfesní rozměr celé služby, o způsob oslovování pacientů a rozsah služby. Zdůraznil, že nemocnice nemůže zpočátku poskytnout jakoukoliv míru placeného úvazku. Vyzval mne, abych mu předložil návrh smlouvy o spolupráci s nemocnicí, sestavený na základě zkušeností z prvních čtyř testovacích návštěv. Ředitel mne dále upozornil, že veškeré otázky podpisu smlouvy musí řešit s Karlovarskou nemocnicí³⁵, čímž se celý průběh pravděpodobně administrativně protáhne.

Další praktické otázky řízení spolupráce kaplanské služby předal ředitel hlavní sestře, která se pro mne od této chvíle stala kontaktní osobou v nemocnici. S hlavní sestrou jsme se domluvili na datu první schůzky vrchních sester s kaplanem.

3.1.3.8 *Pracovní setkání sester a kaplana*

Dne 18. 4. 2013 proběhlo pracovní informační setkání kaplana s vrchními sestrami. Pracovní setkání zahájila hlavní sestra, která mě přítomným sestram představitel a vyjádřila své pozitivní očekávání od chystané služby. Sama se prezentovala jako věřící a vyjádřila názor, že léčba duše do nemocnice také bytostně patří. Poté jsem sestry seznámil s powerpointovou prezentací týkající se kaplanské služby, jejími východisky a zásadami, kterými se kaplan během své návštěvy řídí. Mezi sestry jsem rozdál informační materiál odkazující na internetové stránky kaplanské asociace, včetně kodexu nemocničního kaplana. Poté jsem s přítomnými sestrami provedl připravené interview.

³⁵ Chebská nemocnice je pobočkou Karlovarské krajské nemocnice.

3.1.3.9 Setkání s hlavní sestrou před první návštěvou

Dne 10. 5. 2013 jsem se setkal s hlavní sestrou, společně jsme se domluvili, že termín první návštěvy v nemocnici bude stanoven na 17. 5. 2013. Hlavní sestra mne uvede na oddělení, kde mne oficiálně předá vrchní sestře, ta mne zavede k pacientům, kteří budou mít o službu kaplana zájem, podle doporučení, které předají staniční sestry. Staniční a vrchní sestry bude předem kontaktovat sama.

Sestra mne dále informovala, že prostory kaple doposud nejsou připraveny, takže budu odkázán na rozhovor s pacienty přímo u lůžka. Ohledně dalšího jednání spojeného s přípravou kaple mne odkázala na vrchní sestru z interny. Na můj dotaz na identifikační kartu mne sestra upozornila, že to bude chvíli trvat a že si sama není jistá, zda identifikační karta není vázaná na smlouvu, která není podepsaná, protože definitivní podoba se utvoří až po zkušební době čtyř návštěv. Dostal jsem e-mailový kontakt na vrchní sestry, abych mohl zpočátku, než se mé návštěvy zaběhnou, sestry informovat o dnech, kdy budu do nemocnice docházet. Hlavní sestra mi zajistila volný vjezd a parkování v areálu nemocnice. Informovala mne, že na každém oddělení je sestrám k dispozici základní informační text o kaplanské službě, spolu s mým telefonem a e-mailem.

Domluvili jsme se, že návštěvy budou probíhat v úterý 13:00–15:00 a pátek 10:00–12:00, časový rozsah každé návštěvy v nemocnici byl tedy vymezen na dvě hodiny na jednu návštěvu. Jako další kontaktní osobu označila sestra sociální pracovníci, se kterou mne poté seznámila.

Bylo dohodnuto, že testovací dobou budou první čtyři návštěvy v nemocnici.

3.2 Rozhovory s nemocničním kaplanem, s knězem docházejícím za svými farníky do nemocnice a se sestrami chebské nemocnice

Před spuštěním služby nemocničního kaplana v chebské nemocnici jsem provedl tři rozhovory a jejich následnou analýzu: rozhovor se zkušeným nemocničním kaplanem pracujícím v motolské nemocnici, rozhovor s římskokatolickým knězem chebské farnosti a rozhovor s vrchními sestrami chebské nemocnice. Cílem prvních dvou rozhovorů bylo získání know-how, jak duchovně pracovat s pacienty ve zdravotnickém zařízení, a porovnání služby kaplana se službou kněze. Cílem rozhovoru se sestrami bylo zjistit, jaká mají očekávání a představy o službě kaplana, a domluvit se na praktických záležitostech týkajících se kaplanské služby. Získaná data následně usnadnila spuštění a nastavení služby nemocničního kaplana v chebské nemocnici.

3.2.1 Rozhovor s nemocničním kaplanem

Následující text zachycuje provedený polostrukturovaný rozhovor se zkušeným nemocničním kaplanem. Rozhovor byl veden formou postupně rozšiřovaného dotazníku s otevřenými otázkami prostřednictvím e-mailové komunikace ve čtyřech etapách.³⁶ Získané odpovědi a zajímavé motivy získané v první fázi byly vyhodnoceny podle důležitosti a dále rozšiřovány o upřesňující otázky. Cílem dotazování bylo získat základní know-how týkající se zkušeností s kaplanskou službou ve zdravotnickém zařízení.

V rozhovoru s kaplanem jsem se zajímal o tyto následující oblasti:

- A. zavedení služby kaplana v nemocnici,
- B. samotná služba kaplana,
- C. role kaplana v multidisciplinárním týmu nemocnice.

³⁶ Forma postupně rozšiřovaného polostrukturovaného dotazníku s otevřenými otázkami zasílaného e-mailem byla zvolena záměrně kvůli velkému časovému vytížení kaplana i mne samotného. Naše vzájemné míjející se termíny předem neočekávaných povinností spojených s kněžskou službou a vzájemná místní vzdálenost nás oba nakonec přivedla k tomu, že jedinou cestou setkání bude e-mailový kontakt – zvažoval jsem také formu hlasového rozhovoru vedeného přes SKYPE, i tato varianta se však ukázala vzhledem k našim možnostem (opakovaně zasednout společně v daný čas k počítači s připojením k internetu) jako nerealizovatelná. S kaplanem jsme se proto společně domluvili, že dotazník vždy vyplní v některém ze svých předem nedefinovatelných časů volna a poté jej zašle zpět k dalšímu zpracování.

3.2.1.1 Informace o respondentovi

pohlaví: muž

jméno: Pavel

věk, stav: nad 50 let, ženatý, 4 děti

působíště: 2005–2011 FN v Motole, od 2011 Cesta domů

domovská církev: Českobratrská církev evangelická, Praha, 25 let farářem

Kaplan Pavel je iniciátorem nemocničního kaplanství v ČR, je jedním ze zakladatelů Asociace nemocničních kaplanů. Pavel byl také jedním z lektorů zmíněného pilotního projektu „Nemocniční kaplan“ ETF UK.

3.2.1.2 Rozhovor

A. ZAVEDENÍ SLUŽBY KAPLANA V NEMOCNICI

Co ti pomohlo při spuštění kaplanské služby v nemocnici?

Výhodou jednoznačně bylo, že kaplanskou službu chtěl ředitel nemocnice. Nebyla to moje iniciativa. Podporu nejvyššího vedení vidím jako nezbytnou podmínku kaplanského působení, protože odpůrci na úrovni náměstků a dalších vedoucích pracovníků se asi vždycky najdou.

Jaké kroky ředitel při spuštění služby konkrétně podnikl – v čem byla výhoda, že to chtěl on, oproti tomu, kdyby to byla tvoje iniciativa?

Pana ředitele přesvědčila jedna z lékařek, která měla zkušenost s kaplanskou službou v zahraničí. Myslím, že na vedení zdravotnického zařízení působí lépe, když o užitečnosti duchovní péče promluví zdravotník, než když je přesvědčuje církevní funkcionář nebo kaplan sám. Ředitel pak tuto lékařku pověřil, aby kaplanskou službu v nemocnici zavedla. Přicházel jsem tedy jako někdo, koho nemocnice hledá a potřebuje, nikoli jako někdo, kdo se vnucuje a přiděluje práci.

Čeho by se podle tebe měl kaplan při spuštění nové služby v nemocnici vyvarovat?

Možná stojí za to, trochu o všem přemýšlet, než se do toho pustím. Kdo jsem? Proč tuhle práci chci dělat? Co v té nemocnici chci vlastně dělat? Jak se dívám na pacienty? Jak chápu zdraví a nemoc? Kým jsou pro mne zdravotníci? Co si vůbec myslím o zdravotnictví? – Chtěl bych se vyvarovat toho, abych tam přišel jako nějaký duchovní nadutec, který se bude na všechny dívat svrchu a poučovat je. Zároveň bych si chtěl uchovat určitou sebedůvěru, že jako kaplan mám co nabídnout. Myslím, že se dost dobře

nemohu vyvarovat některých chyb. Nemohu očekávat, že žádné neudělám. Tak jen doufám, že nebudou fatální, že si jich všimnu a co půjde, to napravím.

Přijde mi to trochu jak malá inventura tvé osobnosti, proč zrovna tyto otázky?

Protože by se snadno mohlo stát, že nějaká instituční autorita stanoví podmínky pro výkon kaplanské profese a budou mezi nimi jen znalosti a dovednosti, jen samá technologie, ale žádná osobnost. Myslím však, že pro tuto službu je sebereflexe důležitá, a tak využívám i této příležitosti, abych to připomněl.

Jak sis tedy odpověděl na tyto otázky?

Měl jsem jasno v tom, že jsem evangelickým farářem a že jím chci zůstat. Že se však nechci omezit na kostel a členstvo zapsané v kartotéce. Lákalo mne vyjít do světa. Navíc jsem měl zkušenost s prací v nemocnici z jedné zahraniční stáže. Věděl jsem, že tam mohu být něco platný. Že se najdou lidé, kteří ocení nevtíravé doprovázení. Navštívit, být s nimi – větší ambice si nekladu. (Konkrétně to znamená přijít, pozdravit, posadit se, někdy mluvit, jindy mlčet, pobýt. Být otevřený tomu, co může přijít, ale do ničeho sebe ani druhého nenutit.)

Na čem stojí tvoje sebedůvěra při poskytování kaplanské služby?

Není to sebedůvěra, jak jsem dobrý, ale víra – přesněji důvěra, že tyhle základní lidské věci, jako je blízkost, porozumění, soucítění, jsou potřebné a vítané, že bez nich nemůžeme být.

Jaký krok ti nejvíce usnadnil spolupráci s personálem nemocnice?

Spolupráce se odehrává na několika úrovních a v mnoha krocích. Pro spolupráci s vedením nemocnice je dobré, ne-li nezbytně nutné, aby z jejich strany bylo vůbec nějaké pozitivní očekávání, aby práci kaplana považovali alespoň minimálně za přínosnou, aby ji předem nekomplikovali. Často tu není moc prostoru pro nějaké kroky, které by mohl udělat kaplan sám a které by jeho působení na této úrovni usnadnily. Pro spolupráci s primářem či vedoucím lékařem je třeba, aby si kaplana mohl sám vybrat. Na počátku mého působení v motolské nemocnici jsem měl několik schůzek s personálem různých klinik. Představil jsem sebe a kaplanskou práci, zodpověděl jsem pár dotazů. Začal jsem pak pravidelně docházet na onkologickou kliniku, protože její primářka na základě takového osobního setkání řekla: Zkusme to. Tedy: spolupráci usnadňuje nabídka, která odpovědné

pracovníky ještě do ničeho nenutí. Pro další spolupráci s vedením nemocnice či kliniky je důležité dávat o sobě vědět, dávat zpětnou vazbu – co vlastně dělám, jak to vidím. Je dobré to začít dělat hned a způsobem, který charakteru mé práce odpovídá (dříve než to začne vyžadovat někdo jiný způsobem, který nebude vhodný). Pro spolupráci s lékaři a sestrami na jednotlivých odděleních je potom třeba, aby měli dost času a příležitosti k pozorování a postupnému vytváření důvěry. Aby viděli, jak kaplan jedná s pacienty a jejich blízkými a jak lidé na jeho návštěvy reagují. Tedy: spolupráci usnadňuje otevřenost a autenticita.

Co si mám představit pod tou otevřeností a autenticitou?

Když mám pocit, že se mi něco nepodařilo, tak o tom se zdravotníky mluvím. Pacient se nezklidnil, paní se se mnou nebavila, proč to nepřiznat? Nebudeme si na nic hrát. Je přece naší společnou snahou těm lidem pomoci. Musíme tedy vědět, co kdo děláme a co se daří nebo nedaří, co se vlastně děje. Tedy: nemluvím o obsahu důvěrně sděleného. Ale mohu říci: myslím, že jsme s paní XY otevřeli závažná témata. Možná se jí uleví, možná bude naopak citlivější. Ošetřující personál by to měl vědět.

Jaký způsob podávání zpětné vazby bys považoval za nevhodný?

Pokud bych jako kaplan měl sdělovat i obsah rozhovoru s pacientem (či dokonce se zaměstnancem!) bez ohledu na jeho důvěrný, případně i zpovědní charakter.

Jak si myslíš, že vedení může práci kaplana komplikovat?

Tisícerým způsobem. Počínaje tím, jak kaplanovi umožní (anebo neumožní) jeho službu prezentovat (např. v ÚVN má kaplan možnost se představit všem nově přijatým zaměstnancům; jinde je problém jít se představit na poradu vrchních sester). Dále tím, kam a za jakých podmínek kaplanovi umožní přístup k pacientům a kontakt se zaměstnanci. Kolik administrativní činnosti od něj vyžaduje. A konečně, což vůbec není vedlejší – jak se vůbec o té službě vyjadřuje, zda dává najevo, že si jí váží.

B. NÁPLŇ PRÁCE KAPLANA

Co jako kaplan nabízíš?

Návštěvu, setkání, naslouchání, zájem, přítomnost.

Jak bys popsal svoji představu dobré smysluplné služby pro tebe i pacienty. Jak se to projevuje v praxi? (argumenty co a jak ne/funguje)

Kristus v evangeliu vystihuje to podstatné prostě: „navštívit nemocného“. Tedy prolomit samotu, přijít, být spolu. Smysl má už pouhá přítomnost. Pak je možné jít dál, nakolik se dokážeme vzájemně přiblížit, setkat se. Prakticky: kaplan přistupuje k lůžku nemocného s naprostou otevřeností, nemá předem stanovené nic, co „musí“, nabízí sebe, svůj čas a zájem. Záleží pak na otevřenosti pacienta, jak a nakolik se setkáme a kam dojdeme. Otázka „fungování“ je v tomto případě nepřipadná – máme co činit s lidskou duší, na kterou neplatí žádné techniky a vůči níž je třeba si dávat pozor na zobecňování.

Jak se díváš na pacienty?

Pacienti jsou úplně normální lidé, jen se ocitli v nenormálním prostředí. Ta situace je pro mnohé z nich neobvyklá, možná ji vnímají až jako nepřírozenou, ale všechna bolest a perspektiva smrti je nám všem lidem společná. Jsme si v tom blízko. Na druhé straně každý člověk je jedinečný a chceme-li se mu skutečně přiblížit, musíme jít pokaždé jinou, jedinečnou cestou.

Kým jsou pro tebe zdravotníci?

Chá! To jsou taky úplně normální lidé. Mohl bych opět dodat: v nenormálním prostředí. (Jenže si na něj možná někteří až příliš zvykli.) Stejně u těch zdravotníků pořád nějak předpokládám, že kdesi v hloubce v sobě mají, že jejich práce je ze své podstaty službou a že mají lidi rádi. Mám je rád.

Na co si zdravotníci zvykli? Jak se na nich podepisuje nenormální prostředí?

Zvykli si na to, že jejich vzdělání a odbornost zaměřuje jejich pozornost jen na určitý rozměr lidské bytosti. Nemocniční prostředí je nenormální v tom, že pracuje jen s tímto částečným pojetím člověka, ale nemoc zasahuje člověka celého.

Jak rozumíš zdraví a nemoci?

Rozumím tomu do velké míry jako sociální kategorii. To znamená, že v pohledu na to, kdo je zdravý a kdo nemocný, se různé společnosti mohou lišit. A ten pohled může být omezený, určený tím, co právě převažující část společnosti považuje za důležité. Když se od toho pokusím trochu osvobodit a rozhlédnu se, mám dojem, že častokrát potkávám mimo nemocnici, takřkajíc v běžném styku, lidi v podstatě těžce nemocné, zatímco na nemocničním lůžku s úžasem objevuji v mnohých zdravé, pevné jádro.

Jak bys charakterizoval ono zdravé pevné jádro?

Zdravý člověk v tomto smyslu má jasný vztah k Bohu (i když to tak třeba nenazývá), ke světu, k sobě samému. Zná svá omezení i svoje možnosti a dary. Navzdory tomu, že prožívá aktuální strachy a bolesti, žije v bytostné důvěře.

Jak jsi o sobě dával vědět?

V Motole se kaplanská služba prezentuje na nástěnkách před Prostorem ticha i na jednotlivých odděleních, v nemocničním časopise i v nemocničním televizním vysílání. Největší význam měla však vždycky osobní návštěva a seznámení s personálem. Každý pacient při příjmu dostane (v rámci přijímacího dotazníku mezi dalšími několika desítkami dotazů) nabídku, zda si přeje spirituální péči. Pokud sestra, která dotazník vyplňuje, kaplana osobně nezná, tak většinou tuto otázku přeskočí anebo hned nabídne variantu NE.

Jaké situace a stavy považují zdravotníci za relevantní, aby tě k případu zavolali – jen když se děje něco nepříznivého?

Záleží na konkrétním pracovišti. A na osobnosti kaplana. Způsob, který popisuje otázka, je však podle mého mínění ojedinělý. Daleko častěji kaplan navštěvuje ty, kdo si jeho návštěvu vyžádali (buď v odpověď na nabídku personálu, nebo z vlastní iniciativy), nebo standardně navštěvuje pacienty na „svém“ oddělení.

Co všechno jsi jako kaplan v nemocnici dělal?

Kaplanská služba v motolské nemocnici (jedné z největších v Evropě) je týmová. Pracovní den vypadá zhruba takto: kaplan ve službě ráno zkontroluje záznamník a schránku na vzkazy. Telefonicky si na jednotlivých odděleních ověří aktuální stav a posoudí naléhavost intervence. Sestaví pořadí návštěv a vykoná je. Poté navštíví kliniku (oddělení), které je mu svěřeno do speciální péče. Zde kontaktuje lékaře nebo vrchní či staniční sestru a navštíví pacienty a jejich rodinné příslušníky, kteří si ho vyžádali, případně se představí nově přijatým (každé oddělení má svá specifika). Případně se domluví na setkání se zdravotníky, kteří o to stojí. Tedy – každý kaplan slouží pro celou nemocnici v akutních případech a zároveň se dlouhodobě a systematicky věnuje jednomu či dvěma vybraným oddělením, kde navazuje užší spolupráci s personálem. Základní formou práce jsou individuální setkání a rozhovory (s pacienty, jejich blízkými, s personálem). Vedle toho se kaplan věnuje edukaci personálu; většinou formou přednášky či prezentace o duchovní péči. Vede také setkání v kapli (v případě Motola v Prostoru ticha), která mohou buď

odpovídat tradici, z níž kaplan vychází (katolická, pravoslavná, protestantská), nebo jeho osobnosti (někdo preferuje meditativní, jiný diskusní charakter takových setkání). Kaplani v Motole mívají také pravidelné (jednou týdně) porady kaplanského týmu a supervizní setkání (jednou měsíčně). Vedou záznamy o svých návštěvách a podávají nadřízeným zprávy o své činnosti.

Kdo byl tvým nadřízeným a dalo by se naopak říci o tobě, že jsi byl něčí nadřízený?

Mým přímým nadřízeným byla koordinátorka (lékařka, ne kaplanka) a nad ní potom náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Pode mnou už nikdo nebyl. V kaplanském týmu jsme si byli rovni.

Mohl bys vylíčit průběh návštěvy a setkání – o čem se mluví, na co pacienti a rodiny dobře reagují?

Nerad zobecňuji. Mohl bych jen vyprávět příběhy, ale mohly by být zavádějící. Nejspíš se totiž nikdy nezopakují. Každý člověk a každé setkání jsou jedinečné. Když už jsem měl dojem, že vím, jak na to, že vím, nač ti druzí dobře zareagují, tak zareagovali úplně jinak.

C. KAPLAN A TÝM

Jakou formou probíhala setkání multidisciplinárního týmu?

Protože funkce kaplana dosud není legislativně ukotvena, nemá žádné pevné místo v systému. Zpravidla se nemůže zúčastnit lékařských porad a hlášení. Většina kaplanů se neúčastní vizit. Spolupráce v týmu se utváří podle specifických podmínek té které kliniky a oddělení. Nejčastěji jsem komunikoval se staniční sestrou, někde s vedoucím lékařem a jinde s oběma. Tam, kde jsem byl nejvíce integrován, jsem měl také možnost konzultace s klinickým psychologem.

Co jsi konzultoval s psychologem a proč?

Šlo o úzce specializovanou oblast transplantací. Na úspěšnost (zda pacient nový orgán přijme) má vliv celkový stav člověka, jeho psychická a duchovní stabilita, sociální zázemí.

Jakou roli jsi měl během těchto setkání?

Neptal jsem se na diagnózu, ale zajímalo mne, čemu pacient v tuto chvíli musí čelit, jaké perspektivě (trvalé omezení, bolest, smrt), v jakém rozpoložení se nachází a zda má

někoho kolem sebe a při sobě. Zajímalo mne také, co tato situace znamená pro zdravotníka, který o tohoto pacienta pečuje.

Jaké informace o svém působení jsi podával?

Základní informaci o uskutečněné návštěvě, případně o typu intervence (služba přítomností, rozhovor, modlitba) a o mém vnímání pacientova rozpoložení (neklid, zmatenost, nejistota, utrpení, smíření).

Jak na tuto „rozpoložení“ reaguješ, jaký přístup podle toho volíš?

To je věc intuice a zkušenosti. Podle individuality pacienta a podle situace. Někdy vlastně jen jakýmsi strpěním – prostě tam u něj a s ním chvíli vydržet. Zdá se mi, že pokud chci pacienta z nějakého jeho stavu vyvést, někam ho dostat, vytvářím tak tlak, který věci neprospívá. Často je dobré spíš nechávat našemu setkání volnější průběh a čekat, zda ona změna přijde sama.

Komu a jakou formou jsi podával informace?

Hned na místě ústně staniční sestře nebo ošetřujícímu lékaři (přesněji: tomu, s kým jsem návštěvu domlouval), dále kolegům a koordinátorovi písemně do vnitřního systému přístupného pouze členům kaplanského týmu.

K jakým informacím o pacientech jsi neměl přístup?

Neměl jsem přístup k chorobopisu. Ostatní záleželo na míře důvěry jednotlivých zdravotníků a jejich názoru na smysluplnost kaplanské služby.

Co ostatního si mezi sebou sdělujete (s důvěrou)?

Asi pro mne byly nejdůležitější informace o rodinných příslušnících, o pacientově zázemí. Vždycky jsem si však hlídal, abych se tím nenechal určit dříve, než se s těmi lidmi setkám osobně.

Které informace pro tebe byly nejužitečnější a kdo ti je v nemocnici poskytoval?

