

Rozhovor

Duch a neduh. Rozhovor s Ondřejem Doskočilem o potřebách lidí, kteří tráví různě dlouhý čas v nemocnici, a o tom, že je možné měnit systémové nastavení této instituce.



Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D. (*1977), teolog, nemocniční kaplan a katolický jáhen. Pracuje jako proděkan pro akademické záležitosti na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a také jako nemocniční kaplan v Nemocnici České Budějovice. Právě v této nemocnici budoval od základů duchovní péči. V rámci svého akademického působení se věnuje výuce zdravotnické etiky. Publikačně se kromě tématu kaplanství věnoval také tématům soucitu či náhradního mateřství.

Jak vlastně vnímáte postavení duchovní či kaplanské péče u Vás v nemocnici?

Za dobu, po níž v nemocnici působím, což je od roku 2018, se věci hodně proměnily. Naše nemocnice patřila před mým příchodem k těm nemocnicím, které neměly s kaplanskou službou zkušenost. Neměl jsem zde na co navazovat, což bylo dobré v tom smyslu, že tu nebylo nějaké předporozumění této službě, které by vytvořil někdo přede mnou, na druhou stranu jsem se neměl ani čím inspirovat, takže jsem to hledal. Ze začátku jsem vůbec nevěděl, co dělat a jak to dělat. Musel jsem si ten terén osahávat a stejně tak si na mne musela zvyknout nemocnice. V současné době jsme tu dva. Já a kolegyně Ludmila Míchalová Mikšíková, která je evangelickou farářkou. Myslím, že za tu dobu se toho hodně změnilo. Našli jsme si pevnou půdu pod nohama v rámci naší péče. Hodně se ale proměnilo i samotné vnímání naší služby ze strany nemocnice. Posunuli jsme se z role, kterou bych označil jako návštěvu, která ale chodí oblečená jako personál, do role součásti týmu. Domnívám se, že nás na jednotlivých odděleních nemocnice znají a že víceméně vědí, co od naší služby mohou očekávat. Myslím si také, že velkým katalyzátorem této změny bylo vytvoření paliativního týmu v nemocnici, jehož jsme já i kolegyně součástí. V rámci tohoto týmu se známe, scházíme se, kooperujeme, máme společné supervize ve složení lékařka, sestry, psychologka, zdravotně sociální pracovníce a my dva kaplani. To si myslím, že hodně pomohlo jakémusi ukotvení týmovosti a vnímání toho, že kaplan je součástí segmentu služeb nemocnice.

Když jste zmínil segment služeb nemocnice, jak se nejčastěji dostanete do kontaktu s lidmi, kteří Vás potřebují?

Pokud budu nejprve mluvit o pacientkách a pacientech, tak i zde hodně pomohlo ustanovení paliativního týmu. Zde to funguje tak, že je za pacientem poslán lékař a sestra. Ti s ním udělají základní pohovor a dále nabízejí spektrum služeb podle svého uvážení, co by mohlo pacientovi pomoci. A součástí tohoto zvažování je i nabízení duchovní péče. Podobně to pak probíhá i na dalších odděleních nemocnice. Tedy ani já, ani kolegyně nemůžeme obejít všechny pacientky a pacienty a představit se jim. Záleží tedy také na tom, jak se nám daří zcitlivovat lékaře, sestry a další pracovníky nemocnice, aby dokázali identifikovat, kdy lidé naše služby potřebují a kdy nikoliv. To souvisí také s tím, jak je vůbec vhodné nabízet kaplana a jak popsat jeho roli. Z mé zkušenosti by bylo možné tuto oblast označit jako evergreen kaplanské služby, který se řeší v odborných článcích, na konferencích, na seminářích. Je to stále velmi nejasné. Většinou to znamená, že je potřeba aplikovat proces opakovaného vysvětlování. Stále, když se jen tak nabídne kaplan, se objeví řada předsudečných představ, např. že kaplan je jen pro věřící, že kaplan chodí za umírajícími udělovat „poslední pomazání“ apod. Tudíž je potřeba vysvětlovat, že duchovní neznamená jenom náboženský. Samozřejmě, náboženské úkony jsou součástí služby, ale rozhodně nejsou jedinou. Současné spektrum víry, spirituality či duchovna je značně široké. V tomto vysvětlování, především směrem ke zdravotníkům, nám velmi pomáhá bio-psycho-socio-spirituální pojetí člověka, které je ve zdravotnictví čím dál více ukotvené a pro zdravotníky srozumitelné

Když mluvíme o pacientkách a pacientech, s jakými potřebami se na Vás tedy obracejí?

Klíčové je, jak si domluvíme zakázku. Samozřejmě to předpokládá, co jsem zmiňoval výše, totiž že velkou část tvoří práce s personálem, aby dovedl chápat, co to ono duchovní je a aby dovedl v rozhovoru s člověkem rozpoznat, že by byl potřeba kaplan. Takže tu zakázku velmi často formuluje personál. Někdy se stane, že si o kaplana řeknou pacienti sami, někdy požádají blízcí. Spolu s pacientem si pak vyjasňujeme, co bude obsahem našeho společného času, což může být od prostého spolubytí s pacientem, přes rozhovor o jakýchkoliv věcech, které jsou pro pacienta důležité, až po otázky duchovní či náboženské a zprostředkování svátostí nebo specifické duchovní služby. Já teď dám stranou ty vyloženě náboženské úkony, jako je četba Písma, modlitba nebo svátosti. Segment nenáboženského duchovního je i tak značně široký. To nejčastější, co se odehrává, je jakási rekapitulace životního příběhu. V nemocnici se mi život smrskne na dva čtvereční metry postele – co jsem, co prožívám, jaké jsou moje zájmy, moje rodina. Najednou je to všechno tady. Pobyť v nemocnici lze navíc vnímat jako určitý disharmonický moment, jako narušení běžného chodu věcí. Něco mi do toho života vstoupí. Nejčastějším tématem našich rozhovorů pak je, kde to vlastně jsem a co to pro můj život znamená. Ty potřeby se vztahují k nutnosti toto formulovat. Popsat a říct si, co jsem byl, co jsem dělal, kde jsem teď a co s tím. Často totiž kvůli nemoci nastává určitá změna. Buď nemohu dál něco dělat, nebo mi to nasvítí určité aspekty dosavadního života. Kromě této oblasti vlastního života se pak objevuje potřeba sdílet a rekapitulovat vztahy – kdo je pro daného pacienta důležitý, kdo je zdrojem důvěry, kde docházelo k nějakým zklamáním. Objevuje se potřeba věnovat se pocitům viny, výčitkám, oblasti odpuštění a smíření. Velkým tématem je oblast naděje, tedy co nese můj život, proč má smysl žít, když se dosavadní jistoty hroutí.

Jak je Vaše víra podstatná i v těchto rozhovorech, které se týkají třeba životního příběhu toho kterého pacienta?

Začnu trochu zešíroka. Já v sobě nemám zcela jasně formulovanou odpověď na otázku, jestli by nemocničního kaplana mohl dělat člověk, který nemá jakýkoli náboženský kontext. Víme ze zahraničí, že takové pokusy jsou a nějak to tedy jde. Ale domnívám se, že ukotvenost kaplana v nějaké náboženské víře, v nějaké tradici mu pomáhá vnitřně tyto věci nést, uchopovat a pojmenovávat, aniž by je druhému člověku musel týmiž slovy popisovat a pojmenovávat. Když ale překládá svoji víru do jazyka, kterým mluví pacient, může se stát, že se pacient může následně opřít i o tuto jeho víru. Nikoliv ve smyslu, že by kaplan dotyčnému víru nějak nutil, podsouval. Spíše v tom slova smyslu, že je víra kotvou, která pomáhá kaplanovi zůstat alespoň základně pevně stát i v náročných situacích a v náročných životních momentech pacientů a pacientek. A o toto se pak mohou pacienti opřít.