V různých situacích různé. Nejčastěji mi pomáhaly informace od staničních sester, od řadových sester, od lékařů (zhruba v tomto pořadí). V některých případech mne podstatně nasměrovali třeba sanitáři.

V čem ti pomáhali?

Většinou nějakou poznámkou téměř přes rameno v poklusu. Třeba, že za někým už dlouho nebyla žádná návštěva nebo že se pacient zrovna dnes dozvěděl nějakou hodně nepříjemnou zprávu.

V jakých věcech jsi svou přítomností tým ovlivnil?

Těžko říci – zajímaly by mne odpovědi ostatních členů týmu.

Jaké byly slabé a silné stránky vzájemné spolupráce s týmem?

Slabou stránkou je právě nezakotvenost kaplana v týmu, nesystémovost kaplanské služby. Forma spolupráce se teprve hledá a vytváří. Její spontaneita by mohla být i jistou výhodou (představím-li si, že by se systémového začlenění kaplana do zdravotnictví chopil nějaký tupý technokrat!), ale nejistota je příliš veliká. Silnou stránkou je, že kaplan nepřichází zvenčí jako reprezentant církve, nýbrž je se zdravotníky na jedné lodi, nese s nimi břemeno péče i neúspěchu.

Cožpak není kaplan pacienty a personálem vnímán jako reprezentant církve?

Možná tak někým vnímán je, ale na tom já svou službu nestavím. Církev je mým osobním zázemím, ale v nemocnici jsem jako jeden člen z týmu. Oblékám nemocniční dres, ostatní musí vědět, že kopu s nimi, nikoli proti nim. Možná by kaplan mohl být reprezentantem ekumenického kaplanství a možná časem tahle společnost pochopí, že církve jsou na straně obyčejných, slabých lidí. Ale k tomu bude ještě dlouhá cesta.

V čem je podle tebe ten rozdíl ve vnímání kaplana oproti reprezentantovi církve?

Jak už jsem naznačil – musí být jasné, že kaplan je loajální ke zdravotnickému zařízení. Lidé se často dívají na reprezentanta církve jako na někoho, kdo bude jednat především v zájmu své církve, a proto k němu mají a priori nedůvěru. Což je těžké také pro mnohé představitele církví – přijmout skutečnost, že kaplanská služba nepřináší církvi žádný „zisk“, že k ní nemůžeme přistupovat s očekáváním, že církvim získá nové sympatizanty nebo společenskou prestiž. Jsem přesvědčen o tom, že kaplanství musí být prostě službou, zacílenou k podpoře a pomoci těm, kdo strádají, bez jakýchkoli kalkulací s nějakými vedlejšími efekty. Pokud budou na naší (církvní) straně nějaké postranní motivy, byť skrývané, v naší práci se negativně projeví.

Zmínil jsi nesystémovost kaplanské služby. Co si mám pod tím konkrétně představit?

Každá nemocnice si kaplanskou službu může nastavit jinak a nikde není řečeno, že se třeba se změnou vedení neskončí i dobře začatá práce. Máme tu extrémy, kdy na jedné straně nemocnice souhlasí se službou kaplana, ale vůbec ho nepustí na jednotlivá oddělení, k jednotlivým pacientům (je omezen jen na kapli a svou kancelář), zatímco na druhé straně zřídí nemocnice oddělení spirituální péče, v němž kaplana zaměstná jako primáře se všemi náležitostmi. Jestliže se dotážeme nemocnic, zda se v nich provádí duchovní péče, nemůžeme z jejich odpovědí ve skutečnosti vůbec poznat, co se tam opravdu děje.

Jak jsi vnímal tu nezakotvenost kaplana?

Považoval jsem za skutečnou komplikaci své práce, jestliže jsem se nemohl (aspoň někdy a někde) účastnit vizity nebo hlášení. Za závažný nedostatek považuji vyloučení kaplana z dokumentace. Co všechno se dnes do chorobopisu uvádí! A najednou tam chybí záznam o návštěvě, která může ovlivnit pacientův vztah k nemoci vůbec!? I když o té návštěvě řeknu službu konajícímu personálu, nová směna se o tom pravděpodobně nedozví a ošetřující lékař druhý den nebude mít ani tušení. A přitom právě v tomto sledování vývoje u konkrétních lidí bychom mohli nanejvýš užitečně spolupracovat.

Nakolik jsi sám sebe považoval za rovnoprávného člena multidisciplinárního týmu?

Záleželo na konkrétním pracovišti. Většinou jsem se za rovnoprávného člena nepovažoval, byl jsem si vědom nezajištěného postavení, ale byl jsem s ním vnitřně srozuměn, věděl jsem, že musím stavět jen na osobních vazbách a postupně budované důvěře.

Chtěl bys zdůraznit nějakou oblast, která s kaplanstvím souvisí, ale nebyla v dotazníku zmíněna?

Těžko si dovedu představit, že bych neměl možnost mluvit o svých otázkách, prožitcích, zkušenostech spojených s kaplanstvím s těmi, kdo o tom mají nějakou představu. V Motole jsme byli ekumenický tým a měli jsme možnost se navzájem osobně podržet. Teď jsem sice (v Cestě domů) sám, ale pravidelně intenzivně se setkávám s kolegy v rámci Asociace nemocničních kaplanů. Jsme kolegové, sestry a bratři, a přátelé. Nesmírně si toho vážím.

V čem konkrétně oceňuješ možnost kaplanů se setkávat – ono osobně se navzájem podržet?

Úžasná je třeba možnost okamžitě vyventilovat napětí po mimořádné nebo nepříjemné situaci: přijdu do kanceláře, do kaple, potkám kolegu, zmíním se, a on porozumí, povzbudí. U nikoho jiného a nikde jinde (v nemocnici) se takhle odreagovat nelze. A potom i s odstupem možnost vrátit se k setkáním, která mi zůstala pod kůží. To už nějakou strukturovanější formou (bálintovské skupiny, analýzy verbatim). A v neposlední řadě možnost ovlivňovat i systémové změny; to jednotlivec nemůže, jedině kaplanská organizace.

V čem kaplani potřebují podržet a co jim v tom pomáhá?

Kaplanská služba je nesmírně náročná, protože kaplan vstupuje většinou do prostoru toho druhého (není ve své církvi), neví předem, kdo a co ho čeká (což u svých farníků může malinko tušit), má prázdné ruce (aspoň v mém pojetí kaplanství nejsem vyzbrojen Biblií ani modlitební knihou). A pokud je třeba většina zdravotníků kolem něho lhostejná nebo nepřátelsky naladěná, pak je to mnoho nejistot najednou. Kaplan potřebuje pečovat o svou identitu, víru a zbožnost. A potřebuje rozvíjet svou profesionalitu, učit se především z reflexe své zkušenosti i ze zkušenosti druhých. K tomu slouží vzdělávací a duchovní cvičení.

3.2.1.3 Analýza polostrukturovaného rozhovoru s nemocničním kaplanem

Jednotlivá témata zachycená v rozhovoru byla shrnuta a interpretována. Místa, kde jsem přímo citoval kaplana, jsou vyznačena tučnou kurzívou.

Příprava spuštění služby

Spuštění kaplanské služby proběhlo na základě manažerského rozhodnutí vedení nemocnice. Kaplan Pavel na samém počátku oslovil jednu z lékařek nemocnice, která se stala jedním ze zásadních hybatelů tohoto rozhodnutí. Podle Pavla na vedení zdravotnického zařízení působí lépe, když o užitečnosti duchovní péče promluví zdravotník. Lékařka měla se službou pozitivní zkušenosti ze zahraničí a službu před managementem nemocnice zaštitila, později byla sama ředitelem nemocnice pověřena službu v nemocnici spustit. Pavel se tak setkal s vrchním vedením nemocnice (ředitelem) až ve chvíli, kdy měl již ze strany lékařky zajištěnou podporu a kdy byla jasně popsána zakázka od nemocnice na službu kaplana. Ze strany nemocnice se tedy cítil být přizván a tak z této pozice hosta-pomocníka v úkolech instituce dále hodnotí své působení:

„Přicházel jsem jako někdo, koho nemocnice hledá a potřebuje, nikoli jako někdo, kdo se vnucuje a přiděluje práci.“

Spolupráce kaplana a personálu zdravotnického zařízení

Pavel je v zařízení přímo podřízen koordinátorovi duchovní péče, jeho vrchním nadřízeným je náměstek pro ošetrovatelskou péči. Pavel nemá žádné podřízené, s ostatními kaplany jsou si zcela rovni.

Příprava zázemí pro spolupráci s personálem nemocnice

Podle Pavla se spolupráce odehrává na mnoha úrovních a v mnoha krocích. *„Pro spolupráci s vedením nemocnice je dobré, ne-li nezbytně nutné, aby z jejich strany bylo vůbec nějaké pozitivní očekávání, aby práci kaplana považovali alespoň minimálně za přínosnou, aby ji předem nekomplikovali.“* Pro spolupráci s primářem či vedoucím lékařem je také podle Pavla podstatné, aby si kaplana mohl sám vybrat a následně se postavil za spuštění služby na svém oddělení. *„Podporu nejvyššího vedení vidím jako nezbytnou podmínku kaplanského působení, protože odpůrci na úrovni náměstků a dalších vedoucích pracovníků se asi vždycky najdou,“* říká Pavel.

Souhrnně lze říci, že Pavel se v nemocnici podřizuje dominantnímu medicínskému diskurzu, uznává kompetence odborníků – lékařů a v podstatě úspěšně se je snaží přesvědčit o potřebě doplnit zdravotnickou péči péčí spirituální. Spolupráce s kaplanem by podle Pavla zpočátku neměla personál zdravotnického zařízení do ničeho nutit. Pracovníci týmu musí dostat čas a příležitosti k utváření důvěry pozorováním kaplana v akci, jeho interakci s pacienty a rodinnými příslušníky. Je to chápáno de facto jako podmínka úspěchu mise, aby práci kaplana v nemocnici považovali alespoň minimálně za přínosnou, aby ji předem nekomplikovali.

Indikátory spolupráce kaplana a personálu zdravotnického zařízení

Pavel uvádí následující ukazatele určující míru spolupráce kaplana s týmem:

- a. Jaký dostane kaplan prostor k tomu, aby svou službu mohl prezentovat (tj. např. na nástěnkách v nemocnici, v nemocničním časopise, v nemocničním televizním vysílání atd.).
- b. Zda má kaplan přístup na porady sester a lékařů a na supervizní a organizační setkání.

- c. Za jakých podmínek kaplan může vstupovat do kontaktu se zaměstnanci a pacienty – má možnost se všem zaměstnancům představit na poradě? Má přístup na všechna oddělení v nemocnici?
- d. Míra administrativního zatížení kaplana.
- e. Jaké jsou možnosti konzultací se členy zdravotnického týmu – např. přístup ke klinickému psychologovi.
- f. Jakým způsobem zařízení službu prezentuje navenek. Sem patří v neposlední řadě i to, jak se personál o kaplanské službě vyjadřuje, zda dává najevo, že si jí váží.
- g. Zda jsou/nejsou kaplanovy intervence evidovány ve zdravotní dokumentaci.

Příprava kaplana – sebereflexe osobních postojů a motivů jako pracovní nástroj

Pavel si uvědomuje, že je evangelickým farářem a chce jím zůstat. Jedním z jeho motivů je ale chuť misijně působit také mimo oficiální struktury církve a *„neomezit se na kostel a členstvo zapsané v kartotéce“*.

Sebereflexi chápe Pavel jako důležitý nástroj poskytování své služby: *„Chtěl bych se vyvarovat toho, abych tam přišel jako nějaký duchovní nadutec, který se bude na všechny dívat svrchu a poučovat je. Zároveň bych si chtěl uchovat určitou sebedůvěru, že jako kaplan mám co nabídnout. Není to sebedůvěra, jak jsem dobrý, ale víra – přesněji důvěra, že tyhle základní lidské věci, jako je blízkost, porozumění, soucítění, jsou potřebné a vítané, že bez nich nemůžeme být.“*

Pavel vymezuje rámec „jiné“ kaplanské služby, kterou staví naproti „běžné“ kněžské službě ve farnosti. Jeho model je pak postaven na symetrii vztahu mezi kaplanem a pacientem a zdravotníky. Kaplan v pojetí Pavla se do jisté míry v nemocnici vzdává role lídra, kterou duchovní obvykle ve svém sboru zastávají. V nemocnici je totiž součástí týmu a právě týmová spolupráce otevírá nové požadavky mise, jež má duchovní v nemocnici naplnit. Jako protiklad své vize staví obecné nešvary některých církevních představitelů – např. nadutost, která má tendenci poučovat, případně se na ostatní dívat svrchu – jako ten, kdo ví a zná, zatímco ostatní vědí jen velmi málo a mnohdy špatně. Musíme si také všimnout jistých „předpokladů“ ve smyslu osobních dispozic/nároků, které Pavel ve spojitosti s úlohou kaplana zmiňuje. Je tím právě ona chuť neuzavírat se v kostele, nebýt vázán kartotékou, vyjít a působit mimo obvyklé a zaběhlé struktury církve, kdy oním zlomovým pastoračním momentem je vlastně především nabídnutá přítomnost a služba všem, kdo se cítí opuštěni a kdo pomoc v nemocnici potřebují bez ohledu na náboženské

vyznání (náboženskou příslušnost). Služba kaplana tak de facto může znamenat střet zájmů mateřské vysílající církve a střet ideálů, které si Pavel do poslání kaplana promítá.

Pavel nachází ve službě nemocným náboženské pohnutky víry, povolává ho nikoliv primárně mateřská církev, ale v důsledku sám Kristus: „**Kristus v evangeliu vystihuje to podstatné prostě: ‚navštívit nemocného‘. Tedy prolomit samotu, přijít, být spolu. Smysl má už pouhá přítomnost.**“ Jeho služba je tedy nadkonfesní už proto, že čerpá z primárně nadkonfesní křesťanské morálky. Onou obrácenou stranou mince je fakt, že duchovní je zaměstnancem církve, která ho platí a svým způsobem od něj i očekává, že se bude plně věnovat především rozvoji svého sboru a pastoraaci vlastních věřících v rámci praxe a metod, které jsou jeho církvi vlastní a charakteristické. Např. ono „**...nejsem vyzbrojen Biblí ani modlitební knihou...**“ je už svým způsobem překročení oněch obvyklých pastoračních metod, pro které nemusejí mít všichni členové mateřské církve (ve smyslu referenční skupiny) pochopení.

Náplň práce kaplana

Kaplan nejprve zkontroluje vzkazy od týmu zdravotníků, zhodnotí naléhavost jednotlivých návštěv u pacientů, pak vykoná návštěvy, představí se novým pacientům, zkontaktuje zodpovědnou osobu na tzv. „domovském oddělení“ (oddělení, kde systematicky větší měrou pracuje s personálem), provede administrativní záznam o své službě. Kaplan se dále účastní supervizních setkání, pořádá modlitební setkání v kapli, edukuje personál, informuje o své službě navenek.

Zásady kaplana ve službě

Kaplan v Pavlově pojetí nabízí lidem návštěvu, setkání, naslouchání, zájem, přítomnost a nevtíravé doprovázení za respektování přístupu ke každému člověku jako jedinečnému individu. Sám sebe považuje za člena týmu nemocnice (i když ne rovnocenného) a svou službu pojímá jako součást ošetrovatelského procesu, který by měl vést ke zlepšení zdravotního stavu pacienta (ve smyslu celistvostního přístupu léčby těla, duše a ducha), včetně podílu na úspěchu a neúspěchu: „**Kaplan nepřichází zvenčí jako reprezentant církve, nýbrž je se zdravotníky na jedné lodi, nese s nimi břemeno péče i neúspěchu.**“ Svou službu tedy Pavel nestaví na tom, že je evangelický farář: „**Církev je mým osobním zázemím, ale v nemocnici jsem jako jeden člen z týmu. Oblékám nemocniční dres, ostatní musí vědět, že koptu s nimi, nikoli proti nim.**“

Nemocnice pro Pavla není primárně místem, kam přichází, aby získal pro svou církev nové ovečky nebo společenskou prestiž, to je zároveň jeden z předsudků, se kterými se Pavel setkává – lidé se dívají na reprezentanta církve jako na někoho, kdo jedná především v zájmu své mateřské církve, a často tak k němu mají a priori nedůvěru. Proto je podle něj důležité si uvědomit, že kaplanství musí být službou zacílenou na ty, kdo strádají, jakékoliv případné postranní úmysly se projeví negativně. Církev musí podle Pavla přijmout skutečnost, že „*služba nepřináší církvi žádný zisk*“. Jako možné řešení Pavel zmiňuje projekt „ekumenického kaplanství“, kterým by církev daly jasně najevo, že v nemocnicích slouží „obyčejným, slabým lidem“, že kaplanství je nadkonfesní a že křesťanské církve dokážou i za rozdělovacími specifiky nalézt společný základ křesťanské filantropie.

Souhrnně lze říci, že Pavel se jakožto kaplan musí vyrovnávat se svou dvojí příslušností, resp. s příslušností ke dvěma organizacím – ke své církvi a k nemocnici. I když je primárně evangelickým farářem, kterým chce také zůstat, v nemocnici tuto svou roli a příslušnost ke své církvi do značné míry upozadňuje, neboť, jak již bylo řečeno, pro roli kaplana, kterou v nemocnici zastává, je v jeho pojetí signifikantní nadkonfesní služba motivovaná příkazem Krista sloužit nemocným. Pavlovým potenciálním klientům tato dvojí příslušnost nebývá často hned zřejmá – viz zmíněnou nedůvěru, se kterou na něj pacienti a rodinní příslušníci někdy pohlížejí v domnění, že přichází jednat jako zástupce své církve. Očekávání pacientů jsou konstitutivním aspektem jeho „sociální kaplanské role“, čehož si je Pavel vědom – aby negativní očekávání co nejvíce eliminoval, informuje klienty i nemocniční personál prostřednictvím informačních materiálů (nástěnky apod.) či při osobních rozhovorech o tom, co služba kaplana obnáší.

Kaplan by podle Pavla neměl sdělovat zdravotnickému personálu obsah rozhovoru s pacientem/zaměstnancem - neinformuje lékaře o obsahu setkání, ale o stavu, který po intervenci nastal.³⁷

³⁷ V církvích obecně platí, že rozhovor s duchovním je chápán jako důvěrný – nepsaný kodex duchovních. Obrátí-li se kdokoliv na duchovního s žádostí o soukromý rozhovor (nezávisle na jeho vyznání), pak veškeré informace, které se během tohoto rozhovoru duchovní dozvěděl, by měly zůstat tajemstvím. Specifickým fenoménem je tzv. zpovědní tajemství, které má v různých církvích specifickou obřadovou stránku a průběh – zpověď (vyznání hříchů s rozhřešením a udělením pokání) může být udělena pouze členovi mateřské církve, porušení mlčenlivosti kněze je v těchto případech chápáno jako hrubé porušení kanonického práva, povětšinou je trestáno zastavením kněžské služby (římskokatolická, pravoslavná církev). Na fenomén zpovědního tajemství pamatuje i právní řád: „*Stát uznává povinnost mlčenlivosti osob pověřených vykonávat duchovenskou činnost.*“ (§ 8 zákona č. 308/1991 Sb., o svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností).

Pavel ví, že musí být vůči zdravotnickému týmu upřímný a otevřený, neboť na důvěře vlastně celá jeho služba stojí: *„Když mám pocit, že se mi něco nepodařilo, tak o tom se zdravotníky mluvím. Pacient se nezklidnil, paní se se mnou nebavila, proč to nepřiznat? Nebudeme si na nic hrát. Je přece naší společnou snahou těm lidem pomoci. Musíme tedy vědět, co kdo děláme a co se daří nebo nedaří, co se vlastně děje. Tedy: nemluvíme o obsahu důvěrně sděleného. Ale mohu říci: myslím, že jsme s paní XY otevřeli závažná témata. Možná se jí uleví, možná bude naopak citlivější. Ošetřující personál by to měl vědět.“*

Pavel se snaží jednat na základě své intuice a zkušeností. Kaplan podle něj musí rozvíjet svou profesionalitu a učit se z reflexe své zkušenosti i ze zkušenosti jiných.

Podle Pavla však není žádná univerzální sada témat, kterou by probíral s pacienty, každý z pacientů reaguje vždy jedinečně a tomu odpovídá i přístup kaplana: *„Každý člověk a každé setkání jsou jedinečné. Když už jsem měl dojem, že vím, jak na to, že vím, nač ti druzí dobře zareagují, tak zareagovali úplně jinak.“*

Na pacienta nevytváří tlak, a to ani pokud je třeba ho vyvést z nějakého nepříznivého stavu, někam ho dostat: *„Často je dobré spíš nechávat našemu setkání volnější průběh a čekat, zda změna přijde sama.“* Ostatně úkolem Pavla není vynášet na svět nějaká obecně platná moudra, ale být přítomen a nápomocen pacientovi, který sám pojmenovává a nachází konstitutivní hodnoty a souvislosti svého života, které by ho v jeho boji s nemocí posílily.

Pavel si před návštěvou pacienta zjišťuje informace o jeho zázemí, sociální příslušnosti, rodinných příslušnících apod. Tyto informace mu slouží k větší citlivosti a vnímavosti směrem k pacientovi, toto informování se navzájem uvnitř týmu je důležitým prvkem týmové spolupráce, ve smyslu smysluplného nakládání s informacemi o pacientovi, které umožňuje péči o pacienta individualizovat. Toto sdílení pak může sloužit jako jeden z indikátorů spolupráce kaplana a týmu. Pavel se však zároveň snaží držet si jistou míru odstupu od těchto informací, aby jimi nebyl a priori ovlivněn před setkáním. Jde mu v první řadě o subjektivitu samotné osoby, které dává prostor se vyjadřovat sama za sebe.

Na otázku mlčenlivosti ve smyslu respektování důvěrného charakteru duchovního rozhovoru se většinou pamatuje i ve smlouvě, kterou kaplan uzavírá s nemocnicí, např. zmínkou: *„Nemocnice se zavazuje respektovat, že duchovní je i nadále vázán kanonickým právem pravoslavné církve.“* (jeden z návrhů smlouvy vytvořených pro dohodu s nemocnicí)

Pohled na pacienty a lékaře, pojetí zdraví a nemoci

O nemocničním prostředí hovoří Pavel jako o nepřirozeném prostředí, které nemocnice představuje pro pacienty i lékaře. Pacient i zdravotník často zažívají strach, „*bolest a perspektivu smrti, která je nám všem lidem společná. Jsme si v tom blízko*“. Zde kaplan tedy nachází platformu pro setkání – bází je sdílené lidství, nikoli víra a příslušnost k náboženství či administrativní rolový vztah např. lékař – pacient.

Stejně jako pacienti jsou působení nepřirozeného a nenormálního prostředí vystaveni i zdravotníci. To jsou podle Pavla také úplně normální lidé, kteří podle něj „*kdesi v hloubce v sobě mají, že jejich práce je ze své podstaty službou, a že mají lidi rádi*“, což Pavel považuje za hlavní motiv jejich práce. A vzhledem k tomu, že láska a služba lidem je i jeho hlavním motivačním prvkem, nachází zde společný základ, který formuje jeho vztah k týmovým kolegům – přesvědčení, že za jejich úkoly je společný zájem o člověka a láska k člověku. Zdravotníkům se podle Pavla musí stále připomínat, že jejich pozornost nesmí být zaměřena „*jen na určitý rozměr lidské bytosti*“, neboť v tom je nemocniční prostředí „*nenormální, že pracuje jen s tímto částečným pojetím člověka, ale nemoc zasahuje člověka celého*.“

Nemoc a zdraví Pavel nahlíží jako relativní pojmy, jako sociální kategorii. Ve skutečnosti to může být naopak: „*Častokrát potkávám mimo nemocnici, takřkajíc v běžném styku, lidi v podstatě těžce nemocné, zatímco na nemocničním lůžku s úžasem objevuji v mnohých zdravé, pevné jádro*.“ Zdraví pak Pavel definuje termínem „pevné jádro“, pod nímž rozumí zdravý a upřímný vztah člověka k sobě, svým blízkým a svému okolí. Takovéto rozpoložení pak posiluje v okamžicích, kdy na člověka doléhá strach a bolest.³⁸

Legislativní ukotvení služby – nezakotvenost kaplana

Pavel shrnuje obtíže, se kterými je kaplanská služba spojena: Služba není legislativně ukotvena, postavení kaplana na konkrétním oddělení je vždy specifické, závislé na osobních vazbách s personálem a lékaři. Legislativní nezakotvenost a nesystémovost

³⁸Zde je možno nalézt náboženský motiv, který poukazuje k tzv. apathii v křesťanském smyslu, kdy tou nejvyšší a jedinou „neotřesitelnou“ hodnotou, která upevňuje člověka, je vzkříšený Kristus, který sám prošel skrze smrt, ve smyslu ztráty všeho pozemského. Ono zdravé jádro lze pak nahlížet ve smyslu zdravého vztahu ke světu, který spočívá v nelpění na světu a zároveň na naději, že po smrti následuje nový život ve vzkříšení, který je právě charakterizován uzdraveným vztahem ke stvoření (respektive k Bohu).

představuje nejistotu – forma spolupráce se vlastně stále vytváří. Na jedné straně proti sobě stojí výhoda spontaneity služby – každá nemocnice si může ve spolupráci s kaplanem vytvořit vlastní model, na druhé straně stojí naprostá nezakotvenost kaplana spojená s řadou nejistot, včetně té na přízni vedení: *„Nikde není řečeno, že se třeba se změnou vedení neskončí i dobře začatá práce.“*

Pavel uvádí příklady nesystémovosti kaplanské služby obecně: *„Máme tu extrém, kdy na jedné straně nemocnice souhlasí se službou kaplana, ale vůbec ho nepustí na jednotlivá oddělení, k jednotlivým pacientům (je omezen jen na kapli a svou kancelář), zatímco na druhé straně zřídí nemocnice oddělení spirituální péče, v němž kaplana zaměstná jako primáře se všemi náležitostmi.“* Z informací, které mnohé nemocnice poskytují o duchovní péči, často podle Pavla nemůžeme vůbec poznat, co se tam ve skutečnosti děje. Služba funguje v jistém slova smyslu jednak vnějškově, tedy tak, jak je navenek prezentována, má ovšem především svůj skutečný život, život uvnitř zdi nemocnice, kde se kaplan může pohybovat třeba i bez povšimnutí personálu. Tohoto nezajištěného postavení si je Pavel vědom, je s ním smířen, podle svých slov ovšem sám sebe za rovnoprávného člena multidisciplinárního týmu nepovažoval.

Za skutečnou komplikaci své práce však Pavel považuje, když se nemůže vůbec účastnit vizity nebo hlášení, dále když je kaplan vyloučen z dokumentace, kam by se podle jeho představ rozhodně měly uvádět záznamy o jeho návštěvách: *„Co všechno se dnes do chorobopisu uvádí! A najednou tam chybí záznam o návštěvě, která může ovlivnit pacientův vztah k nemoci vůbec?! I když o té návštěvě řeknu službu konajícímu personálu, nová směna se o tom pravděpodobně nedozví a ošetřující lékař druhý den nebude mít ani tušení. A přitom právě v tomto sledování vývoje u konkrétních lidí bychom mohli nanejvýš užitečně spolupracovat.“* Tato zmínka asi nejjasněji obnažuje a shrnuje nejpalčivější rozpor celé služby, který je zosobněn na jedné straně napětím mezi osobním posláním kaplanské služby a smyslem jejího přínosu konkrétním lidem, a na druhé straně pak jakýmsi pokusem tuto službu integrovat v rámci instituce, která ji primárně nepotřebuje a která ji často vnímá jen jako přidanou hodnotou bez skutečné snahy ji koncepčně učinit integrální součástí ošetrovatelského procesu multidisciplinárního týmu. O to snáze je pak možné porozumět také důležitosti, kterou Pavel připisuje členství v Asociaci nemocničních kaplanů, která kromě vzájemné podpory kaplanů představuje i možnost ovlivňovat i systémové změny.

Způsoby prezentace kaplanské služby v nemocnici

Pavel při prezentaci služby využívá nástěnky na odděleních, oběžníky a TV vysílání nemocnice. Sestry informují nové pacienty při nástupu do nemocnice o možnosti duchovní služby kaplana. Zásadní je ovšem podle Pavla vždy osobní kontakt a osobní zkušenost sester s kaplanem. V opačném případě sestra většinou službu kaplana pacientům nenabízí: **„Pokud sestra, která dotazník vyplňuje, kaplana osobně nezná, tak většinou tuto otázku přeskočí anebo hned nabídne variantu NE.“** Pro zdravotníky je, jak již bylo řečeno, kaplanova služba často cosi zbytného – kaplan je musí přesvědčit svými osobními kvalitami.

Přístup kaplana k informacím

Kaplan nemá přístup k chorobopisu. Pavel se zajímá hlavně o to, **„čemu pacient v tuto chvíli musí čelit, jaké perspektivě (trvalé omezení, bolest, smrt), v jakém rozpoložení se nachází a zda má někoho kolem sebe a při sobě“**. Pavla dále zajímají nejdůležitější informace o rodinných příslušnících a také co situace znamená pro ošetřující zdravotnický personál, uvažuje o pacientovi v rámci jeho sociálního zázemí.

Informace Pavel získává na základě důvěry mezi ním a zdravotníky a v závislosti na tom, nakolik vnímá konkrétní zdravotník kaplanskou službu jako smysluplnou. Informace čerpá nejvíce od staničních a řadových sester, dále od lékařů, příležitostně i od sanitářů. Neexistuje žádná databáze, do které by Pavel měl otevřený přístup, kaplan je odkázán na zdravotníky, kteří ho informují.

Informace dostává ústně (např. **„poznámkou i přes rameno v poklusu“**) nebo písemně přes e-mail.

Pavel uvádí, že nejčastěji přicházel v nemocnici k pacientům, kteří si jeho návštěvu sami vyžádali. Akutní návštěvy ve smyslu „krizové duchovní intervence“ na vyžádání personálu ve chvílích nepříznivého vývoje zdravotního stavu u pacienta byly podle něj ojedinělé.

Poskytování informací a jejich forma

Jak již bylo řečeno, kaplan by podle Pavla neměl nikomu sdělovat konkrétní obsah rozhovoru s pacientem či členem týmu. Pavel personál informuje o uskutečněné návštěvě, o typu intervence (služba přítomností, rozhovor, modlitba) a o svém subjektivním vnímání rozpoložení pacienta (např. neklid, zmatenost, nejistota, utrpení, smíření).

Informace podává ústně staniční sestře nebo ošetřujícímu lékaři (tomu, s kým návštěvu domlouval), písemně pak pouze do vnitřního systému přístupného pouze členům kaplanského týmu.

Psychohygiena kaplana

Pavel zmiňuje, že kaplanská služba je mimořádně náročná – kaplan působí v cizím prostředí a nemůže se opřít o tradiční zázemí své církve, včetně tradičních metod pastorační práce, které užívá při pastorační práci vlastních členů (každá církev má svá specifika – někde je život založen na intenzivní práci s Písmem a jeho aktualizaci, někde je těžiště duchovní praxe rozvíjeno prostřednictvím kultivace člověka účastí na nejrůznějších kontemplativních bohoslužbách, někde je to charismatický duch společného života věřících, kteří se navzájem posilují ve své víře). Pavel podle vlastních slov vstupuje do prostoru toho druhého (není ve své církvi), neví předem, kdo a co ho čeká (což u svých farníků může malinko tušit), má prázdné ruce („*v mém pojetí kaplanství nejsem vyzbrojen Biblií ani modlitební knihou*“). A pokud je třeba většina zdravotníků kolem něho lhostejná nebo nepřátelsky naladěná, pak je to mnoho nejistot najednou.

Pavel na základě svých zkušeností oceňuje možnost hovořit o svých prožitcích a zkušenostech s dalšími kaplany z asociace, díky těmto setkáním ventiluje napětí, má možnost vrátit se k setkáním, která mu zůstala pod kůží.

Ohledně metod práce se stresem zmiňuje techniky jako bálintovské skupiny, analýzy verbatim.

Ve spojitosti s asociací je potřeba vnímat také její rozměr nové zastřešující organizace sdružující křesťanské duchovní – je vlastně v jistém slova smyslu novou nadkonfesní křesťanskou profesní organizací, jakýmsi ekumenickým hnutím, kde přirozeně funguje vzájemná modlitební podpora, kdy oním motivem je touha otevřeně sdílet hluboké prožitky – vykazuje tedy jisté znaky metacírkve a svým způsobem dává kaplanům odpovědi a podporu na specifické otázky péče o nemocné, na které by jejich církve samotné vzhledem k absentující komplexní zkušenosti různých tradic a přístupů, ale i velmi specifickému rozměru pastorační práce s člověkem ve zdravotnickém zařízení těžko nalézaly adekvátní odpověď. Asociace je v jistém slova smyslu již realizací a zárodkem nového ekumenického kaplanství, ve kterém to zatím nejsou církve, ale konkrétní duchovní, kteří již deklarují, že ono společné povolání být na straně obyčejných a slabých lidí pociťují navzájem bez ohledu na to, z jaké tradice pocházejí.

3.2.2 Další konzultace s kaplany

Kromě rozhovoru vedeného prostřednictvím e-mailu jsem s kaplanem Pavlem absolvoval i několik telefonických rozhovorů, při kterých mi udělil další cenné rady týkající se zejména toho, na co si mám při svém nástupu do nemocnice dát pozor.

Pavel má zkušenosti se spuštěním služby ve Fakultní nemocnici v Motole, zároveň byl lektorem kurzů pro další kaplany, díky čemuž má zkušenost s vedením a zaškolováním nových kaplanů. Uvědomoval jsem si však, že prostředí hlavního města může mít v řadě věcí specifické podmínky (mnoholetá praktická zkušenost již desítek kaplanů, školicí střediska, sídlo asociace, snadný přístup ke školení v řadě oblastí, univerzitní a kosmopolitní město co do skladby obyvatel, progresivní rozvoj služeb se značnou dotací finančních prostředků), proto jsem oslovil ještě dalšího kaplana, a to kaplana písecké nemocnice. Nemocnice v Písku spustila kaplanskou službu roku 2011, proto má kaplan již dvouletou zkušenost, a přitom se dá o službě mluvit stále jako o nové. Písek má srovnatelný počet obyvatel jako Cheb (cca 30 000), dá se tedy předpokládat, že zkušenosti chebské a písecké nemocnice budou snáze srovnatelné.

Písecký kaplan mě nabádal hlavně k trpělivosti. K současnému stavu vedla dvouletá velmi namáhavá práce, teď si však užívá její plody: působí na pozici primáře Oddělení spirituální péče, pacienti, kteří už byli v nemocnici jednou hospitalizováni a přicházejí sem znovu, se prý hned při nástupu ptají na kaplana. Zkušenost s kaplanskou službou je zde tedy mimořádně dobrá, management nemocnice ji vysoce oceňuje. Jako hlavní „recept“ na úspěch kaplan uvádí trpělivost a modlitby. I on se zpočátku setkával s neúspěchy a předsudky – zmiňuje např. příhodu, kdy ho rodina povolala k pacientce na oddělení JIP a dotyčná paní dostala bezmála hysterický záchvat, křičíc, že ona přece ještě neumírá. Kaplan přiznává, že si v této a podobných situacích připadal jako „duševní pyrotechnik“, ještě dnes má prý pot na zádech, když si podobné situace vybaví.

3.2.3 Rozhovor s knězem

Místnímu římskokatolickému knězi Petrovi jsem zaslal dotazník, který si kladl za cíl zjistit Petrovo know-how získané z pastorační služby u nemocných farníků ve zdravotnických a sociálních zařízeních. S Petrem se známe ze společných setkání místní ekumeny, jako duchovní se spolu příležitostně setkáváme během své pastorace v terénu, ale také při společných pracovních setkáních duchovních Chebska. Petr byl ideálním respondentem, ze zkušenosti jsem věděl, že má velký cit pro pastorační práci (ne každý kněz má cit a intuici a osobní vztah k farníkům, díky kterému by mohl pastoračně vstoupit do cizího prostředí mimo církvev). Petr navíc aktivně pastoruje největší množství věřících (kolem 250 aktivních věřících), z předchozích rozhovorů také vyplývalo, že z nás duchovních, kteří se účastníme místní ekumeny, vykazuje největší množství pastoračních návštěv u svých farníků. Petr má k dispozici také pastorační asistenty, kteří jsou mu v jeho službě nápomocni. Obecně lze říci, že pastorační práce v sociálních a zdravotnických organizacích je u něj nejvíce systematická a kontinuální, včetně zázemí a týmu, který má k dispozici.

Podobně jako u kaplana Pavla jsme s Petrem z důvodů velkého časového vytížení zvolili metodu e-mailové komunikace a postupného rozšiřování získaných informací dalšími dotazy.

3.2.3.1 Informace o respondentovi

pohlaví: muž
jméno: Petr
věk, stav: 48 let, svobodný
domovská církev: římskokatolická
působíště: Cheb

3.2.3.2 Rozhovor

Jak vypadá tvá návštěva v nemocnici u lidí, za kterými přicházíš?

V zásadě pokaždé jinak, záleží na oddělení, na stavu nemocného, na denní hodině... Osobně nemám nějaký stálý návštěvní „rituál“, ale některé stálé prvky lze samozřejmě vysledovat: Pokud je to možné, kontaktuji nejdříve ošetřující personál (většinou na sesterně, někdy i na lékařském pokoji) a zeptám se, zda je možné dotyčného navštívit, a pokud ano, jestli je něco zvláštního, čeho bych si při té návštěvě měl být vědom. Pokud se s dotyčným neznám, představím se, stejně tak i ostatním na pokoji, a domluvím se, zda je možné se potkat někde mimo pokoj (někdy je možné využít společenskou místnost,

jídelnu, hovornu, chodbu apod.), nebo přímo na pokoji. Poté se snažím zjistit, jak se momentálně dotyčnému daří, nechávám jej mluvit. Někdy se z toho vyvine osobnější rozhovor o něčem, co je pro nemocného právě důležité, jindy to spíše směřuje příměji ke společné modlitbě (většinou vlastními slovy) či ke svátostné liturgické službě (svátost smíření, pomazání nemocných, svaté přijímání). Na závěr se většinou domlouváme na vhodnosti či možnosti další návštěvy nebo dalšího doprovázení v jiném prostředí (chystá-li se přeložení či propuštění domů).

Jaký je podle tebe rozdíl v tom, zda rozhovor proběhne na pokoji, na chodbě, či v hovorně?

Za důležitou považuji míru soukromí pro rozhovor, při kterém se často vyskytnou velmi osobní témata, o kterých se nemusí dobře hovořit v přítomnosti dalších pacientů na vícelůžkovém pokoji. Ideální je, je-li někde k dispozici jakási hovorna, ale někdy je vhodná i lavička na chodbě, která sice není třeba příliš pohodlná, ale lze na ní mluvit velmi osobně. Samozřejmě také záleží na mobilitě pacienta.

Jak se dozvíš, že máš v nemocnici někoho navštívit?

Většinou to je od příbuzných nemocného, často také od ostatních farníků, stále častěji mi také volá přímo personál nemocnice, který tam má seznam pastoračních pracovníků, kteří jsou k dispozici.

Co přímo pacient? Jak je v tom zapojen?

Pacient je ve většině případů samozřejmě tím, kdo žádost o návštěvu iniciuje, ale většinou mi tuto žádost pak zprostředkuje rodina či personál nemocnice. Jsou ovšem i případy, kdy mě volá přímo pacient ze svého mobilu.

Jak bys porovnal svoji službu (službu kněze, který pastoračně přichází do nemocnice) se službou kaplana?

Společný jmenovatel vidím v tom, že jak já v roli kněze přicházejícího na pastorační návštěvu do nemocnice, tak nemocniční kaplan nasloucháme především spirituálním potřebám nemocného, aniž bychom ale zcela pomíjeli jeho potřeby i v oblasti sociální, psychické či fyzické, a snažíme se jim vycházet vstříc.

Jak konkrétně sociálním, psychickým či fyzickým potřebám vycházíš vstříc?

Sociální potřeby:

V rozhovorech se někdy objeví témata opuštěnosti („nikdo z rodiny za mnou nechodí“, „jsem úplně sám“) či konfliktů v rodině („dceru jsem už 20 let neviděla“) apod. Pak se snažím, aby pacient nebyl pokud možno vázán v naplňování potřeby sociálního kontaktu jen na moji osobu, ale snažím se zprostředkovat kontakt či pomocí obnovit komunikaci s dalšími lidmi (rodinou, příbuznými, přáteli z farnosti, dobrovolníky z dobrovolnického centra)... Jsou ale situace, kdy se toto nepodaří a pak někdy pacientovi poskytnu potřebný sociální kontakt po nějakou dobu třeba i já sám. Samozřejmě i odpovědi na spirituální potřeby pacienta v sobě často zároveň zahrnují i jeho sociální dimenzi (eucharistie – svaté přijímání – je chápáno nejen jako setkání se Spasitelem, ale také jako účast na společenství věřících, které je možno prožívat i duchovně, ale také skrze návštěvu malé skupinky, ve které u nemocného slavíme mši svatou...).

Psychické potřeby:

Skrze pastorační rozhovor lze někdy vyřešit či umenšit různé psychické nelady či nálady, často i jen pouhým nasloucháním, povzbuzením či pomocí při porozumění probíhajícím psychickým procesům či skrze doprovázení skrze klasické fáze přijetí vážné diagnózy. I zde se pak spirituální rovina prolíná s rovinou psychickou, především pak např. skrze slavení svátosti smíření či při duchovním doprovázení, kde uzdravování vztahu s Bohem samozřejmě působí i na psychiku člověka.

Fyzické potřeby:

Ve zdravotnických zařízeních to není až tak častá situace, ale přece jenom se někdy stane, že si mi pacient postěžuje na nějakou fyzickou potíže či nesnáz (nevhodné jídlo, bolesti, průvan...), kterou se pak snažím řešit s ošetřujícím personálem či ošetřujícím lékařem.

Při pastorační návštěvě v roli kněze budu mít však spíše tendenci očekávat, že nemocný bude mít zájem o explicitnější rozhovor o víře, společnou modlitbu, povzbuzení v duchu křesťanské víry, požehnání, svátosti, a budu moci těmto potřebám hned vyjít vstříc... Nemocniční kaplan tyto potřeby také vnímá, ale především pro specifické svátostné úkony – pokud sám není knězem – bude spíše prostředníkem, který tuto službu domluví s někým dalším k tomu pověřeným. I kaplan však může a má být otevřen obecně křesťanské pastýřské službě vůči nemocným (rozhovor o víře, společná modlitba, žehnání, četba Božího slova), na kterou může mít dokonce více času, než kněz při pastorační návštěvě.

Jak to myslíš, že kaplan může mít dokonce více času než kněz při pastorační návštěvě?

To jsem myslel v tom smyslu, že kněz při pastorační návštěvě přijde často na jednorázovou návštěvu, na kterou má třeba jen 20 minut času, zatímco kaplan, který má na oddělení pravidelné hodiny, může být třeba k dispozici po delší dobu či opakovaně. Je ale jasné, že to je případ od případu a může to být zcela naopak.

Roli nemocničního kaplana však také – na rozdíl od kněze při pastorační návštěvě – spatřuji v tom, že je k dispozici i lidem, kteří o jeho službu výslovně jako první nepožádají (může se jich aktivně ptát, jestli nemají zájem o rozhovor). Může a má být k dispozici i lidem, kteří třeba nejsou explicitně věřící, nebo jsou dokonce explicitně nevěřící, jinak věřící, nenáboženští, agnostičtí, či dokonce ateisticky zaměření, ale mají zájem či potřebu mluvit o věcech, které lze obecně označit za „duchovní (spirituální) rozměr lidského života“ – smysl života, smysl bolesti, zápas s osamělostí, strachem ze smrti, otázky odpuštění či smíření...

Nemocniční kaplan je dále – na rozdíl od kněze při pastorační návštěvě – členem zdravotnického týmu a mnohem úžeji spolupracuje s dalšími kolegy (sociální sestrou, psychologem, zdravotními sestrami, lékaři). Může se s nimi radit a na jejich podnět někoho, o kom ostatní tuší, že by jim kontakt s kaplanem pomohl, se zvlášť zastavit...

Jak se díváš na vznik nové služby kaplana ve vztahu ke tvé službě, kterou vykonáváš v nemocnici?

Velmi ji vítám, myslím, že se občasné pastorační návštěvy kněze v nemocnici mohou a budou velmi dobře doplňovat s mnohem systematictější a (co se týče cílové skupiny i času) širší službou nemocničního kaplana.

V čem jsi se současným stavem služby, kterou poskytuješ, spokojen/nespokojen?

Spokojen jsem s tím, že se mi poměrně dobře daří vykonat návštěvu na zavolání, případně zprostředkovat návštěvu některého z mých kolegů, pokud sám nemohu.

Nespokojen jsem s tím, že mi časové možnosti nedovolují aktivnější navštěvování nemocných – tj. nejen tehdy, když si mě oni sami vyžádají. Ale právě to by mohla služba nemocničního kaplana částečně nahradit.

Co je pro tebe to nejpodstatnější při návštěvě nemocného? Co by se mělo během tvé návštěvy rozhodně odehrát?

Jako nejpodstatnější vidím „setkání tváří v tvář“ – setkání dvou lidí v jejich současné životní situaci, kteří se mají navzájem čím obdarovat a mezi kterými je přítomný trpící a vzkříšený Kristus. Jako své poslání vnímám vytvoření prostoru k tomu, aby tento Kristus mohl nemocnému sloužit svou vlastní blízkostí, útěchou i mocí – někdy svátostně, někdy na rovině společné modlitby, jindy v prostém rozhovoru či tichu.

Jak se obdarovávají? Dalo by se to rozvést?

Nu ze strany nemocného já osobně často přijímám např. povzbuzení pro smysluplnost mé vlastní služby, inspiraci jeho životní moudrostí, oslovení jeho osobní vírou či zápasy o víru, připomenutí nicotnosti mých vlastních bolístek, často i jeho výslovnou modlitbu za mě osobně, za celé farní společenství či nějakou konkrétní potřebu farnosti či mě samotného apod. Z mé strany pak nemocnému dávám často především své ucho, sem tam nějakou radu, moderaci prostoru společné modlitby či slavení svátostí. Zní to asi jako fráze, ale neumím to lépe vyjádřit než Matouš ve své 25. kapitole: „Cokoli jste učinili někomu z mých nejmenších bratří, mně jste učinili...“ Prostě jsem obdarován přítomností Krista v tom druhém a uprostřed nás.

Jak vnímá tvou přítomnost personál nemocnice?

Myslím, že má návštěva je personálem buď vítaná, nebo přinejmenším vstřícně tolerovaná.

Jaké jsou podle tebe slabé stránky spolupráce s personálem nemocnice?

Nespokojen jsem s tím, že se zdá, že to, co uvádím níže v odpovědi na otázku po silných stránkách spolupráce s personálem nemocnice, je zatím spíše jen na dobré vůli toho či onoho lékaře či sestry, že pro doprovázení nemocných, především v terminálním stádiu, není zatím systémově vytvořeno prostředí, které by soukromí, možnost pobytu příbuzných či slavení bohoslužby umožňovalo ne jako výjimku, ale jako samozřejmost.

Kdy dochází k neshodám (nepochopení...), oč zpravidla jde?

Za poslední léta služby si na nějaké zásadní nepochopení mezi mnou a zdravotnickým personálem nevzpomínám.

Jaké jsou podle tebe silné stránky spolupráce s personálem nemocnice?

Setkávám se většinou s velmi vstřícnou komunikací se zdravotnickým personálem, v některých případech i s proaktivním přístupem některých lékařů, kteří nemocným sami nabízejí návštěvu kněze a mně pak volají.

V rámci možností mi většinou je umožněno určité soukromí k návštěvě, v jednom případě dokonce i byl poskytnut rodině umírající samostatný pokoj, na kterém jsem mohl s nemocnou umírající slavit mši svatou spolu s dalšími jejími blízkými a na kterém mohli i někteří z nich přespávat.

Jakou zpětnou vazbu týkající se tvé návštěvy dáváš/dostáváš?

Někdy se po návštěvě setkám s příbuznými, kteří mi vyprávějí, jak návštěva na nemocného působila. V některých případech se totéž stává i s ošetřujícím lékařem – není to ale pravidlem. V některých případech naopak po návštěvě mám potřebu na něco upozornit službu konající sestru či lékaře, případně si promluvit s rodinou.

Jaké reakce dostáváš?

Nejčastěji asi takové ty obecné věci, jako že „babička se moc radovala, že jste za ní byl, protože už dlouho nebyla u přijímání“, „dědeček byl poté, co jste jej navštívil, pak takový klidnější a usměvavější“, apod. Jednou jsem slavil pomazání nemocných s jednou více než stoletou paní ve velmi vážném stavu a vnučka mi po pár dnech říkala: „Pane faráři, babička je po té vaší návštěvě zase jako křepelka! Ta nám tu ještě dva tři roky vydrží!“ A vydržela. ☺ Samozřejmě ne vždy jsou takovéto pozitivní reakce. Někdy – zvláště u umírajících – vnímám, že je má přítomnost skoro důležitější pro rodinu umírajícího než pro něj samotného (zvláště když je už ve stavu, kdy třeba díky silnému tlumení bolesti již příliš nevnímá).

Jak čerpáš sílu v těžkých situacích spojených s pastorační službou v nemocnici? (Jaké jsou tvé vlastní možnosti s někým nastalou obtížnou situací konzultovat/sdílet?)

O své službě mohu mluvit např. v rámci supervize dobrovolníků, kteří se scházejí ke skupinové supervizi v rámci dobrovolnického programu naší farní charity zaměřeného na návštěvní službu u nemocných. Dále se o radostech i obtížích své služby v nemocnici mohou sdílet v modlitebním společenství ve farnosti. V neposlední řadě mám také možnost závažnější věci probírat v rámci slavení svátosti smíření a v rámci duchovního doprovázení.

Jakou formou probíhá ta svátost smíření a duchovní doprovázení?

Svátost smíření (tradičně nazývaná zpověď) je rituál zahrnující čtení Božího slova, modlitbu, vyznání hříchů (tedy toho, co se v poslední době nedařilo, často ale v souvislosti vyznání vděčnosti, tedy toho, co se dařilo), zpovědní rozhovor s knězem (ze kterého někdy vyplyne nějaká rada, jak lépe zvládat život v duchu Ježíšova následování), přijetí nějakého úkolu na cestě osobního růstu (tzv. „skutek pokání“), rozhřešení (zvěstování Božího odpuštění knězem), modlitba vděčnosti a propuštění. V rámci takového zpovědního rozhovoru pak můžu za pomoci zpovědníka také hledat nějakou orientaci a podporu, když v rámci své služby něco nezvládám (např. nervozita či netrpělivost vůči nemocnému z únavy, neschopnost naslouchat, nějaká špatná konstelace osobností, které si nesednou navzájem apod.).

V rámci duchovního doprovázení (tj. podobného rozhovoru, který ale není slaven jako svátostná zpověď a není zaměřen především na hříchy, ale spíše na celkový duchovní růst) pak mohu řešit obecnější věci kolem služby nemocným – někdy se to blíží modelu individuální supervize, která ale také zohledňuje vztah s Bohem...

Chtěl bys zdůraznit nějakou oblast, která s kaplanstvím souvisí, ale nebyla v dotazníku zmíněna?

Důležitou a citlivou oblastí snad mohou být otázky týkající se ekumenické spolupráce v rámci kaplanské služby – spolupráce kaplana s pastoračními pracovníky různých církví „zvenčí“ a vlastní citlivosti a otevřenosti kaplana pro různé potřeby různých nemocných vzhledem k jejich vlastní duchovní či církevní tradici.

Na jaké potřeby bych měl být citlivý? Jak si představuješ ideální spolupráci?

To nedokážu asi říct dost jasně, vlastně s tím nemám zkušenosti. Tuším ale, že bude někdy těžké rozlišit, co lze zvládnout na základně vlastní všem křesťanům, a na co je již třeba zavolat kolegu z příslušné církve. Teoreticky by bylo možné říct, že kromě slavení eucharistie (mše... liturgie...) a svátosti smíření (zpovědi) by mělo být možné všechno, ale v praxi mohou být velké rozdíly už jenom třeba ve stylu modlitby, v různých prakticko-teologických důrazech či pohledech na spásu apod. To se ale i v mé vlastní praxi týká i rozdílů mezi katolíky samotnými, kde to je, co se osobní zkušenosti víry týče, také často velmi rozmanité a člověk musí napřed hodně naslouchat, než začne reagovat či nabízet nějakou podporu.

Myslím, že důležitá by mohla být pravidelná kolegiální supervize s pár kolegy pastory či faráři, kam by kaplan přinášel některé situace, ve kterých si nebyl příliš jistý, a kde by se tyto situace společně refletovaly.

Další důležitou oblast vidím v rozvoji týmové služby, do které by služba nemocničního kaplana měla patřit. Tím mám na mysli onen klasický interdisciplinární nemocniční tým (lékař, sestra, sociální pracovníce, psycholog, kaplan), který je svým způsobem fluidní (lékaři a sestry se mění), ale někteří jeho členové jsou stálí (včetně kaplana). Pod onou „týmovou službou“ chápu schopnost rozlišit jedinečnost jednotlivých rolí, učit se respektovat kompetence druhých a doplňovat se v nich a zároveň se učit být mírně rozkročení nad často ne příliš jasnými hranicemi těchto svých kompetencí (viz výše prolínání spirituální, psychické a sociální oblasti).

3.2.3.3 Analýza polostrukturovaného rozhovoru s knězem

Návštěva kněze u pacienta

Fakt, že iniciátorem návštěvy je zpravidla sám nemocný, dokládá, že se mnohdy jedná o členy jeho vlastního společenství, které většinou osobně zná nebo s nimi v minulosti přišel do styku. Petr má zkušenost s tím, že byl k pacientovi několikrát přivolán jako duchovní personálem – zmiňuje seznam pastoračních pracovníků, což dokládá, že nemocnice skutečně užívá seznam, který sestavil MUDr. Vohralík jako funkční nástroj.

Petr do nemocnice jednoznačně přichází v roli kněze římskokatolické církve, který svou kněžskou službu poskytuje mimo „obvyklé“ místo k tomu určené (kostel, fara apod.).

Petr nemá přesný návštěvní rituál. Při návštěvě zvažuje charakter oddělení, stav nemocného, denní hodinu. Uznává a podřizuje se autoritě zdravotního personálu, který vždy nejprve kontaktuje a dotazuje se na to, zda je návštěva možná a jaké informace o zdravotním stavu by měl vědět, předtím než vstoupí na pokoj – zvažuje tedy tytéž podněty jako kaplan.

Petr se při vstupu na pokoj všem představí a domlouvá s konkrétním pacientem místo, kde se návštěva uskuteční. Jako jedno z kritérií výběru místa Petr zmiňuje prostor k důvěrnému osobnímu rozhovoru: *„Ideální je, je-li někde k dispozici jakási hovorna, ale někdy je vhodná i lavička na chodbě, která sice není třeba příliš pohodlná, ale lze na ní mluvit velmi osobně.“* Petr tedy primárně, je-li to možné, vyvádí nemocného do jiného prostoru, kde mu bude duchovní služba poskytnuta.

V rámci rozhovoru Petr ponechává iniciativu na nemocném, který je oním tvůrcem zakázky. Rozhovor upřesní požadovaný druh intervence (společná modlitba, liturgická služba – např. přijetí svatého přijímání), přichází tedy již v jistém slova smyslu s hotovým inventářem náboženských úkonů, které nemocný zná a je schopen si z něj vybrat. Petr domlouvá další možnosti návštěvy či doprovázení v jiném prostředí, prvkem jeho služby není jen pacienta podpořit v konkrétním zdravotním nebo sociálním zařízení, ale také mu připomenout a posílit ho v příslušnosti k církvi, ke které patří. Petr svou přítomností stále dokládá sounáležitost své farnosti se svým členem, čímž mu vlastně stále odkrývá horizont, v pozadí kterého je církev vlastně oním domovem, kam se pacient po odchodu z nemocnice pomyslně opět vrátí.

Svátostná služba kněze x obecně křesťanská pastýřská služba kaplana

Petr podle svých slov do nemocnice přichází často jednorázově za konkrétním nemocným, zakázka, kterou si tedy nemocný žádá, je již často definována provedením konkrétních úkonů. Petr nemusí na rozdíl od kaplana pokaždé nově a opatrně „vytyčovat hranice“ prostoru, na kterém se pacient a kaplan setkají. Jeho návštěva zpravidla bere jen krátký čas, protože se s pacientem pohybuje na poli tzv. „artikulované“ a pacientem již dříve praktikované spirituality zakotvené v konkrétních náboženských úkonech. Nemocný si sám vyžádá intervenci, kterou po knězi požaduje, a kněz mu vyjde vstříc.

Kaplan i kněz nabízejí duchovní rozhovor, kněz k tomuto ovšem ještě přidává tzv. „specifické svátostné úkony“, jejichž vykonavatelem je duchovní mateřské církve, ze které pacient pochází. Kněz i kaplan naslouchají spirituálním potřebám nemocného, tyto potřeby jsou ovšem velmi často v kaplanské praxi reflektovány v rámci tzv. „osobní“ spirituality. Petr hovoří o kaplanské službě jako o obecně křesťanské pastýřské službě, předmětem činnosti je pak rozhovor o víře, společná modlitba, žehnání, četba Božího slova, to znamená, že ji vymezuje vůči specificky svátostné službě, která je realizována předně prostřednictvím svátostí. K duchovnímu rozhovoru má kaplan podle Petra více času, respektive může s pacientem zajít hlouběji, věnovat se rozhovoru opakovaně či delší dobu než kněz.

Petr nabízí primárně svátostnou pomoc, která je metaforicky v jistém slova smyslu plodem toho, co je předem artikulované, není tedy potřeba k tomu pokaždé složitě připravovat cestu. Petrovo chápání kaplana má tedy blízko ke službě pastoračního asistenta s tím, že kaplan je ve srovnání s pastoračním asistentem nadkonfesní a rozhovor nabízí všem zájemcům bez ohledu na náboženské vyznání. Kaplan podle Petra nabízí rozhovor o

věcech, které souvisejí se spirituálním rozměrem lidského života („*mysl života, mysl bolesti, zápas s osamělostí, strach ze smrti, otázky odpuštění či smíření...*“).

Petr zároveň připomíná, že kaplan musí citlivě vnímat konfesní rozdíly, např. v různých prakticko-teologických důzrazech či pohledech na spásu apod., které by měl kaplan konzultovat na společných kolegiálních supervizích s faráři a pastory a dalšími duchovními. Jako nepřekročitelnou mez vidí Petr slavení eucharistické bohoslužby (tzv. „mše“ – eucharistické bohoslužby, kde se podává sv. přijímání) a dále otázku zpovědi (rozhřešení hříchů), ke kterým by měl kaplan podle Petra vždy povolat kolegu z příslušné církve.

Služba kaplana je podle Petra, co se týče cílové skupiny i času, mnohem systematictější a širší než služba kněze v nemocnici. Kaplan je členem zdravotnického týmu, radí se s týmem (sociální sestrou, psychologem, zdravotními sestrami, lékaři), dostává od nich podněty k návštěvám. Podle Petra se obě služby mohou doplňovat, sám Petr službu kaplana vítá, zmiňuje, že jeho časové možnosti nedovolují aktivnější návštěvy věřících jeho církve mimo konkrétní pozvání ze strany pacienta.

Prolínání se spirituálních, psychických, fyzických a sociálních potřeb

Petr mimo tzv. specifické svátostné potřeby pracuje s nemocným v kontextu sociálních, psychických i fyzických potřeb. Všímá si témat opuštěnosti, konfliktů v rodině, ale také fyzických nesnází (např. nevhodné jídlo, bolest – na které pak upozorňuje personál). V případě, že si pacient stěžuje na opuštěnost, se Petr snaží zprostředkovat kontakt či obnovit komunikaci s dalšími lidmi (rodinou, příbuznými, přáteli z farnosti, dobrovolníky z dobrovolnického centra)... Pokud se žádný kontakt nepodaří navázat, Petr po nějakou dobu supluje sociální kontakt sám, i když jeho časové možnosti jsou omezené.

Petr upozorňuje na sociální rozměr, který je sekundárně přítomen ve svátostných úkonech církve – přítomnost kněze, přítomnost malé skupinky věřících, přítomnost Krista v eucharistii v duchovním smyslu. Podle Petra „*uzdravování vztahu s Bohem působí i na psychiku člověka.*“

Petr zdůrazňuje, že jedním z úkolů kaplana je rozvoj jeho spolupráce s interdisciplinárním týmem nemocnice. Petr říká: „*V rozvoji týmové služby vidím schopnost rozlišit jedinečnost jednotlivých rolí, učit se respektovat kompetence druhých a doplňovat se v nich a zároveň se učit být mírně rozkročení nad často ne příliš jasnými hranicemi těchto svých kompetencí.*“

Vzájemné obdarování – specifikum setkání kněze a nemocného

Jako nejpodstatnější vidí Petr *„setkání tváří v tvář – setkání dvou lidí v jejich současné životní situaci, kteří se mají navzájem čím obdarovat a mezi kterými je přítomný trpící a vzkříšený Kristus.“* Kněz podle něj slouží svou vlastní blízkostí, útechou i mocí – někdy svátostně, někdy na rovině společné modlitby, jindy v prostém rozhovoru či tichu.

Svou službou může kněz pomoci i rodině nemocného. Zvláště u umírajících Petr někdy vnímá, že je jeho přítomnost *„skoro důležitější pro rodinu umírajícího než pro něj samotného (zvláště když je už ve stavu, kdy třeba díky silnému tlumení bolesti již příliš nevnímá).“*

Ze strany nemocného je kněz podle Petra také obdarován. Petr zmiňuje např. povzbuzení pro smysluplnost své vlastní služby, inspiraci pacientovou životní moudrostí, oslovení pacientovou osobní vírou či zápasy o víru, připomenutí nicotnosti vlastních bolístek, často i pacientovu výslovnou modlitbu za Petra osobně, za celé farní společenství či nějakou konkrétní potřebu farnosti či Petra samotného apod. V Petrově pojetí je nemocný zástupně Kristem, kterému slouží.

Spolupráce s personálem

Návštěva kněze u pacienta je podle Petra *„personálem buď vítaná, nebo přinejmenším vstřícně tolerovaná“*. V některých případech se Petr setkává i s proaktivním přístupem lékařů – sami nemocným nabízejí službu kněze a následně ho volají. Petr říká: *„V jednom případě dokonce byl poskytnut rodině umírající samostatný pokoj, na kterém jsem mohl s nemocnou umírající slavit mši svatou spolu s dalšími jejími blízkými a na kterém mohli i někteří z nich přespávat.“* Při doprovázení nemocných, především v terminálním stádiu, však zatím podle něj není systémově vytvořeno prostředí, které by soukromí, možnost pobytu příbuzných či slavení bohoslužby umožňovalo ne jako výjimku, ale jako samozřejmost.

Zpětná vazba

Zpětnou vazbu Petr povětšinou dostává od příbuzných, kteří ze svého pohledu zpětně při setkání s Petrem hodnotí stav nemocného po intervenci duchovního.

Petr má možnost se jako kněz podělit s těžkostmi na supervizních setkáních dobrovolníků charity, kteří se návštěvami nemocných zabývají, dále má možnost sdílení v modlitebním společenství, v rámci slavení svátosti smíření a v rámci duchovního doprovázení dalšího duchovního, který Petrovi nabízí reflexi jeho potíží a vedení, včetně

orientace a pomoci v situacích, které Petr nezvládá (např. nervozita či netrpělivost vůči nemocnému z únavy, neschopnost naslouchat, nějaká špatná konstelace osobností, které si nasednou navzájem apod.).

3.2.4 Porovnání služby kaplana a kněze

Jak ukazují rozhovory s kaplanem a knězem, mezi službou kaplana a službou kněze lze najít jak styčné body, tak rozdíly. V této kapitole bych se rád nad těmito shodami a rozdíly hlouběji zamyslel.

Shody ve službě kaplana a kněze

Pro kněze Petra i kaplana Pavla je společný motiv služby, tím je křesťanská filantropie. Nemocný je ztotožňován s trpícím Kristem, pomoc nemocnému je pak v křesťanském pojetí spoluúčastí na Kristově oběti. Petr zmiňuje motivy setkání kněze s nemocným, které jsou stejným způsobem nosné i pro kaplanskou službu, neboť kaplanská služba v našem prostředí z křesťanské tradice vychází. Těmito motivy se myslí vzájemné obdarování se dvou lidí ve smyslu prokázání si vzájemné úcty (motiv nezničitelného a důstojného obrazu Boha v každém člověku), připomenutí nicotnosti vlastních problémů v kontextu daleko závažnějších a vyhraněnějších případů nemocných (odhlédnutí od sebestředného egoismu), vzájemné poděkování si a upomínání si jeden druhého (formou modlitby / pozitivní vzpomínky) a sdílení těžkostí (přítomností a vyslechnutím toho, kdo má problémy). Kněz i kaplan věří, že svátostné úkony (zpověď, sv. přijímání, požehnání atd.) obecně pozitivně ovlivňují tělesné, psychické i duševní zdraví pacienta. Nezanedbatelný je samozřejmě také pozitivní vliv společenského a aktivizačního rozměru návštěvy u lůžka nemocného.

Rozdíly ve službě kaplana a kněze

Praktické odlišnosti služby kaplana i kněze pak můžeme nahlížet v tom, kdo návštěvu iniciuje – v případě kněze vynakládá iniciativu nemocný, příp. jeho rodina, kaplan je naproti tomu primárně povoláván většinou na přání zdravotníků. To samozřejmě sekundárně souvisí s tím, od koho očekáváme zpětnou vazbu o intervenci. Kněz zpětnou vazbu o své návštěvě dostává nejčastěji od rodinných příslušníků, kteří mohou být jeho farníky (specifikum malého města), kaplan pak od personálu nemocnice, jehož je členem, neboť se svou duchovní péčí také podílí jako člen týmu na ošetrovatelském procesu – díky

čemuž například může být (na rozdíl od duchovního) informován o zdravotním stavu pacienta, neboť je nemocnici vázán mlčenlivostí.

Práce kaplana spočívá v doprovázení pacienta ve specifickém prostředí nemocnice po dobu, která je vymezena dobou jeho pobytu v nemocnici (ve smyslu podpory, která vychází z celistvostního pojetí péče o zdraví v konkrétním zdravotnickém zařízení). V případě kněze se pak jedná o kontinuální pastorační péči konkrétní církve o svého věřícího. Tato péče samozřejmě už není nadkonfesní službou nemocnice, ale službou konkrétní církve a nese specifické prakticko-teologické důrazy.

Kněz je pro zdravotníky externista, který do zařízení přichází pacientovi poskytnout „jinou službu“. Prostor, ve kterém Petr svou kněžskou duchovní službu poskytuje, se svou povahou nemocničnímu prostředí vymyká a vyčleňuje se vůči němu, Petr hledá jakýsi „zvláštní prostor“ – soukromí k osobnímu rozhovoru, prostor ke slavení mše. Naproti tomu kaplan většinu svých setkání a rozhovorů primárně realizuje z nutnosti a z povahy své intervence často přímo na pokoji, mnohdy za přítomnosti zbylých pacientů a jejich návštěv, za přítomnosti lékařů a zdravotníků, kteří během intervence kaplana pacienta často průběžně ošetřují / kontrolují jeho zdravotní stav, a různých dalších rušivých elementů (puštěné rádio či televize, telefonování z mobilního telefonu apod.).

Petr vystupuje během své návštěvy v roli kněze římskokatolické církve, udílí „specifické svátosti“ v určitém pořádku a určité formě, na kterou je jeho farník zvyklý (např. obřad zpovědi, který má přesně dané náležitosti, včetně kněžské štoly), naproti tomu kaplan nabízí rozhovor v obecně duchovní rovině osobám mnohdy zcela bez vyznání. Cílem tohoto rozhovoru je poskytnout pacientovi bezpečný prostor, ve kterém pacient může jednak upozornit a sdílet svůj strach, nejistotu a osamocení a za druhé může být posilněn a upevňován nalézáním hodnot, jež mu budou v boji s jeho nemocí oporou. Kaplan s každým pacientem hledá a vytváří individuální model doprovázení v tématech a termínech, které čerpají z pacientovy zkušenosti, vlastní spirituality a odpovídající formy vděku pacienta.

3.2.5 Rozhovor se zdravotními sestrami chebské nemocnice

Rozhovor proběhl v rámci informačního setkání sester s kaplanem. Cílem rozhovoru bylo pojmenovat očekávání, potřeby a návrhy na spuštění služby nemocničního kaplana v nemocnici v Chebu. Setkání sester s kaplanem trvalo celkem 60 minut, samotný rozhovor celkem 40 minut. Účastnilo se ho třináct sester, aktivně se jich do rozhovoru zapojilo pět. Setkání svolala hlavní sestra, účastnily se ho všechny vrchní sestry a staniční sestry, které mohly být v daný čas ze svého oddělení uvolněny. Rozhovor se musel po dohodě s hlavní sestrou vejít do optimálního časového intervalu maximálně 1 hodiny s maximálním přesahem 5 minut. Účast lékařů nebyla pro jejich pracovní vytíženost možná, ošetřovatelé nejsou na podobné porady zvaní.

Rozhovor byl se souhlasem sester nahráván na diktafon, následně byl přepsán a částečně upraven do spisovné podoby.

3.2.5.1 Rozhovor kaplana se sestrami

Jakou úlohu má podle vás mít kaplan v nemocnici?

SESTRA 3: Pacient přijde do zařízení, bojí se, neumí se zorientovat v novém místě, sestry nemají čas a pacient je bezradný. Takhle bych si to asi představovala, že by nemuselo jít konkrétně o pacienta, který by zrovna umíral.

SESTRA 1: Hlavně by měl mít čas na toho nemocného, on je tam hlavně pro něj, ale myslím si, že i personál, který je tu hodně unavený z toho, že je tu tolik starých lidí nebo hodně těžce nemocných mladých lidí, že by si i personál tu útěchu zasloužil, že by si o tom všem rád promluvil. Já jsem slyšela, že třeba v Motole je pro sestry ten kaplan takový kašpárek, chodí na kardiologii a dělá jim útěchu, protože ten personál pracuje ve stresových podmínkách, dívá se na velké lidské neštěstí, takže takovou službu potřebuje. K tomu i ty šaškárny a převádění na humor patří, protože humor taky léčí, bylo by fajn, kdybyste tady fungoval také takovým způsobem pro personál, že byste byl k dispozici permanentně, když bude potřeba.

SESTRA 2: Byla jsem v jednom zařízení v Německu, tam kaplan jednou týdně zašel a obešel všechny pokoje, pozdravil je, někdo ho zastavil, někdo ho nechal jít dál. Byla tam velká střída pacientů, téměř každý týden byli noví, ale ten kaplan pokaždé prošel celé oddělení, někdy tam (s pacientem) strávil pět minut, někdy tam strávil celou hodinu.

Jak si představujete ideální službu kaplana?

SESTRA 1: Aby přišel kdykoliv, ideálně ve dne v noci, rozhodně se starat o pacienty.

SESTRA 3: Přesně tak, aby byl kdykoliv k dispozici.

Kam byste kaplana už nepustily? Co by kaplan už neměl dělat?

SESTRA 3: To záleží na každém konkrétním pacientovi, kam vás pustí.

Komu by měl být kaplan přímo zodpovědný?

SESTRA 1: Primáři oddělení. To by určitě tak mělo být.

Na co byste se chtěly kaplana zeptat? Máte nějaké otázky?

SESTRA 2: Měla bych otázku z praxe, přišla pacientka a oslovila mne, že je jehovistka. V příjmových protokolech máme otázku: „Potřebujete duchovní služby?“ a pacientka ihned chtěla duchovní péči, ještě před tím, než jsem věděla, s čím k nám vůbec přišla. Jsem bez teologického vzdělání, mohu se obracet na vás? Já jsem to řešila tak, že jsem kontaktovala sociální pracovníci. Mám příště volat vám?

JÁ: Ano, tyto otázky řeší kaplan, je kontaktní osobou pro duchovní z jiných církví. Kaplan bude ve spojení se sociálním pracovníkem a bude sbírat kontakty na další duchovní a další instituce, které duchovní služby poskytují. Když někdo třeba řekne, že je římský katolík a chtěl by např. sv. přijímání, tak já v tu chvíli už automaticky kontaktuji kolegu kněze z Chebu.

SESTRA 1: Jak se vyrovnáte s tím, když vy máte jinou víru, teď já mám taky jinou víru a já teď jako pacient vzkážu po sestře, že se chci vyzpovídat, jsem přítom ve stresu, můžu být agresivní, nepříjemná a vy se mi představíte, že jste z té a té církve a já vám na to řeknu, že můžete tedy zase rovnou odejít, protože jste z jiné církve než já, a já chci svého kněze.

JÁ: Představuji se pacientům jako kaplan, je možné, že během debaty přijde řeč na to, že jsem pravoslavný kněz, ale jinak, pokud mi někdo řekne, že je římský katolík, že chce svého kněze, v tu chvíli kontaktuji jeho duchovního – většinu kněží znám osobně z místní ekumeny.

K jakým informacím by kaplan měl mít přístup?

SESTRA 1: Určitě z jakého je pacient sociálního prostředí a jaký je jeho psychický stav.

SESTRA 3: Pokud je vázán mlčenlivostí.

SESTRA 1: Vy byste rozhodně měl mít informace o tom sociálním prostředí nemocného, určitě byste měl mít přístup i do části dokumentace, ale rozhodovat by o tom měl primář.

JÁ: Kaplan je svým způsobem vázán mlčenlivostí třikrát. Je to zaprvé mlčenlivost předepsaná kontraktem s nemocnicí, pak mlčenlivost v etickém kodexu kaplana a pak kodex vysílající mateřské církve.

SESTRA 3: Ostatně já si myslím, že pokud získá kaplan důvěru pacienta, tak ho pacient pustí daleko hloub do svého soukromí než zdravotnický personál.

Jaká témata by měl kaplan s pacientem otevírat?

SESTRA 1: Určitě je to to, co hoří, to je na vašem vzdělání, abyste to z pacienta dostal a aby se vám otevřel úplně co nejvíc. Kam vás pacient pustí a kam vám to dovolí, tak takové téma to bude.

SESTRA 3: Kaplan bude určitě suplovat psychologa, protože se během hospitalizace třeba otevře problém, který bude potřeba řešit, a my tady psychologa nemáme ani na onkologii.

Jak by se kaplan měl podílet na chodu multidisciplinárního týmu? Jak si představujete spolupráci kaplana a ošetrovatelského týmu?

SESTRA 3: Sestřičky by se třeba mohly domluvit na společnou poradu a mohly by vás na tu poradu pozvat, kvůli nějaké provozní záležitosti nebo při nějakém hlášení s lékařem a primářem, aby vznesli dotazy nebo se společně domluvili ohledně toho, co s kaplanem bude souviset.

A konkrétní oblasti?

SESTRA 3: Záleží na konkrétní situaci, to mne teď nic nenapadá, závisí na tom, co se stane.

V jakých situacích byste kaplana k pacientovi volaly?

SESTRA 1: Kdyby si to ten dotyčný přál. Samozřejmě, že se teď bude personál edukovat a bude se těm lidem ta služba nabízet. Nedá se to vnucovat, nic se nedá vnutit nebo nařídít, ale určitě při příjmu na hospitalizaci bude personál říkat, že máme kaplana, kdybyste měl nějaké trápení, tak si můžete promluvit s kaplanem, který je tu k dispozici a je tu jen pro vás.

SESTRA 2: Možná, kdyby měl pacient o službu zájem a došlo by k nějaké radikální změně zdravotního stavu ve smyslu zhoršení, tak zavolat dříve, než bylo ujednáno. Sestřičky si všímají, co se s pacienty děje, jsou s nimi permanentně, jsou k nim vnímavé, a když uvidí,

že chřadne po psychické stránce, tak k němu půjdou, a řeknou: „Pane Nováku, nemyslíte si, že bychom zavolali kaplana?“

SESTRA 3: Určitě, jestli budete pro celou nemocnici, tak budete muset mít nějaký harmonogram, abychom my váš harmonogram znaly, abychom vaše služby mohly nabídnout, abychom řekly, že máte čas tehdy a tehdy, kdy máte volno, každý pacient asi upřednostní jinou dobu na rozhovor. Tohle budeme muset hodně vychytat.

SESTRA 4: Rozhodně bychom měly dalším sestřám předat etický kodex kaplana, aby si ho také přečetly. Protože člověk to rozhodně celé sám nevysvětlí, samy se k tomu asi budeme vracet, podle toho, co se bude aktuálně dít. To bychom mohly dát na sesterny.

SESTRA 3: Ta služba by se určitě měla poskytovat i příbuzným.

SESTRA 1: Určitě se to někdy dostaví, že ta rodina se sama ozve, prosím, pomozte nám, my se tady z toho bortíme. Ze začátku budou mít nemocní určitě ostych, ale to se ukáže.

SESTRA 2: Mohl byste nám dát rozpis bohoslužeb, abychom věděli, že vám v tuhle dobu nemáme volat. Třeba přijde nový nástup, ten člověk bude vystresovaný, dozvěděl se nějakou nepříjemnost, která se ještě dovyšetřuje, a bude to chtít, aby děvčata věděla, kdy tu objednávkou udělat. Něco jiného třeba bude akutní příjem na chirurgii, to bychom volaly pak hned.

SESTRA 4: Určitě by to chtělo kontaktovat staniční, že tu právě jste, a sestry by už samy řekly, ke komu máte jít, že byste si prošel i oddělení, kam vás nevolaly, že to nebude akutně, ale třeba si jen tak popovídat. Určitě by nebylo od věci vědět časy, kdy tu budete, takže budeme moct říct těm lidem, přijde vás pozdravit kaplan, i když jste ho nevolali, on prochází celou nemocnicí. Sestry si každé ráno předávají informace, které se budou řešit, můžou si ty informace předávat.

SESTRA 3: Třeba tam bude člověk, kterému bereme nohu a vidíme, že se s tím vůbec nevyrovnal, a možná, že když byste na ten pokoj přišel...

SESTRA 4: Třeba je to mladý člověk a nechce vás ze studu zavolat, ale možná, kdybyste tam přišel sám od sebe, s tím že vám o tom staniční řekla, tak si s vámi třeba popovídá.

Co byste považovaly těžké na tom, službu kaplana pacientovi nabídnout?

SESTRA 1: Myslíte náš vlastní ostych, že jsme třeba nevěřící?

JÁ: Ano.

SESTRA 1: To určitě ne. Při každém příjmu se v rámci edukace pacienta tohle zmiňuje, tak si myslím, že z naší strany to nebude problém.

SESTRA 2: Pak tam ale bude ten stud pacientů.

SESTRA 1: Ale tady se jedná o to, jak to nabídneš, abys to těm lidem nevnucovala, nějakou službu, o kterou třeba oni nestojí, máš to dilemma, jestli mu to nabídnout.

SESTRA 3: To by ale vyřešilo to, když pan kaplan bude obcházet oddělení, ti lidé ho uvidí.

SESTRA 1: To jo, ale tady se řeší okamžik příjmu, jak se v tom cítíme my, tu službu pacientovi sdělit.

SESTRA 4: Všechno tohle, ten stud pacienta by mohlo vyřešit to, jak pan kaplan bude sám obcházet oddělení.

Kdo si myslíte, že bude mít o službu kaplana zájem?

SESTRA 5: Já jsem se s tím ještě nikdy nesečkala, že by o to někdo projevil zájem. Jsme trošku jiné oddělení.

SESTRA 3: To já si myslím, že o službu bude zájem.

SESTRA 5: To je možné, ale nemůžeme mluvit za pacienty.

SESTRA 3: Je přece jedno, jestli je pacient věřící, nebo nevěřící, je na nich často vidět, že si potřebují popovídat. Že prahnou po tom, se někomu svěřit se svými problémy, a tohle je ideální možnost.

SESTRA 4: Možná to, že nejste zdravotník, pomůže vaší službě.

SESTRA 5: Budete chodit v bílém?

JÁ: Ne, chci chodit v civilu, záleží na primářovi, ale kaplan chodí většinou v civilu.

SESTRA 1: Je pravda, že syndrom bílého pláště by vám hodně mohl zkomplikovat vaši výchozí situaci, opravdu si myslím, že to potřeba není, návštěvy chodí také v civilu.

V čem si tedy myslíte, že kaplan může být prospěšný?

SESTRA 1: Určitě pomůže v té psychologii, v péči o duši.

SESTRA 5: Řekněte mi, jak to udělat, aby si pacient nemyslel, že jsme k němu zavolali kněze, že to s ním už je natolik špatné, rozumíte, na co se ptám?

JÁ: Tohle je blok, který se podle mne táhne s celou službou, ta otázka souvisí třeba i s tím, jak se mluví o posledním pomazání. U nás v církvi ale nemáme nic jako poslední pomazání, ale pomazání nemocného, aby se uzdravil, ne proto, že umírá a je to s ním tak špatné. Doufám, že ten blok se ztratí tím, že ti lidé kaplana uvidí, že nejde jen za nimi, že obchází všechny, že přichází v civilu, že nejde cíleně, ale že jde za všemi. Ti lidé musí mít zkušenost, musí vidět kaplana, jinak se s tím nic neudělá.

Jaké vás napadají překážky působení kaplana v nemocnici?

SESTRA 3: No že třeba bude mít ostych povídat si před ostatními pacienty. Určitě by chtělo mít místnost, kde bude soukromí. Před ostatními to asi nepůjde.

A co si myslíte, že by mohlo naopak vstup kaplana do zdravotnického prostředí ulehčit?

SESTRA 1: Nenásilná informovanost – pokud ti lidi o tom budou vědět, tak o tom budou uvažovat a snáze se to přijme.

SESTRA 3: Když vás ta babička uvidí dvakrát třikrát projít, tak se vás třeba napotřetí zeptá, ztratí ostych, uvidí, že nejdete přímo za ní, že to s ní tedy není tak špatné. Určitě to bude chtít tu pravidelnost, protože jinak se vás budou bát.

SESTRA 5: Možná tímhle ztratí ostych, uvidí, že jste si tamhle pěkně popovídal, pak zas tam.

SESTRA 1: Lidi tady dělají šílený závěry z nonverbální komunikace lékařů, někdo se trochu jinak podívá a oni si z toho už sami stanoví diagnózu. Pak je tu personál, který stále někam utíká, jen pozdraví a už zase běží dál, lidé se bojí zeptat doktora, že na ně nebude mít čas, že bude používat odborné termíny, kterým nebudou rozumět, a už má v duši ještě větší zmatek. A tohle by tou vaší službou mělo mizet, vy budete vědět prognózu u toho člověka, budete mít čas si s ním promluvit, on se vám otevře.

SESTRA 5: Hlavně se u vás počítá s tím, že si s těmi lidmi budete moct popovídat, že máte široký rozhled, takže si s tím pacientem můžete povídat o všem a častěji a můžete mu naslouchat a jste tu v ten čas jen pro něj, kdežto u nás ví, že tam máme dvacet dalších, ale on vás chce sám pro sebe.

Jaké potřeby by tedy měl kaplan naplňovat a proč, jaké z nich nemůže naplnit personál?

SESTRA 1: Ten čas, pořád o tom mluvíme. Na pacientech je vidět, že jakmile se sestřička někde zastaví, tak si chtějí povídat, mně se to stává, oni na to čekají.

SESTRA 2: Jsou to oči, které se na vás upínají a čekají na vás, že s tím člověkem promluvíte. To je to nejhorší, to není neochota zdravotnického personálu, že by si nechtěl popovídat, ty holky ví, že řeknou, jo paní Nováková, za chvíli jsem tady. Jenže pak paní Nováková vidí, že ta sestra drží v jedné ruce mísu, v druhé tablety, v třetí ruce, kterou už nemá, jsou další věci a ta paní se už neotevře, protože to vidí, je to konflikt. Sestra je zničená z toho, že musí udělat tohle, tohle a tohle, ale ví, že paní Nováková je smutná a že

by si s ní měla promluvit. Takže tam je konflikt zájmů a potřeb a to je pro ni šílený. Ta paní Nováková je pak ráda, že sestra přišla, ale už jí to neřekne, protože vidí, že tu sestru zdržuje, a to je ten kolotoč ve zdravotnickém zařízení, tak to zkrátka je. Ne, že by holky s nimi nechtěly mluvit, ale ony to nezvládají.

SESTRA 5: Kolikrát jak rády.

SESTRA 1: Jasný, zahodila bys všechno, chtěla by sis s babičkou povídat, když bude hezky jíst, že se dostane na zahrádku a bude tam okopávat ty své kytičky, ale to se zvládnout nedá.

Jaké jsou podle vás cesty, kterými by bylo možné službu propagovat?

SESTRA 3: Třeba informační nástěnky, při příjmu sestry budou informovat. Vy se s těmi lidmi budete potkávat a pak na tom pokoji si o tom i navzájem řeknou.

3.2.5.2 Shrnutí rozhovoru se sestrami (konkrétní výstupy ze setkání)

Jednotlivé informace, které sestry uvedly, jsem si kvůli přehlednosti rozřadil do následujících skupin:

Praktické dotazy sester

kompetenční

- Je kaplan kontaktní osoba pro další duchovní z jiných církví? Jak kaplan zareaguje na žádost pacienta, který chce mluvit s duchovním své mateřské církve?

praktické/organizační

- Jakou formou se s kaplanem spojit – e-mail/telefon
- Kdy je možno volat? Je možno v akutních případech volat kdykoliv?
- Nepřímé otázky – je kaplan i pro personál a rodinné příslušníky?
- Bude kaplan chodit v bílém plášti?

Úloha kaplana v nemocnici

Sestry vnímají úlohu kaplana „nejen“ jako péči o umírající pacienty, ale o všechny pacienty a personál. Kaplan může pomoci:

- pacientům, kteří jsou bezradní
- personálu, který je unavený z těžké práce – útěcha a rozhovor, odlehčení stresu – kaplan může léčit humorem

- kontaktováním jiných duchovních, které si pacienti v rámci specifické svátosti povolají

Koncept služby – praktické záležitosti

- kaplan se zodpovídá primáři oddělení
- kaplan má přístup na všechny pokoje a oddělení, o návštěvě / délce rozhovoru rozhodují pacienti
- sestry musí znát harmonogram návštěv kaplana
- kaplan při svém příchodu na stanici informuje staniční sestru
- staniční sestry budou vyhodnocovat akutnost návštěvy kaplana „mimo běžnou pochůzku“
- sestry sbírají typy k návštěvě na návštěvní dny, v akutním případě volají ihned
- kaplan by měl být podle sester informován o sociálním prostředí pacienta, o psychickém stavu pacienta, po schválení primáře může nahlédnout i do některých částí dokumentace (je vázán mlčenlivostí)

Vzájemná komunikace a spolupráce v týmu

V provozních záležitostech spojených s kaplanskou službou sestry navrhuji:

- sestry samy budou na provozních setkáních téma spolupráce s kaplanem otevírat, budou se vracet k informativním materiálům
- zvaní kaplana na společné porady se sestrami
- účast kaplana na hlášení s lékaři
- informování kaplana e-mailem

Očekávání sester

- kaplan je stále k dosažení, když je potřeba
- pacient pustí kaplana (ve srovnání s personálem) hlouběji do svého soukromí, jako nezdravotník bude mít kaplan výhodu v komunikaci (vyhne se tzv. syndromu bílého pláště)
- kaplan je vzdělán v tom, jak s pacientem hovořit, jak pacienta otevřít, kaplan má široké spektrum témat
- kaplan bude možná suplovat psychologa, který v nemocnici není
- kaplan vyplní touhu pacientů si popovídat a sdílet své problémy, bez ohledu na to, zda jsou, nebo nejsou věřící

- kaplan utiší zmatek v duši pacienta, který je v nejistotě a ptá se po diagnóze – personál pospíchá, lékař mluví odborně – to často probouzí další nejistotu a znepokojení u pacienta
- pacient ocení a bude vědět, že v nemocnici je kaplan, který tu je jen pro něj, že má čas se setkat

Kdy sestry nabídnou službu

- při příjmu
- na vlastní přání pacienta
- v případě komplikací – náhlé zhoršení zdravotního stavu
- pokud pacient bude psychicky chřadnout

Překážky spolupráce

- pacienti a rodinní příslušníci budou mít ostych kaplana oslovit sami – řešit skrze pravidelné necílené pochůzky
- sestry se bojí nabídnout službu kaplana pacientovi, aby to nepochopil tak, že umírá
- pacienti budou mít ostych povídat si před ostatními pacienty na pokoji – sestry navrhnou zřídit prostor k soukromí

3.2.5.3 *Další postřehy z rozhovoru se sestrami a jejich důsledky pro kaplanskou službu*

Sestry si uvědomují vysoký standard kvality zdravotních služeb nemocnice, chybí ale psychická a duchovní podpora pacientů, kterou může právě kaplan z pohledu sester poskytnout.

Dodržování hierarchického uspořádání platícího v nemocnici

Během zpracování rozhovoru se sestrami jsem si uvědomil, že sestry co do četnosti svých odpovědí vesměs kopírují hierarchické uspořádání nemocnice – nejvíce odpovědi podávala hlavní sestra, potom sestry vrchní, staniční sestry se do probíhající debaty téměř nezapojovaly. Sestry několikrát uvedly, že v závažných otázkách týkajících se ošetrovatelského procesu má konečné slovo vždy primář. Hlavní sestra několikrát uvedla, že by kaplan něco mohl, poté ovšem dodala, že rozhodnout musí pan primář. Během

několika návštěv jsem si uvědomil, že je to právě primář, který úkoluje, debatu začíná i končí, případně vtipně glosuje vyprávění jiných, zatímco ostatní v jeho přítomnosti nikoliv.

Zmíněný prvek hierarchie jsem pochopil jako jeden z užitečných nástrojů, který lze využít při zavedení služby – velmi přehledný zavedený systém předávání informací, se kterým sestry samy aktivně pracovaly, včetně rozdělení zodpovědnosti za jednotlivé úkoly, což usnadňovalo mou orientaci v novém prostředí.

Součástí hierarchie je také význam uniforem, které odlišují personál, respektive z něj na první pohled činí člena týmu, jehož postavení je na základě uniformy snadno dešifrovatelné. Bílý plášť nosí v nemocnici i sociální pracovník – i proto mi byl zřejmě plášť také nabídnut.

Specifické oddělení onkologie

Z dotazů a reakcí sester jsem si uvědomil, že každé oddělení bude mít svá specifika. Nejtěžší otázky, ale zároveň i zádumčivost byly znát ze strany sester onkologie (dokonce i pozicí seděly od kaplana nejdále). Toto rozpoložení, zda a jak pacienti kaplana na oddělení přijmou, jsem si vykládal jako obavu službu pacientům ze strany sester nabídnout a zároveň i jako velkou výzvu a zodpovědnost se na příchod na onkologii dobře připravit.

Priorita návštěv kaplana u pacientů

Potěšil mne také způsob, kterým sestry samy pojmenovaly prioritu návštěv kaplana u pacientů (pracovně jsem si tyto varianty pojmenoval): 1. na vyžádání při nástupu (kontinuální), 2. na osobní přání (případové), 3. sestrou vytipovaní pacienti (rapidní zhoršení zdravotního stavu – akutní), 4. psychické chřadnutí pacienta – aktivizační.

Kaplan a jeho úřad, související kompetence

Všiml jsem si, že sestry mi projevovaly poměrně velký respekt, který rozhodně nepatřil mně jako osobě, ale kněžskému úřadu, který jsem pro ně zosobňoval, bez ohledu na to, zda samy sebe definovaly jako věřící. Jako kněz jsem byl pro ně majitelem jistého specifického vědění ohledně duchovna, které mne v jejich očích opravňovalo lépe než ostatní o duchovních záležitostech rozhodovat – např. sestra, která nedávno vyřešila svépomocí sama případ s paní, jejíž víra byla jehovistická, se k případu najednou vrací a ptá se, zda má příště oslovit předně kaplana, který bude vědět lépe než ona, jak s přáním pacienta naložit. Rozhodnutí sestry předat tuto starost kaplanovi jsem pochopil jako jeden

z charakteristických rysů nemocnice, která je nejen hierarchická, ale také přesně stanoví a rozděluje, kdo je k čemu kompetentní.

Pracovní vytížení jako rys nemocničního prostředí

Sestry několikrát narazily na téma shonu – nejmarkantnější je to na příkladu výkonu vs. osobního vztahu k pacientům. Sestry zmiňují konflikt mezi tím si s pacientem popovídat a plnit povinnosti – sestry by s pacienty rády hovořily, ale z časových důvodů nemohou, zmínka o „očích, které se na vás upínají a čekají na vás, že s tím člověkem promluvíte...“ na mne působila jako silná osobní výčitka, se kterou se sestry musí naučit žít.³⁹

Také jsem si uvědomil, že mimo své obvyklé starosti se sestry budou zpočátku starat v jistém slova smyslu i o mne. To mne přivedlo k tomu, že i má komunikace směrem k sestram by měla co nejmenší měrou sestry zatěžovat, přidělovat jim práci či je uvádět v profesní dilemata, která by mohla plynout z mého neporozumění pravomocem, které mají (např. upřesnit diagnózu, které pacient nerozumí). Ohledně zmatku a nepochopení diagnózy pacientem, které sestry zmiňují, jsem si uvědomil přesah k práci lékařů a nutné zasvěcení do toho, jak nemocnice pracuje se sdělováním diagnózy pacientům, jakou úlohu a pravomoce má zbylý personál. Má komunikace by naopak měla být vřelá, otevřená, osobní a pozitivní (avšak nikoliv užvaněná), neboť sestry budou často hledat pochopení a podporu, včetně sdílení toho, co je na jejich povolání frustruje, byť mi to třeba budou říkat za pochodu cestou na jiné oddělení.

Léčba humorem, kterou sestry zmiňují, „kašpárkovství“ kaplana, by rovněž v některých případech mohlo být prostředkem k překonání napětí, které sestry každodenně prožívají.

³⁹ Petr Häusser ve svém příspěvku *Kolegialita v nemocnici* popisuje, že právě čas vést intenzivní rozhovor s pacientem je tím, co zdravotníci ve srovnání s kaplanem nemají, což může být i důvodem velké závnosti. (HÄÜBER, Peter. Kolegialita v nemocnici. In: *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000, s. 88.)

3.3 Aplikace získaných poznatků v praxi

3.3.1 Před nástupem do nemocnice

3.3.1.1 Zásady, kterými by se měl kaplan řídit při nástupu do nemocnice

Před svou první návštěvou v nemocnici jsem se snažil shrnout důležité poznatky, které jsem díky dotazníkům, konzultacím a interview se sestrami získal. Z rad, které mi udělili kaplani, a z poznatků získaných rozhovorem se sestrami, jsem si vytvořil následující zásady:

- a. Je lépe na řádné administrativní spuštění služby netlačit – nemocnice má své vnitřní procesy, které věci řídí a určují – je lepší tento „pořádek“ neukvapit, dokud zařízení nebude mít vlastní zkušenost.
- b. Při spolupráci s nemocnicí navrhovat kroky, ale zároveň hledat řešení uvnitř stávajícího systému – vždy upřednostňovat již fungující systémová řešení oproti snaze nová řešení vytvářet. Vždy se snažit nejprve stávající model fungování pochopit – bránit se rychlým soudům.
- c. Nabídnout spolupráci, ale do ničeho nenutit, dát čas k tomu, aby konkrétní členové týmu dostali příležitost „sáhnout si“ na práci kaplana a poté se sami pro míru spolupráce rozhodli.
- d. Nikoho zbytečně nezatěžovat – nezahlcovat v e-mailech, cílit podávané informace, se kterými se budu obracet na tým, sdílet jen to nejpodstatnější, co se bude přímo týkat daného zdravotníka.
- e. Zásadní je zpočátku pozitivní zkušenost s poskytovanou službou u sester, ty jsou s pacienty nejvíce ve styku a nejvíce si budou všimnout nastalých změn před a po návštěvě.
- f. Zpočátku je třeba počítat s prvkem cizího anonymního prostředí nemocnice, ve kterém se nebudu příliš orientovat, kde mne nikdo nebude znát a kde je pravděpodobné, že budu zpočátku na personál působit podezřele.
- g. Vstupuji do nového systému, kterému nerozumím a nemám o jeho chodu znalost, navíc je má služba položena na důvěře v přínos služby pro pacienty, kterou musí sestry na základě zkušenosti teprve získat. Je tedy lepší nesnažit se vstoupit ihned na všechna oddělení – základem bude postupné vytváření osobních vazeb, které mi pomohou tuto cizost překonat a svým způsobem mne tak na odděleních „zdomácní“.

- h. Prokázat, že i minimalistický model kaplanské služby má svůj význam a přínos, že má služba není závislá na vlastní kanceláři, na vybavené kapli apod., protože její podstata je u lůžka pacienta, klidně ve stoje, a její největší know-how je právě v pacientech, se kterými budu hovořit.

3.3.1.2 Co by si měl kaplan ujasnit před první návštěvou v nemocnici

Před první návštěvou jsem si chtěl udělat jistou inventuru stavu, ve kterém se nacházím. Cílem bylo pojmenovat a ujasnit si, proč budu jisté věci dělat jistým způsobem, a co touto cestou podtrhuji. Na základě provedených rozhovorů a konzultací jsem přemýšlel o následujících věcech:

1. identifikace kaplana (identifikační karta, oblečení, vzhled)
2. vstup na pokoj, představení – zahájení rozhovoru
3. budování osobních vazeb
4. četnost návštěv, počet oddělení
5. prostory k poskytování služby, vlastní zázemí
6. technické vybavení komunikace s týmem (e-maily, interní systém)
7. zásady zvažování míry komunikace podle vytíženosti
8. typy pacientů / druhy intervencí
9. spolupráce s dalšími duchovními v kapli
10. investice do osobních vztahů s personálem – na kom postaveno
11. začlenění do týmu navenek – posílení pozice kaplana
12. orientace v nemocnici – anonymní prostředí

Identifikace kaplana

Od samého počátku jsem si uvědomoval, že se během prvních návštěv nevyhnu zmatkům ohledně své identifikace. Znaly mne sice vrchní a staniční sestry, ale nikoliv zbylý personál, se kterým jsem se zákonitě musel na pokoji potkat. Identifikační karta, která by věc ošetřila, mi byla přislíbena, ovšem s tím, že to bude chvíli trvat. Nabízela se možnost nošení bílého pláště, díky kterému by bylo zřejmé, že patřím k nemocničnímu týmu, nechtěl jsem ale u pacientů vzbuzovat dojem, že jsem zdravotník či sociální pracovník, kteří bílý plášť v nemocnici nosí, navíc mi stále vyvstávala zmínka o „syndromu bílého pláště“, která zazněla v rozhovoru se sestrami. Nakonec jsem sám sebe utvrdil v tom, že chci představovat a vnášet do nemocnice svět, který vystupuje z onoho „nenormálního

prostředí“ zaměřeného primárně jen na léčbu těla, o kterém hovoří kaplan Pavel, že mé civilní oblečení tento stereotyp bude narušovat.

Kaplan by zároveň podle mne měl stále myslet na to, že pacient je často z praktických důvodů oblečen v tzv. „andělíčku“ a dokonalý vzhled kaplana by pak mohl vytvářet bariéry ze strany pacienta typu „já unavený, neučesaný a v andělíčku na posteli a on (kaplan) vyvoněný a oblečený jak z magazínu“. Ideální kombinací pracovního kaplanského oblečení se tak pro mne stala košile s krátkým rukávem a manšestrové kalhoty.

Druhy intervencí

Ohledně mého poslání u pacientů, tak jak ho více méně pojmenovaly samy sestry ve společném rozhovoru, jsem si rozdělil pět základních druhů intervence:

- a) Pacient si žádá návštěvu duchovního již při svém nástupu, bez toho, že by návštěva přímo souvisela s jeho zdravotním stavem – tento typ kaplanovy intervence jsem si pojmenoval jako „**kontinuální**“ – kaplan v tomto modelu supluje primárně duchovní péči, které se pacientovi dostávalo mimo nemocniční prostředí a o kterou je teď do jisté míry ochuzen.
- b) Pacient je v průběhu své hospitalizace v nemocnici konfrontován s nějakým závažným problémem často v souvislosti s léčbou nebo jeho pobytem v nemocnici, případně jeho sociálním zázemím (vytipují sestry / pacient si sám řekne). Tento typ intervence jsem si pojmenoval jako „**případový**“. Zde se dalo počítat s tím, že pacient si bude chtít popovídat o konkrétní záležitosti, která ho znepokojuje, narušuje jeho integritu.
- c) „**Akutní**“ typ intervence: pacient je ve vážném zdravotním stavu, kaplana informují sestry. Zde je smyslem primárně pacienta a zdravotníky a rodinné příslušníky podpořit svou blízkostí a přítomností.
- d) „**Aktivizační**“ typ intervence, kdy pacient je v útlumu a je potřeba aktivizovat jeho duševní a duchovní síly (vytipují sestry).
- e) „**Zprostředkující**“ typ intervence – kaplan během necíleného setkání (např. jde za jiným pacientem na pokoj) podává nebo zprostředkovává pacientovi jako člen týmu druh informací, které pacient postrádá.

Díky tomu, že jsem si rozdělil tyto typy intervencí, jsem později mohl lépe pracovat s očekáváním, které se na mne v souvislosti s rozhovorem klade, včetně možnosti ve výše uvedených tématech prohlubovat své dovednosti, znalosti a schopnost empatie.

Budování osobních vazeb

Uvědomil jsem si, nakolik je má služba závislá na spolupráci se zdravotnickým personálem, který mi musí důvěřovat, aby vůbec mohl mou službu vhodně nabídnout. Zpočátku tedy bude nutné se zaměřit nejprve na vrchní sestry, poté na sestry staniční a každé z nich nabídnout individuální model spolupráce, který bude jejímu oddělení a stanici vyhovovat.

Četnost návštěv

Ohledně četnosti návštěv v nemocnici jsem se rozhodl už na samém počátku pro dvě návštěvy týdně po dvou hodinách. Tento model jsem považoval ve srovnání např. s jednou 4hodinovou návštěvou týdně za lepší v tom, že mne nemocnice bude mít k dispozici častěji „po menších dávkách“, což bude daleko více odpovídat potřebám postupně budované důvěry a také počáteční odvahy mne na své oddělení pustit.

Prostory k poskytování služby, vlastní zázemí

Prostory kaple zatím nejsou k dispozici. Od hlavní sestry jsem dostal kontakt na vrchní sestru interny, se kterou mám ohledně kaple dále jednat (prostory, které nyní připadaly ke zřízení kaple v úvahu, respektive neměly žádné využití, se nacházely právě na oddělení interny, kterou sestra spravuje).⁴⁰

Zřízení kaple vítám především proto, že bude možné nezávisle na zdravotním personálu mít k dispozici „svůj prostor ticha“, kde bude možné vést intimní rozhovor s pacienty, rodinnými příslušníky a personálem. Prostory kaple zároveň na základě zkušeností rozhovoru s knězem Petrem považuji za velmi potřebné i pro zbylé duchovní, kteří přicházejí do nemocnice pastorovat své věřící a hledají tiché místo. Pro mé osobní potřeby bude důležité mít v mezičase návštěv krátký čas na spočinutí a modlitbu, místo, kde budu mít své osobní věci a zároveň podmínky k tomu, abych vedl pro své potřeby poznámky o službě.

Nechci ze začátku rozhodně vázat spuštění služby na prostory kaple, kde se tak jako tak nebude odehrávat většina návštěv. Jsem smířen s tím, že věci si pro začátek budu

⁴⁰ Nemocnice měla před rekonstrukcí tzv. pietní místnost v přízemí, která sloužila pozůstalým k rozloučení se zesnulým. V průběhu posledních dvou let však došlo k opadnutí zájmu o tuto službu – sestry se domnívají, že to bylo kvůli tomu, že nemocnice začala nabízet novou službu, díky které byl umírající pacient na přání rodiny umístěn na jednolůžkový pokoj, tak aby se u lůžka mohla v důstojných podmínkách rozloučit celá rodina.

nechávat v autě, mám připravený zápisník, který se vejde do kapsy u kalhot, zápisy o návštěvách si budu dělat na lavicích na chodbách.

Do budoucna bych byl rád, aby kaple sloužila i při pořádání ekumenických bohoslužeb a v časech mé nepřítomnosti jako prostor ticha, kde bude možno posedět a zapůjčit si nějakou povzbuzující (duchovní) četbu.

Zpětná vazba týmu, vlastní práce s informacemi o návštěvách

Ohledně podávání zpětné vazby nepřišla nemocnice s žádným požadavkem, čemuž vzhledem k novosti služby a současným prioritám rozumím. Sám jsem se rozhodl vést pro své osobní potřeby záznamy, kde chci uvádět jméno pacienta, čas návštěvy, číslo pokoje, včetně několika poznámek k samotnému rozhovoru. Pozorněji chci sledovat místa, která mi v rozhoru přijdou obtížná (nejde primárně o obsah, ale o techniku vedení rozhovoru), abych se k nim mohl vracet a učit se z nich. Poznámky jsou určeny pouze pro mou potřebu rozvoje.

Na doporučení kaplana Pavla budu sdělovat sestře, která mne za pacientem poslala, výsledek intervence (např. „pacient otevřel téma strachu z operace, je možné, aby si s ním ještě lékař sedl a postup mu vysvětlil?“). Vzhledem k malé velikosti nemocnice je mi jasné, že výsledek intervence ve smyslu zklidnění/otevření se pacienta nebo naopak jeho stažení se sestry poznají krátce po mé návštěvě z reakcí pacienta samy.

Chci se řídit doporučením Pavla, podle kterého bych měl zpětnou vazbu o své intervenci raději začít sestřím udílet sám a vhodným způsobem dříve, než mne někdo požádá o způsob nevhodný (např. obsah rozhovoru).

S každou vrchní i staniční sestrou si chci postupně promluvit o možnostech spolupráce, tak aby služba byla co nejvíce individualizovaná. Onou hlavní „kontaktní osobou“ je pro mne aktuálně hlavní sestra (primář svou úlohu zprostředkováním kontaktu s nemocnicí a zaštitěním služby již splnil). Spuštění služby teď pojede na rovině rozvoje individuální spolupráce s vrchními a staničními sestrami. (Od hlavní sestry jsem dostal e-mailové adresy vrchních sester, vzájemná komunikace se tedy zpočátku bude odehrávat prostřednictvím e-mailových zpráv.) Souhlasím s tím, že ono poznávání se navzájem je proces vzájemného učení se respektování kompetencí druhých a doplňování se v nich, takže je potřeba celému procesu dát čas.

Orientace v nemocnici

Z důvodů lepší orientace v nemocnici jsem si sestavil orientační plán podle jednotlivých oddělení, podle jmen vrchních a staničních sester a sester, které zastupují staniční sestry. Ze svých zkušeností s kaplanskou službou v Praze jsem tušil, že s lékaři se u lůžek pacientů setkám jen velmi zřídka, obecně by se dalo říci, že mise lékařů probíhá ve zcela jiné dimenzi než v té, ve které se pohybuje ošetřující personál.

3.3.2 Testovací období – první čtyři návštěvy kaplana v nemocnici

S výkonným ředitelem chebské nemocnice bylo domluveno tzv. testovací období, které bude zahrnovat první čtyři návštěvy v nemocnici. Po skončení tohoto testovacího období bude upřesněna smlouva s kaplanem na základě praktických zkušeností získaných během těchto čtyř návštěv a zároveň proběhne pracovní setkání sester s kaplanem.

3.3.2.1 Průběh první návštěvy

V pátek 17. 5. 2013 jsem poprvé přišel jako kaplan do nemocnice na plánovanou návštěvu pacientů. Hlavní sestra mne uvedla na oddělení interny, tam mne předala vrchní sestře, vrchní sestra mne uvedla na 1. stanici, kde mne krátce představila na sesterně a předala mne staniční sestře. Staniční sestra mi oznámila, že pro mne mají 6 tipů na návštěvu. Zapsal jsem si čísla pokojů a jména osob, které mám navštívit, poté mne staniční sestra uvedla na první pokoj.

Během pátku jsem navštívil celkem 8 pacientů, 6 bylo vytipovaných od sester, dva pacienty jsem oslovil sám na pokojích pacientů, za kterými mne primárně poslaly sestry. Má první návštěva v nemocnici trvala celkem 3 hodiny. Navštívil jsem:

- a) muž, 80 let, po operaci – společenský rozměr (pán si chce povídat, chybí společenský kontakt, vytipovaný pacient)
- b) muž, 60 let, po amputaci nohy – případová intervence / naslouchání (sám si klade otázky, pojmenovává, nakolik se život po operaci změnil, a přemítá o tom, jak se nyní jeho život změní, oslovený pacient)
- c) muž 40 let, věřící, hospitalizace – případová intervence / naslouchání (sám otevírá duchovní témata, vrací se k okamžiku, kdy se změnil jeho život po havárii, která ho upoutala na vozík, vytipovaný pacient)
- d) muž 60 let, před operací – validační (vypráví o svém životě, přemýšlí o plánovaném vyšetření, vytipovaný pacient)

- e) žena 70 let, po operaci, věřící – kontinuální rozměr intervence (sama otevírá duchovní témata týkající se víry, v nemocnici jí chybí její společenství, které doma zažívá, předčítá úryvky oblíbených biblických pasáží, vytipovaný pacient)
- f) žena, 80 let, s demencí na ošetřovatelském lůžku – aktivizační charakter (oslovený pacient)
- g) žena, 85 let – validační (přemýšlí o zákroku, který ji čeká)

3.3.2.2 *Shrnutí zkušeností z první návštěvy*

Při mém vstupu na pokoj bylo znát, že se pacient v první fázi ptá, kdo asi jsem a kam si mne má zařadit – chyběl jasný identifikační prvek, který by mne ztotožňoval s týmem nemocnice. Podobně u ošetřovatelského personálu bylo znát, že nevědí, kdo jsem. Jeden ošetřovatel a sestra se mne také ptali, kdo jsem, představil jsem se jim jako nemocniční kaplan, na což oba přikývli se slovy: „Aha, tak to jste vy,“ a pokračovali v práci. Hned po první návštěvě mi tedy bylo jasné, že kaplan musí být snadno identifikovatelný pomocí identifikační karty („visačky“), aby bylo jasné, kdo jsem a „co tam pohledávám“.

Po odchodu z pokoje pacienta jsem si vždy sedl na lavici na chodbě a dělal jsem si k rozhovoru pár poznámek, pak jsem se v tichosti pomodlil a šel dál. Přemýšlel jsem nad tím, zda mé zápisy na chodbě před pokojem pacientů, které jsem právě navštívil, nebudí ze strany personálu zbytečnou zvědavost ohledně toho, co si zapisuji. Zápisy jsem proto nakonec raději začal dělat mimo stanici na odpočívadlech na chodbách.

Smluvený čas páteční návštěvy 13:00–15:00 bych rád přesunul na 12:30–14:30. Okolo 15:00 chodí nejvíce návštěv, rozhovor na pokoji, kde je právě na návštěvě u některého z pacientů rodinný příslušník, není ideální. Všiml jsem si, že pacienti navzájem poměrně otevřeně sdílejí své problémy, nemají před sebou ani před zdravotnickým personálem takový ostych, příchod příbuzného ale představuje prolomení onoho nukleárního světa, který nemocniční prostředí představuje.

Při přemítání nad jednotlivými druhy intervence jsem si všiml, že ze zmíněných intervencí, které jsem si zpočátku pracovně pojmenoval jako „kontinuální“, „případovou“, „akutní“, „aktivizační“ a „zprostředkující“, se poměrně jasně u dvou pacientů vyprofilovala také intervence, kterou jsem si nazval jako „**validační**“ – v obou případech pacienta čekala operace a bylo znát, že má potřebu vyslovit a sdílet svou nejistotu, která je se zákrokem spojená. Vedle „aktivizační“ intervence, kterou jsem později začal chápat především ve smyslu práce s pacienty, u kterých se větší či menší měrou projevovala nejruznější kognitivní onemocnění (pacienti byli vždy vytipovaní personálem, jednalo se

většinou o ženy, někdy jsem si všiml křížku na krku, někdy jsem se dozvěděl, že pacient před svou nemocí pravidelně chodil do kostela), jsem si vymezil také „společenský rozměr intervence“ – pacient postrádá především společenský kontakt, o který byl svým příchodem do nemocnice ochuzen.

3.3.2.3 Pracovní setkání vrchních sester a kaplana – zhodnocení prvních testovacích návštěv

S hlavní sestrou jsme se domluvili na společném setkání vrchních sester, které by shrnulo první praktické zkušenosti sester se službou kaplana na interně, chirurgii a onkologii, které byly stanoveny jako strategická oddělení. Hlavní sestra svolala poradu na úterý 28. 5. 2013, porady se zúčastnila i sociální pracovnice.

Na společném setkání se otevřela následující témata:

- Jakým způsobem předávat informace mezi kaplanem a sestrami co nejúčinněji?
- zkušenost sester z onkologie – předsudky spojené s kaplanskou službou
- praktické návrhy řešení zavedení kaplanské služby
- způsob oslovování pacientů na konkrétních odděleních
- časová dotace služby
- organizační dotazy kaplana

Předávání informací

Sestry chtějí dostávat informace co nejvíce adresně. Zajímá je, zda jsem navštívil pacienta, o jehož návštěvu mne požádaly. Chtějí být informovány, pokud bych se domníval, že s pacientem není něco úplně v pořádku (např. trvající bolesti, nerozumí něčemu ohledně léčby a trápí se tím, je doma nezajištěn), aby bylo možné s problematikou pracovat.

Sestry budou posílat své tipy na návštěvy e-mailem, kaplan se vždy po svém příchodu na stanici ohlásí na sesterně, staniční mu podá konkrétnější informace.

Způsob oslovování pacientů na konkrétních odděleních

Téma načasování a oslovení pacienta je zcela klíčová otázka, sestry vidí řešení v pravidelnosti, která dokáže postupně předsudky odbourat. Lze využít ranních vizit, kdy sestry ohlásí, že přijde kaplan, pokud by si s ním někdo chtěl promluvit. Problém tohoto řešení je pak ovšem zase v tom, že pak se tam kaplan musí skutečně ukázat, což se nedá

z časových důvodů slíbit (kaplan u pacienta nikdy neví, jestli odejde během 5 minut, nebo až po hodině).

Sestry se nakonec shodly, že nejrozumnějším řešením se zdá být tipování pacientů ze strany sester, kaplan sám dotyčné osloví, pacient buď rozhovor přijme, nebo odmítne, specifický způsob kaplanova působení na oddělení je vždy na dohodě s vrchní sestrou.

Časová dotace návštěv

Testovací návštěvy ukázaly, že model dvouhodinového působení kaplana 2x týdně je aktuálně nedostatečný. Hodně času je věnováno přípravám a drobným organizačním záležitostem, kaplan z těchto dvou hodin řeší cca 40 minut organizační otázky (přípravy prostoru kaple, seznamování se s personálem a jednotlivými odděleními, drobné zápisy), hodně času zabírají také přechody na jednotlivá oddělení – cca 20 minut (mnohdy není možné na pokoj ihned vstoupit, protože probíhá podávání léků, hygiena, návštěva). Aktuální časová dotace návštěvy kaplana se rovná 4,5–5 hodin 2 x týdně. Pro stávající stav služby bude zřejmě po nějakou dobu tato zvýšená časová dotace nutná.

3.3.3 Témata k setkání na provozní schůzi se zaměstnanci nemocnice

Projevil jsem zájem o uspořádání společného setkání, kde by bylo možné se představit všem zaměstnancům. Sestry řekly, že mě přizvou na tzv. provozní schůzi na jednotlivých stanicích, které se účastní všichni zaměstnanci. Tyto schůze se konají cca jednou za dva měsíce, během mého dosavadního působení v chebské nemocnici však žádná provozní schůze zatím neproběhla.

Na provozní schůzi budu hovořit hlavně o základních informacích týkajících se služby nemocničního kaplana, zmíním i své zkušenosti z praxe.

3.3.3.1 Základní informace o službě kaplana

Multidisciplinární tým nemocnice by měl mít alespoň rámcové informace o kaplanské službě, které budou stále opakovány. Následující informace o službě kaplana jsem sestavil na základě informací získaných z rozhovorů s kaplany, z internetových stránek www.nemocnikaplan.cz, z Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ERC a ČBK z roku 2006 a z vlastních zkušeností.

Kaplan je specifická role, kterou duchovní konkrétní církve zastává v nemocnici, úkolem kaplana je poskytovat duchovní služby pacientům, jejich rodinným příslušníkům i personálu ve specifických podmínkách zdravotnického zařízení.

Kaplan:

- a. nabízí rozhovor a přítomnost, naslouchá
- b. je nemisijní
- c. je nadkonfesní
- d. je primárně nesvátočný (neudílí specifické svátosti)
- e. je kontaktní osobou pro další duchovní
- f. je vázán mlčenlivostí ze strany nemocnice – smlouva o spolupráci s nemocnicí, dále kodexem nemocničních kaplanů a dále svou vlastní církví, která se za něj do jisté míry zaručuje (garantem jeho kompetencí)
- g. důvěrný charakter rozhovoru kaplana vychází z pojetí jeho duchovní role, kterou jako kaplan zastává, nikoliv ze specifického svátostného pojetí jeho mateřské církve (kodifikovaného např. kanonickým právem)

Kaplan je primárně nemisijní – cílem není kohokoliv obracet na víru, případně někomu vyvracet jeho životní názory, postoje a zkušenosti – kaplan je pouze účastným pozorovatelem a posluchačem pacientova přemítání a hledání integrity a reflexe smyslu života, tak jak ho vidí pacient svými očima. Kaplan má čas pacientovi naslouchat, v rozhovoru sleduje, jak se pacient ve vzpomínkách vrací do minulosti, jak pacient reflektuje svou přítomnost, jak se vztahuje ke své budoucnosti. Kaplan nabízí oporu při reflexi pacientových problémů a pomáhá svou přítomností dovyslovit nebo otevřít téma, které pacienta tíží (např. problematický vztah k dětem, život s omezením po zákroku apod.), případně pacienta povzbuzuje tím, že poukazuje na drobnosti, které pacient opomíjí (vděk za péči přátel a rodiny, připomenutí toho, čím se člověk snažil být, jaká rozhodnutí přijal s újmou, ale zároveň se zodpovědností).

Kaplan je nadkonfesní, je tím, kdo naslouchá, bez ohledu na tradici, ze které člověk vychází.

Kaplan nepřichází do nemocnice udílet svátosti, byť by byl sám knězem. V případě, že pacient projeví o udělení nějaké svátosti zájem, pak kaplan kontaktuje konkrétního duchovního domovské církve pacienta.

Kaplan se v nemocničním prostředí se pohybuje v civilu, nikoliv v kněžském oblečení, ale ani ve zdravotnickém oblečení, tj. bez bílého pláště, má pouze identifikační kartu na krku.

Kaplan se postupně blíže seznamuje s každou stanicí a službu na každé stanici na základě získaných informací upravuje, podle potřeb sestavuje nové informační materiály o službě v nemocnici pro webové stránky, nejrůznější knihy pro pacienty a nástěnky na odděleních.

3.3.3.2 *Koho může kaplan navštívit*

Je logické, že kaplan by měl primárně navštívit pacienty, kteří při příjmu o službu projeví zájem.

Dále by měl kaplan navštěvovat pacienty, kteří při rozhovoru se sestrami během svého pobytu o setkání projeví zájem.

Za třetí bude kaplan navštěvovat sestrami vytipované pacienty, kteří budou osamoceni, případně budou vykazovat známky ztráty motivace, smutku, napětí a úzkosti. Zde se také nachází největší těžiště skutečné týmové práce kaplana a multidisciplinárního týmu. Právě zde leží ono ohnisko rozvoje týmové spolupráce – „...učení se respektovat kompetence druhých a doplňování se v nich a zároveň učení se být mírně rozkročení nad těmito často ne příliš jasnými hranicemi svých kompetencí,“ jak to popisoval ve svém rozhovoru kněz Petr.

Za čtvrté je to pastorační práce kaplana s pacienty, kteří se budou účastnit jednotlivých obřadů a bohoslužeb, které kaplan bude sloužit v kapli a v dalších prostorách nemocnice. Zde ovšem musí být zřejmé, že se hovoří o „pastorační práci“, nikoliv o pořádání a sloužení bohoslužeb v nemocnici. Bohoslužba je v kaplanské práci především prostředkem společného setkání kaplana a pacientů, nikoliv náhradou specifických svátostí nebo suplováním specifických církevních bohoslužeb.

Až na posledním místě by mělo být ono „kontaktní“ obcházení pacientů na odděleních. V tomto případě se počítá s tím, že kaplan bude službou nepřímo konfrontovat i ty, kteří o ni nemají zájem, a sám bude konfrontován.

Kaplan je samozřejmě na požádání k dispozici zdravotnímu personálu, sestřám i ošetřovatelům a rodinným příslušníkům pacientů.

Při tzv. „kontaktním“ obcházení pacientů by měl kaplan pozorně zohledňovat, koho jde navštívit a proč. Prioritou by pak měli mít pacienti na ošetřovatelských lůžkách, pacienti na chirurgii po amputacích a pacienti opakovaně hospitalizovaní a po závažných úrazech, kde změna zdravotního stavu představuje obrovský zásah do života pacienta.

Kaplan službu nabízí, nevnučuje ji, pracuje kontinuálně s přijetím i odmítnutím ze strany pacienta.

Kaplan musí pravidelně reflektovat výstupy své práce a učit se z nich. Proto si pro své potřeby rozebírám těžší momenty rozhovoru s některými pacienty. Oba konzultující kaplani potrhují, že kaplan musí v rozhovorech růst a neustále pracovat se svými zkušenostmi.

Podstatnou složkou práce kaplana je také zázemí nebo tým, ve kterém bude reflektovat, ale zároveň bude i jinými reflektován, to samé platí i o podpoře, kterou kaplan musí umět nabídnout, ale zároveň i přijmout.

3.3.3.3 *Vztah důvěry sester a kaplana jako předpoklad spolupráce*

Kaplanství je v nemocnici nová služba, která spočívá na vzájemné důvěře, jako každá dobrá služba musí být individualizována a integrována, protože každé oddělení má specifické podmínky.

Nesmírně důležitá je spolupráce mezi kaplanem a staničními sestrami, vrchními sestrami a hlavní sestrou. Sestry a ošetrovatelský personál jsou zcela klíčové pro poskytování služby, mají největší přehled o tom, jaká jsou specifika oddělení, kdy je vhodné pacienta navštívit, jak si předávat informace, jak správně oslovit pacienty na stanici, jak rozvíjet spolupráci s dalšími zaměstnanci podle povahy oddělení a který pacient je k návštěvě kaplana vhodný.

Sestry zároveň pracují s informacemi, které kaplan získá, když narazí v rozhovoru s pacientem na téma, které se týká jiných členů týmu (např. lékařů – nepochopení diagnózy a výsledků zákroku, sociálního pracovníka – nutnost vyjednání návaznosti dalších sociálně-zdravotních služeb po propuštění z nemocnice apod.).

3.3.4 Služba kaplana po měsíci docházení do nemocnice

3.3.4.1 *Stav po měsíci docházení*

V současné chvíli v nemocnici probíhají pravidelné úterní a páteční návštěvy kaplana na odděleních interny a chirurgie. Kaplanovi byla vydána identifikační karta, se kterou se kaplan v nemocnici pohybuje. Kaplan má k dispozici prostory kaple, ta však zatím neprošla plánovanými úpravami (montáže konzolí a závěsů, dodání dřevěné police na knihy, oprava zámků u pracovního stolku kaplana, květinová výzdoba, drobné malířské práce), které by umožnily pořádání modlitebních setkání, včetně otevření přístupu kaple pro pacienty jako prostoru ticha, kde si mohou pacienti a personál v klidu odpočinout nebo se zde pomodlit.

Stále nebyla podepsána smlouva s nemocnicí. Dne 16. 5. 2013 jsem výkonnému řediteli chebské nemocnice předal návrh smlouvy kaplana s nemocnicí. Výkonný ředitel mne informoval, že krátce před mým příchodem, dne 2. 5. 2013, došlo ke změně generálního ředitele Karlovarské nemocnice, kde se nachází ředitelství a pod kterou nemocnice v Chebu spadá, s tím, že se dá předpokládat, že se za současného stavu podpis smlouvy protáhne. Domluvili jsme se na čtyřech testovacích návštěvách, které rámcově upřesní praktické náležitosti smlouvy, a ředitel tuto smlouvu poté vloží do interního systému k posouzení na ředitelství do Karlových Varů, s tím, že musím počítat, že celý proces bude nějakou dobu trvat. Po čtyřech návštěvách byla smlouva ze strany kaplana mírně upravena (poposunuly se časy návštěv) a ředitel ji vložil do systému.

Dne 18. 6. 2013 jsem se dozvěděl, že v chebské nemocnici došlo k odvolání výkonného ředitele a dochází zároveň k několika dalším personálním, ale i organizačním změnám uvnitř fungování nemocnice a jejího vztahu k ředitelství v Karlových Varech. Na podaný návrh smlouvy zatím nepřišla žádná reakce. Personální změny bohužel také zastavily další drobné úpravy kaple, neboť byl odvolán stávající vedoucí provozního oddělení, další práce na kapli se tak spustí zřejmě až v září.

Ze strany chebské ekumeny i vedení mé církve jsou přichystány vysílací listy, které mají být přiloženy k podepsané smlouvě, na jejíž oprávnění se čeká. Podaný návrh smlouvy, vysílací list místní ekumeny duchovních Chebska a vysílací list pravoslavné církve přikládám do přílohy práce.

3.3.4.2 *Reflexe zkušeností kaplana po měsíci docházení*

Smysl své mise jsem spatřoval a priori v tom, doprovázet pacienty svou přítomností u lůžek pacientů, předpokladem k tomu pak bylo akceptování nabídky duchovních služeb kaplana jako plnohodnotné součásti ošetrovatelské péče o pacienta ze strany sester.

Můj motiv spuštění služby byl náboženský, totožný s motivem kaplana Pavla i kněze Petra – povolání navštívit nemocné a sdílet se s nimi. Rozhodně se potvrdila teze o neukotvenosti kaplanské služby, jak o ní hovořil kaplan Pavel v provedeném rozhovoru.

Mou prioritou bylo po administrativní stránce zařízení příliš nezatěžovat, ale spíše se zaměřit na osobní vazby při spolupráci s personálem nemocnice – především se sestrami, o kterých jsem věděl, že budou nosnou páteří služby. Ono administrativně technické zázemí služby jsem měl za podstatné, ale ne primární v okamžiku, kdy je potřeba, aby zařízení službu zažilo a mělo s ní základní dobrou zkušenost.

Primář Vohralík původně navrhoval se spuštěním služby ještě vyčkat, dokud nebude zřízena kaple. Fakt, že jsem se rozhodl službu spustit i bez kaple, bez identifikační karty a bez podepsané smlouvy s nemocnicí nyní vidím jako cestu, která z mé strany vyžadovala velkou míru improvizace, ale za to vedla k výsledkům: místnost kaple byla alespoň z části zprovozněna pro potřeby kaplana, po několika návštěvách jsem obdržel identifikační kartu, smlouva je vložena do interního systému, jsou připraveny vysílací listy od místní ekumeny i mé církve, v nemocnici jsou rozmístěny informační materiály o kaplanské službě na sesternách, ale i v rámci tzv. „knih pacienta“, které informují o zdravotnickém zařízení na konkrétním oddělení.

Vnímání ze strany zdravotnického personálu

Na základě rozhovorů se zkušeným kaplanem jsem věděl, že kaplanská služba musí být postavena na podpoře primáře a sester, jejichž dobrá zkušenost je vlastně jedinou možnou garancí toho, že pokračování služby bude zajištěno i v případě změn organizačních i personálních změn v managementu vedení nemocnice. (K čemuž v průběhu mé služby v chebské nemocnici skutečně došlo – smlouvu sice podepisuje vrcholné vedení, to ale nemá příliš ponětí o tom, co služba kaplana obnáší.)

Velmi povzbudivé pro mne je, že zdravotníci, ale i nezdravotní personál ví o mé přítomnosti a v rámci interního systému sdílení informací mne může kontaktovat, případně se informovat o povaze mé služby – několikrát jsem volal i na nezdravotní úseky nemocnice, pokaždé se ukázalo, že daná sekretářka nebo výpočetní technik o mně ví, a tak není nutné mimo „kaplan“ už další informace uvádět, což potvrdilo mou tezi, že hierarchický prvek a práce s informacemi bude jednou z výhod nemocničního prostředí, kterou lze využít.

Příjemně mne překvapil rozhovor, o který mne požádala jedna z ošetřovatelek nemocnice už po mé čtvrté návštěvě nemocnice. Očekával jsem, že první podpůrný rozhovor s některým členem personálu proběhne nejdříve až tak za půl roku a bude postaven na osobní znalosti a důvěře. Ukázalo se ale, že pracovník vnímal roli kaplana jako dostatečně přínosnou na to, aby se bez předchozí osobní zkušenosti s kaplanem sdílel, za druhé se potvrdilo, že ono hledání příhodných momentů, kdy má být služba nabídnuta, je základem kaplanské práce. O tomto rozhovoru věděla i vrchní sestra – pracovník totiž s dotazem, zda je možno si promluvit s kaplanem, přišel právě za ní.

Důležité pro posílení mé pozice kaplana byl také fakt, že o mně věděli lékaři, kteří se mnou tu a tam na oddělení promluvili. Rozhovory se primárně netýkaly kaplanské

služby, bylo ovšem znát, že v očích sester a sanitářů hraje toto mé setkávání a svým způsobem i přijetí ze strany lékařů velkou roli. – Tento prvek opět potvrzoval hierarchické uspořádání, jakýsi řád uvnitř komunikace v nemocnici, ve kterém je přesně dané, kdo komu předává informace, zatímco kaplan vesměs v případě potřeby mohl komunikovat ve svých záležitostech napříč všemi těmito hierarchickými rovinami. Mému přijetí ze strany sester a ošetrovatelského personálu, včetně povšimnutí lékařů, napomohlo také setkání s jedním z bývalých primářů nemocnice, který v nemocnici dlel jako pacient a k návštěvě si mne opakovaně pozval.⁴¹

Spolupráce se sestrami

Ohledně spolupráce se sestrami na interním oddělení a chirurgii funguje systém tzv. tipování pacientů (sestry doporučí na základě svého úsudku pacienta, kterému by návštěva z jejich pohledu mohla prospět) a dále nabídky návštěvy kaplana při vizitách ve dnech, kdy kaplan do nemocnice přichází. Potvrdila se teze, že sestry automaticky přizvou kaplana k pacientům, kteří postrádají společenský kontakt – polovina všech návštěv kaplana. Sestry jsou ale zároveň schopny přizvat kaplana v akutních případech, kdy se už uplatňuje rozměr týmového zapojení duchovních služeb mezi služby nemocnice. Sestry automaticky zvou k umírajícím pacientům, kde je z jejich pohledu kaplanovo nezastupitelné místo, ale zároveň i k pacientům, kteří prodělali lékařský zákrok, který ovlivní zbytek jejich života (např. amputace), stejně tak jako k pacientům, kteří přestali komunikovat a je potřeba s nimi navázat spolupráci. Zde vidím rozměr oné úlohy „psychologa“, kterou kaplanovi sestry při společném interview přiřadily.

Z četnosti a druhu intervencí, které kaplan u lůžek vytipovaných pacientů vykonal, zároveň vyplývá, jakou roli je v očích sester kaplan schopen naplnit a zároveň i k jakým pacientům sestry primárně kaplana zvou. Na základě četnosti vytipovaných pacientů a provedených rozhovorů vyplývá, že sestry primárně zvou kaplana k seniorům. Sestry předpokládají, že právě ona křehkost je činí více způsobilými a vhodnými k návštěvě kaplana než mladé lidi s podobnou diagnózou. Mladí lidé podle nich mají více možností společenské podpory od svých přátel a rodiny, svou roli také hraje ostych sester mladé

⁴¹ Zajímavé bylo pak pozorovat, že zatím co já jsem byl ten, koho si pan primář pozval na návštěvu, tak v případě lékařů byli oni těmi, kteří přicházeli v pracovní záležitosti a byli svým způsobem stále těmi, nad kterými pan primář dohlížel a kontroloval jejich léčebný postup. Uvědomil jsem si, že ona hierarchie se svým způsobem podobá hodnostem v armádě, kde zásluhy trvají i poté, co člověk vystoupí z aktivní služby ve formě jakési emeritní hodnosti.

pacienty s nabídkou kaplanovy služby oslovovat. Pacienty „vhodné“ k návštěvě pak vybírají spíše podle kritéria věku a křehkosti než podle zdravotního stavu. Ohledně povahy intervence se pak dá usuzovat, že sestry skutečně pojmají kaplana jako toho, kdo je společenský, schopen empatie, schopen komunikovat s lidmi (i s demencí) a kdo je v akutních případech k pacientovi přizván k užší spolupráci s týmem (viz přizvání kaplana na sesternu, kde zároveň probíhá ošetřování pacienta).

Jiní duchovní v nemocnici

Vcelku mne překvapilo, že pacienti, kteří během návštěvy zmínili, že jsou příslušníky některé z jiných církví, nezareagovali na mou nabídku povolání duchovního jejich mateřské církve, a to ani tehdy, když jsem v jejich vyprávění nacházel prvek nostalgie po tomto obcenství, které pro ně církev v některé fázi jejich života představovala.⁴² Tím se mi trošku upravila představa o tom, že jednou z mých rolí v nemocnici bude ve velké míře také kontaktování mých kolegů, pro které budu určitým průvodcem v nemocnici. Později jsem se přesvědčil, že tzv. praktikující věřící jsou ve stálém spojení se svými duchovními a že návštěvy duchovních probíhají zcela v režii rodin, nezávisle na kaplanovi a nemocnici, tak jak o tom v rozhovoru hovořil kněz Petr – rodinný příslušník v těchto případech jen zahlásil na sesterně, že spolu s nimi přišel i pan farář.

Předsudky a pozitivní očekávání

V kaplanské službě jsem se setkal s předsudky (strach, odmítnutí, naštvání), ale zároveň i s pozitivním očekáváním – s obojím je nutno počítat. Můj osobní odhad je, že každá 8. návštěva naráží na předsudky ze strany pacienta nebo jeho rodiny, negativní reakce se dostaví ihned, jak pacient uslyší slovo *kaplan*.

Opačnou stranou mince jsou pak praktikující křesťané, kteří uvádějí, že si s kaplanem chtějí promluvit, už při svém nástupu do nemocnice. Často vítají kaplana s otevřenou náručí jako svého duchovního bez jakéhokoliv kaplanova vkladu.

⁴² Při bližším rozhovoru vyšlo najevo, že tito lidé sice byli v některé fázi svého života praktikující, ale v určitý moment se církvi vzdálili a má nabídka pro ně byla vlastně jistým nechtěným konfrontujícím návratem k tomu, proč se tak stalo. Později jsem si uvědomil, že součástí mého poslání je v rozhovoru zcela zapomenout na své osobní zkušenosti a vzorce jednání, které bych mohl pacientovi v „dobré víře“ radit, namísto toho, abych ho v tichosti doprovázel v jeho hledání.

Pacienti mají tedy jak pozitivní, tak negativní zkušenosti a předsudky o duchovních i o jednotlivých církvích, se kterými už do nemocnice přicházejí, s negativními reakcemi na nabídku služby kaplana musejí počítat sestry i ošetřující personál.

Osobně jsem se v nemocnici setkal se dvěma předsudky. Jednak to byl strach z toho, že kaplan přichází udělit poslední pomazání, protože pacient umírá. Pacient si nedokáže představit, kvůli čemu jinému by kaplan do nemocnice mohl chodit.⁴³

Druhým případem je řevnivost vůči církvím obecně. Pacient se cítí atakován už jen tím, že kaplan vůbec v nemocnici je, za návštěvami kaplana hledá skrytý zisk, který církev skrze tuto službu sleduje.

Kaplan v těchto případech „ztrácí“ pacienta během prvních 5 vteřin, vyslovené slovo *kaplan* ihned vztyčí pomyslnou bariéru, která pacienta buď kaplanovi vzdálí kvůli sebelítosti a frustraci z toho, že se tímto léčebný proces uzavírá, případně vede ke stažení se a odmítnutí.

V podobných případech se snažím si udělat krátký rozbor daného setkání a snažím se být pro příště vnímavější k tomu, kde se nacházím, s kým rozhovor vedu, kdo je rozhovoru přítomen, v jaký okamžik se rozhovor odehrává a zda měl pacient možnost kaplana zažít jinak, než skrze onen stereotyp, který kaplanovi připisuje.

Konzultující kaplan mi doporučil při tzv. „kontaktním oslovení“ pacienta strategii vyčkávání – kaplan primárně nabídne rozhovor ve vhodné příležitosti k setkání, kdy ono „konfrontující“ slovo *kaplan* je vysloveno až po několika větách, nikoliv hned na počátku.

3.3.4.3 Hodnocení kaplana ze strany sester

Hodnocení mé služby ze svého pohledu mi sestry podaly během osobních rozhovorů. Zde uvádím shrnutí jejich postřehů.

Hodnocení kaplana:

Sestry oceňují mou otevřenost, přátelskost, široké spektrum témat, která se mnou mohou otevřít.

Hodnocení týmové spolupráce:

⁴³ Kaplan, jak již bylo výše řečeno, však vůbec neudílí svátostné úkony, navíc pomazání olejem nemocných je svátost udílená k uzdravení, o čemž ostatně svědčí biblické odkazy, konkrétně ustanovení pomazání olejem viz list Jakubův 5:14-15.

Sestry očekávaly ze strany týmu předsudky, bály se, že budou muset s personálem téma přítomnosti kaplana často otevírat, většina zaměstnanců ale přijala kaplana bez problému.

Sestry na chirurgii a interně začaly se službou kaplana pracovat – nemají zábrany službu nabídnout během ranní vizity, zároveň jsou schopny tipovat pacienty, což znamená, že službu vnímají jako užitečnou a pro pacienta obohacující.

Specifická je situace na onkologii, kde bohužel špatná zkušenost sester s nabídkou služby hned v počátku proces zpomalila (pacientka si nabídku sestry vyložila tak, že u ní pravděpodobně došlo ke zhoršení stavu).

Po této zkušenosti jsem si uvědomil, že bude lepší se aktuálně zaměřit na stávající rozvoj spolupráce s chirurgií a internou s tím, že se s vrchní sestrou sejdeme a domluvíme model modlitebních setkání, kde by pacienti měli příležitost mne oslovit nepřímo.

Přijetí služby ze strany pacientů:

Sestry rozlišují pacienty na ty, kteří

- a. službu „přijali s povděkem“ a na kaplana se těší bez ohledu na svou náboženskou příslušnost;
- b. na nabídku návštěvy kaplana zpočátku příliš pozitivně nereagovali, ale nyní službu užívají pravidelně a personál díky tomu vnímá zlepšení spolupráce s pacientem;
- c. se po nabídnutí služby kaplana ihned stáhnou (včetně rodinných příslušníků).
Sestry očekávají, že četnost těchto předsudků se podaří v horizontu delší zkušenosti pacientů s kaplanem omezit.

Dvě sestry uvedly, že mou službu cílí na seniory, kterým primárně službu nabízí, těžko si ale dokázaly představit, že by vytypovaly k návštěvě mladého člověka. Sestry však připustily, že kaplan by měl navštívit umírajícího bez ohledu na věk (o čemž jsem se také sám přesvědčil).

Ohledně dalšího rozvoje služby jsem se s vrchními sestrami z interny, chirurgie i onkologie dohodl na mé účasti na provozní schůzi, kde bude přítomen veškerý zdravotnický personál včetně lékařů. Na těchto společných setkáních každého oddělení budu prezentovat základní poznatky své praktické zkušenosti se službou kaplana v chebské nemocnici, včetně definování obecných poznatků, které by měl ošetrovatelský personál o službě kaplana znát, aby mou službu mohl nabízet – viz kapitola „Témata k setkání na provozní schůzi“.

Hodnotící rozhovor s dalšími členy personálu by ve stávající chvíli kvůli malé přímé zkušenosti s kaplanem neměl smysl. (Jeden z oslovených lékařů mi na můj dotaz, zda si všiml nějaké změny od mého příchodu po provedených 11 návštěvách u pacientů na

svém oddělení, řekl, že si určitě chtějí najít s lékaři čas na to, aby novou službu reflektovali, momentálně ovšem sám není z časových důvodů schopen žádnou reflexi podat.⁴⁴

3.3.4.4 Sebraná statistická data z návštěv u lůžek pacientů

Následující tabulka vznikla zpracováním informací, které jsem si pořizoval z návštěv u lůžek pacientů.⁴⁵ Bylo-li to možné, zapisoval jsem si: jméno pacienta, číslo pokoje, oddělení, den návštěvy, typ intervence, pokud mi přišlo na rozhovoru něco zajímavého, pak i bodově několik poznámek k rozhovoru.⁴⁶

POČTY NAVŠTÍVENÝCH MUŽŮ A ŽEN				
den návštěvy	návštěva	muži	ženy	muži + ženy
17. 5.	1.	4	3	7
21. 5.	2.	3	4	7
24. 5.	3.	5	3	8
28. 5.	4.	0	7	7
4. 6.	5.	3	3	6
7. 6.	6.	1	6	7
11. 6.	7.	2	3	5
12. 6.	8.	0	1	1
14. 6.	9.	3	3	6
21. 6.	10.	2	1	3
25. 6.	11.	1	2	3
celkový počet		24	36	60

Celkem jsem během svých 11 návštěv v nemocnici vykonal 59 rozhovorů, o jeden rozhovor mne požádala po čtvrté návštěvě v nemocnici ošetřovatelka, osloveno bylo

⁴⁴ Několikrát jsem si všiml toho, že při společném rozhovoru s lékaři, se kterými jsem se tu a tam potkal na chodbách, přešlo většinou téma mnou iniciovaného rozhovoru ohledně kaplanství poměrně rychle z iniciativy lékaře na nějaké téma z historie, kultury, politiky či umění, kterým byl lékař nedávno zaujat. Tento způsob uvažování lékařů mne upozornil na široké spektrum jejich zájmu ve smyslu intence zaměřené na detail, která ovšem mnohdy znemožňovala nějakou věc spatřit a nahlížet v praktických souvislostech. V této roli se pak z mého pohledu sestry a lékaři ideálně navzájem týmově v ošetřovatelském procesu doplňovaly.

⁴⁵ Držel jsem se zásady, podle které má ošetřovatelský personál ve svých úkonech vždy přednost, podobně i ve chvíli, kdy na pokoj přišla rodina pacienta, jsem se s nemocným rozloučil a domluvil jiný termín schůzky. U vytipovaných pacientů na vícelůžkových pokojích navíc nebylo vždy jasné, zda hledaného pacienta v daný čas na pokoji zastihnu a zda mne nakonec při představení neosloví někdo z jiných pacientů, na kterého budu muset v tu chvíli zaměřit svou pozornost, byť mne sestry primárně poslaly za někým jiným.

⁴⁶ Nejpozornější jsem se snažil být vždy v případech tzv. akutních intervencí, ke kterým mne tým sester přizval (3x umírající pacient v terminálním stádiu onkologického onemocnění, 1x pacient po amputaci končetiny a 1x rezignovaný pacient) – z každého z těchto setkání jsem si napsal několik obtížných míst, která v rozhovoru zazněla, tato místa jsem pak telefonicky konzultoval s kaplanem Pavlem.

celkem 43 pacientů (zbytek do 59 jsou opakované návštěvy, přitom počet opakovaných návštěv se u mužů a žen nelišil).⁴⁷

Z celkového počtu pacientů, které jsem navštívil, bylo 40 % mužů a 60 % žen. Fakt, že ženy vedou nad muži o celých 20 %⁴⁸, jsem si vysvětlil jednak vyšším průměrným věkem žen, který je mnohdy vykoupěn křehkostí ve vyšším věku, a jednak tím, že cca 80 % pacientů bylo vytipovaných sestrami, což mohlo být způsobeno tím, že nevěřícímu muži může být zatěžko před mladou sestrou přiznat, že by si chtěl popovídat s kaplanem.“

Většina z pacientů, které jsem navštívil, byla starší 60 let. To potvrzuje, že sestry primárně nabízejí službu kaplana seniorům, zatímco u mladších lidí mají ostych. Na druhou stranu je ale fakt, že mladých lidí je v nemocnici méně, neboť jsou schopni podstoupit ve více případech ambulantní léčbu, a obejdou se tedy bez hospitalizace. Dva nejmladší pacienti, se kterými jsem hovor vedl, byli ve věku 32 let (žena) a 38 let (muž) – oba jsem navštívil při tzv. „kontaktním“ obcházení kaplana oddělením.

Průměrně připadalo na jednu mou návštěvu v nemocnici cca 5,5 rozhovorů. Rozhovory se přitom lišily svou délkou i hloubkou, kterou pacienti chtěli sdílet. Obecně platí, že nejdelší hovory kaplana připadaly na tzv. společenský typ intervence u opakovaných návštěv pacientů na ošetrovatelských lůžkách – nejdelší rozhovor trval 1,5 hodiny a musel jsem ho sám ukončit.⁴⁹ Jiný rozhovor naopak během pouhých 10 minut sáhl až na samé dno smyslu života – pacient byl smířen se smrtí.

Průměrná délka jedné návštěvy se u posledních pěti návštěv blížila 4,5 hodinám v nemocnici (obvykle dvě organizační setkání po 15 minutách se sestrami, 3–4 rozhovory s pacienty + krátký záznam o službě).

Z oněch 43 pacientů, které jsem navštívil, jich 15 (35 %) náleželo k některé z církví (8 římských katolíků, 3 pravoslavní, 3 evangelíci, 1 jehovista – což zhruba odpovídá údajům ze sčítání počtu věřících hlásících se k některé církvi), zbylých 28 (65 %) bylo bez vyznání. Takto vysoké číslo počtu věřících je rozhodně nutno přičíst tipování sester. Vysvětluji si ho tak, že si sestry jednak všímaly, zda se někdo nezmiňuje v rozhovoru o víře, a za druhé jim zajisté neunikly drobné symboly, kterých jsem si také během svých

⁴⁷ Nelze tedy rozhodně říci, že by se potvrdil výsledek Motolské nemocnice, kde ženy vyhledávaly setkání s kaplanem častěji (v potaz je samozřejmě také třeba vzít malý rozsah vzorku sledovaných pacientů).

⁴⁸ Jeden lékař mi tento nepoměr vysvětlil bonmotem: „Muž, který přijde do nemocnice, se buď rychle uzdraví a nebo rychle umře, žena ani jedno z toho.“

⁴⁹ Pacient, nad 90 let, se cítil v nemocnici sám, i přesto, že za ním každý den přicházela návštěva – někdy jsem měl pocit, že rodině pacient připisuje roli těch, kdo spolu s ním nechtěně nesou jeho tíživý osud nemoci, zatímco kaplan byl pro něj někdo, kdo pro něj představoval onen svět mimo nemocnici, ve kterém má své místo a svou hodnotu a není jen tím, kdo zestárl a je odkázán na péči nukleární rodiny.

návštěv všimal (např. modlitební kniha nebo Bible na stole, křížek na krku – u pacientů s demencí v pokročilé fázi, bylo zřejmé, že o své víře jinak – než skrze tento symbol, nehovoří).

Ohledně procentuálního výskytu počtu rozhovorů podle typů intervencí, které jsem si sám rozdělil, pak jednoznačně převládá společenský druh intervence – 31 návštěv (51 %), případový druh intervence – 7 návštěv (12 %), aktivizační druh intervence – 7 návštěv (12 %), akutní případy – 5 návštěv (8,5 %), validační – 5 návštěv (8,5 %), kontinuální – 3 návštěvy (5 %), informativní – 2 návštěvy (3 %).

Z vyjmenovaných intervencí se dají usuzovat i motivy, které pacienty k rozhovorům vedly – více než z poloviny to byl pocit osamocení a přání si s někým popovídat o světě, který je „tam venku“. Mnohdy mi přišlo, jako by se pacient tázal sám sebe: „Jsem oním světem (běžných lidí) ještě akceptován? Ví ještě svět o tom, kým jsem? Jsem ještě tím, kým jsem byl?“ Je samozřejmě nutné vzít v potaz, že většina těchto pacientů byli senioři, větší či menší měrou závislí na péči, u řady z nich pak byla závislost a zúžení přirozených sociálních kontaktů již před hospitalizací omezena na rodinu, pečovatele či sousedy.

Dalším nejpočetnějším druhem intervence u pacientů byl typ případový, povětšinou se týkající pacientů, kteří v průběhu své hospitalizace otevřeli otázku spojenou s problémem, který primárně souvisel s jejich návratem domů, nebo se vracel k momentu, který je tížil – např. úraz v minulosti, který byl příčinou opakujících se hospitalizací. (Co se děje doma? Zvládnou všechno obstarat? Jak se mám vypořádat s úrazem, který mne stále doprovází?)

Stejný počet návštěv se týkal tzv. aktivizačního typu intervence u pacientek (všech 7 návštěv se týkalo žen), které měly kvůli své nemoci (často demence) omezené možnosti komunikace – pacientky byly tipovány ze strany sester, cílem bylo alespoň trochu pacientky aktivizovat, aby stále nesetrvávaly jen ve svém tichém světě.

Z 5 tzv. akutních návštěv se 3 týkaly pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění, kaplan zde byl přizván sestrami (jedna návštěva probíhala přímo na sesterně za přítomnosti zdravotníků, kam byla pacientka kvůli akutnímu stavu převezena). Fakt, že sestry kaplana přirozeně přizvou, odpovídá i provedenému počátečnímu šetření v interviu se sestrami, kde sestry uvedly, že úlohou kaplana je být u umírajících. Další typ akutní intervence se týkal rezignovaného pacienta, který byl často depresivní – přizván jsem k němu byl sestrami. Pátý pacient byl po amputaci končetiny – narazil jsem na něj při kontaktním obcházení pacientů. Z těchto pěti provedených intervencí sestry ve dvou

případech potvrdily zlepšení psychického rozpoložení pacienta, v jednom případě ocenila intervenci rodina.

5 návštěv – 8,5 % připadlo i na validační typ intervence. V těchto případech se jednalo o pacienty, které čekala operace, a bylo znát, že mají potřebu se sdílet a vyslovit své obavy, které jsou se zákrokem spojeny.

3 návštěvy spadaly pod tzv. kontinuální typ intervence (vytipování pacientů), ve které se ke mně pacienti obraceli primárně jako k duchovnímu, se kterým se chtějí společně pomodlit, přečíst si část biblického textu, sdílet nějaký ryze duchovní zážitek v rámci tzv. předem formulované spirituality, v závislosti na své mateřské církvi, jejíž byli členy.

Informativní druh intervence pak byl rozhovor se dvěma pacienty, kteří mne zastavili během mé cesty po oddělení. Hovor v obou případech inicioval sám pacient, v obou případech pacienta primárně zajímala otázka nesouvisející s kaplanskou službou – v prvním případě se pacient zajímal o orientaci v nemocnici (parky, lavičky, kde může odpočívat, automaty na občerstvení, novinový stánek, jaký automat na kávu v areálu nemocnice doporučuji), v druhém případě se pacient z propagačních materiálů dozvěděl, že jsem pravoslavný duchovní a chtěl se cíleně zeptat na specifika pravoslavné církve.

4 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem popisoval proces spuštění služby nemocničního kaplana v chebské nemocnici. Nemocniční kaplanství je specifickým druhem primárně nadkonfesní křesťanské pastorační práce, která zohledňuje specifické duchovní potřeby pacientů související s hospitalizací. Procesu spuštění samotné služby předcházela řada podpůrných kroků, které měly službě co nejvíce přichystat prostředí, které by co nejméně službu omezovalo na základě předsudků o působení duchovních v nemocnicích, ať už ze strany managementu, lékařů, personálu, či samotných pacientů.

Služba kaplana byla primárně určena pro oddělení chirurgie, onkologie a interny. Praxe potvrdila, že průběh spolupráce na každém oddělení bude mít svou specifickou podobu a průběh, základem je úzká spolupráce s vrchní sestrou a podpora primáře oddělení. Cílem je nalezení cesty nekonfrontační nabídky služby pacientům. Spolupráce kaplana s odděleními chirurgie a interny si našla svůj režim, oslovení onkologie otevřelo potřebu větší individualizace ohledně formy, jakou bude služba pacientům nabízena.

Celý proces spuštění nové služby si kladl za cíl především zprostředkovat zkušenost s novou službou nemocničního kaplana ošetřujícímu personálu, který by ji měl začít využívat jako funkční nástroj v průběhu ošetrovatelského procesu. Zdravotní sestry, na jejichž spolupráci s kaplanem je služba postavena, si zatím osvojily dva způsoby nabízení služby kaplana: 1) všem pacientům během vizit a 2) tzv. tipováním (sestra kaplana upozorní na pacienta, pro kterého by podle ní jeho služba byla smysluplná, a kaplan poté pacientovi nabídne rozhovor). Dalším možným způsobem oslovení pacientů je tzv. kontaktní nabízení služby samotným kaplanem, které se však přes původní pozitivní očekávání sester ukázalo jako nepraktické (kaplanova časová kapacita je využita nesystematicky a neefektivně, a navíc se pacienti touto cestou mohou cítit obtěžováni), lze ji tedy doporučit pouze v ojedinělých případech, kdy má kaplan volné kapacity.

Pro účely dalšího rozvoje kaplanské služby jsem průběžně vedl statistiku o návštěvách uskutečněných během prvního měsíce mého působení v nemocnici. Z této statistiky vyplynulo, že nejčastější intervence (50 %) má primárně společenský rozměr a nahrazuje hospitalizovaným pacientům nedostatek společenského kontaktu. Další typy intervence byly již zastoupeny v daleko menší míře: jednalo se 2) o tzv. případový druh intervence (12 %), kdy pacient v rámci rozhovoru otevírá jedno konkrétní téma, které ho tíží, 3) aktivizační intervence (12 %), 4) akutní intervence (8,5 %) – zaměřená na aktuálně

špatné duševní rozpoložení klienta, které znesnadňuje jeho léčbu, 5) validační intervence (8,5 %), kde kaplan vyjadřuje pacientovi svou přítomností podporu a umožňuje mu podělit se se svými obavami, 6) kontinuální intervence (5 %), která má primárně náboženský charakter, a konečně 7) informativní intervence (3 %) – pacient žádá od kaplana informace, které primárně nesouvisí s jeho posláním v nemocnici.

Návštěvy převažovaly u pacientů seniorského věku (80 %). V dalším rozvoji týmové spolupráce je proto třeba se zaměřit na posílení kompetencí sester v nabídce služeb mladým pacientům a zbavit je předsudků, že služba kaplana je určena hlavně seniorům.

Sestry během prvního měsíce, kdy byla služba spuštěna, povolaly z celkového počtu šedesáti provedených rozhovorů kaplana 5x k pacientům, u kterých se jednalo o tzv. akutní typ intervence. Specifické pro tento druh intervence je formou duchovní podpory rychle a účinně zareagovat na aktuální zhoršený zdravotní stav pacienta a tím pomoci zdravotnickému týmu. Do budoucna by bylo dobré na rozvoji tohoto typu intervence dále pracovat, neboť nejvíce odpovídá ideálu týmové spolupráce kaplana se zdravotnickým personálem. Duchovní podpora, která má být hlavním předmětem kaplanovy činnosti, se zde v plné míře dostává těm, kteří ji aktuálně nejvíce potřebují, zároveň je zde největší potenciál rozvoje týmové spolupráce ve smyslu přímé účasti kaplana na ošetrovatelském a léčebném procesu. Tento druh kaplanovy intervence zároveň klade na kaplana největší nároky na rozvoj jeho dovedností rozhovor vést a zároveň potřeby být odborně veden a supervidován. Do budoucna proto plánuji mimo pravidelné rozhovory s konzultujícími kaplany navázat úzkou spoluprací s Asociací nemocničních kaplanů.

Z celkového počtu provedených rozhovorů byly 2/3 pacientů bez nábož. vyznání a 1/3 se označila jako věřící. To dokládá, že o službu kaplana je zájem i u nevěřících pacientů, což je pozitivní zjištění, které může být povzbuzením pro zdravotní sestry, jež měly negativní zkušenosti s reakcemi na nabídnutou službu ze strany nevěřících pacientů.

Rozhodně je potřeba se zaměřit na téma prostupování dvou rolí, které v nemocnici zastávám: ta primární, „interní“, je role kaplana, ta druhá, „externí“, je role pravoslavného kněze. Personál, ale zároveň i mí farníci, se kterými se v nemocnici setkávám v řadách lékařů i pacientů, by měli vědět, co ode mne mohou v rámci dané role očekávat a naopak.

Mezi další témata rozvoje služby rozhodně patří eventuální možnost mé spolupráce s etickou komisí nemocnice a edukace personálu v otázkách duchovních potřeb pacientů. V rámci ekumenické spolupráce s místními duchovními bych po dokončení kaple rád otevřel možnost využití kaple k pořádání pravidelných bohoslužeb pro pacienty. Administrativní prioritou bude dokončení procesu uzavření smlouvy s nemocnicí.

5 Seznam literatury

BENEŠ, Ladislav. *Role církevního společenství při doprovázení nemocných*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

BENEŠ, Ladislav. *Východiska a cíle duchovní péče o nemocné*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

Co je kaplanská služba? [online]. Dostupné z WWW:

<http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/9-Co-je-to-kaplanska-sluzba/index.htm> [cit. 24. dubna 2013].

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-85047-18-7.

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice [online]. Dostupná z WWW:

<http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1> [cit. 24. dubna 2013].

Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000.

Etický kodex nemocničního kaplana, Asociace nemocničních kaplanů [online]. Dostupný z WWW: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/rubrika/6-Etický-kodex/index.htm> [cit. 24. ledna 2013].

FILIPI, Pavel. *Nemoc, zdraví a smrt v pohledu náboženství*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

FILIPI, Pavel. *Služba útěchy, její duchovní zdroje a cíle*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

HANSIS, Helga. *Pastorační péče v nemocnici – otázky role a postavení (statutu)*. In: *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské

církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000, s. 86.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Druhé, podstatně přepracované a doplněné vydání, Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání, Praha: Galén, 2002. ISBN 8072621327.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 8072620347.

HÄUBER, Peter. Kolegialita v nemocnici. In: *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000, s. 87–89.

JANEČKOVÁ, Hana. *Jsem to pořád já*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 80-86541-20-7.

JANEČKOVÁ, Hana. *Veřejné zdravotnictví pro nemocniční kaplany*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

Kaplani ve službách nemocnic mají svou asociaci. Tisková zpráva 22. října 2011, [online]. Dostupné z WWW: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/48-Tiskova-zprava-22-rijna-2011/index.htm> [cit. 24. dubna 2013].

KALVÍNSKÁ, Eva. *Spirituální péče v nemocnicích očima lékaře*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

KEŘKOVSKÝ, Pavel. *Vina a smíření*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

KOUT, Vít Metoděj. Co je kaplanská služba v nemocnicích?. *Hlas pravoslavi*, 2008, roč. 63, č. 11, s. 40–42.

KUBALOVÁ, Hana. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., a jejich naplňování*. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, 2011.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Praha: Arica Turnov & Nadace Klíček, 1992. ISBN 80-900134-6-5.

Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Praha: Grada Publishing a.s., 2008.

MURR, Gert. Formy pastorační návštěvní praxe. In: *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na ETF UK v Praze. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické a Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2000, s. 70–75.

NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, [online].

Dostupné z WWW: www.mpsv.cz/files/clanky/8980/Katalog_praci_UZ_1_10_2010.pdf [cit. 29. května 2013].

NAVRÁTILOVÁ, Eva. *Psychopatologie*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče v českých nemocnicích. *Universum*, 2010, č. 3, s. 5.

OPATRŇÝ, Aleš. *Druhy a stupně spirituality*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003). VIII. Týmy, týmová práce a plánování péče Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy [online]. Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001125.pdf>, [cit. 24. dubna 2013].

PAYNE, Jan. *Problémy lékařské etiky*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

SLÁMA, Ondřej. *Paliativní medicína*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

Standardy Evropské sítě nemocničních kaplanů. Evropská síť nemocničního kaplanství. [online]. Dostupné z WWW: http://web.ceu.hu/celab/unesco_cz2.pdf [cit. 18. dubna 2013].

STEHLÍK, Eduard. *Páter Method: životní příběh generála duchovní služby Msgre Methoděje Kubáně*. Praha: Ministerstvo obrany – Agentura vojenských informací a služeb, 2006. ISBN 807278370X, 9788072783700.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007.

VENTURA, Václav. *Chronický pacient a postižení*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

VÍTOVÁ, Jana. *Pacient v krizi (možnosti provázení vážně somatických pacientů krizovými obdobími)*. Projekt „Nemocniční kaplan“. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Evangelická teologická fakulta, 2007.

Všeobecná deklarace o lidském genomu a lidských právech z roku 1997. [online]. Dostupné z WWW: http://web.ceu.hu/celab/unesco_cz2.pdf [cit. 18. dubna 2013].

6 Seznam příloh

1. Osvědčení o absolvování kurzu Nemocniční kaplan
2. Vysílací list pravoslavné církve ke službě nemocničního kaplana
3. Vyjádření zástupců křesťanských církví Chebska ke službě nemocničního kaplana
4. Návrh smlouvy mezi kaplanem a chebskou nemocnicí