Samozřejmě, pokud jsou součástí víry dotyčného pacienta náboženské úkony, pak je to zcela zřejmé a zjevné. Zajímavé to však často bývá v situacích, kdy se pacienti deklarují jako nevěřící. Stává se například, že pacienti pocítují vděk za to, že přežili nemoc nebo nehodu. Chtějí pak poděkovat nejen personálu za péči, ale také, jak někdy říkají, někam výš. A nemají komu a nemají jak. Samozřejmě, že pak nenastoupíme s tím, že já Vám to tedy všechno řeknu, jak to je a komu děkovat můžete. Ale už samotný fakt, že je možné poděkovat a lze děkovat a je zde někdo, s kým by případně bylo možné poděkovat, je často dostačující. Pak je tu také potřeba rituálů. Náboženství disponuje ritualizovaným jednáním a tomu nenáboženskému světu to často chybí. To se projevuje hlavně v situaci smrti a umírání. Kaplan je často vnímán jako ten, kdo to s tou smrtí nějak víc umí a dokáže to téma nějak uchopit a unést. Stejně tak lze říci, že i nenáboženským pacientům je blízké téma požehnání. V těchto případech se snažíme, pokud to chtějí, formulovat potřeby, o kterých oni sami mluvili. Snažíme se vyhýbat náboženským klišé, která jsou lidem často nesrozumitelná. To ale vyžaduje velkou situační citlivost a ochotu učit se jazyku člověka, se kterým přicházíme do kontaktu. Je také potřeba se sít s tím, že správná duchovní péče nemá konkrétní kontury. Není tomu totiž tak, že nezaopatřím-li pacienta svátostmi, nejedná se o dostatečnou duchovní péči. Je to duchovní péče!

Stává se pak, že třeba některé opakující se potřeby předáváte dál vedení nemocnice? A pokud ano, jakou s tím máte zkušenost?

Stává. A jsme oba s kolegyní rádi, že můžeme přijít za primáři oddělení i za vedením nemocnice. Nemůžu samozřejmě zabíhat do podrobností, ale čas od času se nám například stávalo, že pozůstalí mluvili o tom, že se nemají kde rozloučit se svým blízkým, když nestihnou ve stanoveném čase dorazit do nemocnice. Tak jsme tu a tam o tématu mluvili, např. na paliativním týmu nebo s vedením nemocnice. Nyní máme v nemocnici speciální místnost určenou pro tato loučení. Občas se také objevovaly stížnosti pacientů na chování některých zaměstnanců nemocnice, např. na nevhodnou komunikaci. Podařilo se nám ve spolupráci s jednou paní primářkou připravit jakési malé školení pro sanitáře, aby i oni zakusili, jak jsou v nemocnici důležití a jak na jejich péči a přístupu záleží. Staráme se s kolegyní také o to, zda se nejen pacientky a pacienti, ale také veškerý personál cítí nějak přijímán, akceptován. Někdy na témata z těchto oblastí narazíme při rozhovorech s pacienty nebo s jejich blízkými. Takže ano, stává a zkušenost s tím máme dobrou.

Mluvili jsme především o pacientkách a pacientech. Mohl bych Vás požádat ještě krátce pohovořit o tom, zda se na Vás obrací i personál?

Ano, i když významně méně. Ale i to se mění. V rámci paliativního týmu, mám pocit, samotná přítomnost kaplana v týmu, na poradách či na supervizích vytváří prostor důvěry. Pak se stává, že především členové paliativního týmu se občas chtějí kaplanovi svěřit. Funguje to však na oné bázi důvěry, že jsme součástí týmu a že se setkáváme. Velmi zřídka se pak stává, že si někdo z personálu vyžádá naši službu vyloženě pro sebe, že by chtěl pohovořit o nějakém aspektu svého života. Také jsme s kolegyní zavedli tzv. Kapkafé, tedy kafe s kaplanem. Scházíme se jednou za měsíc tady v nemocniční kavárně. Je to zcela otevřené, takže kdo tam chce přijít, ten může. Jeden z nás, buď já, nebo kolegyně si připravíme nějaký podnět pro zamyšlení, řekneme takové nízkoprahové duchovní zamyšlení. Přichází tam zhruba deset, patnáct lidí. A pro nás to je známka toho, že duchovní témata jsou v nemocnicích přítomná a je fajn s nimi nějak pracovat.

Chtěl byste něco zdůraznit na závěr?

Myslím si, že je užitečné, a to bych rád adresoval pomáhajícím profesionálům, říci, že třeba v církvi často zaměňujeme téma doprovázení za téma vedení. V nemocnici se mi jasně ukazuje, že doprovázení znamená být s pacientem tam, kde je on, znamená používat jeho jazyk, nikoliv mít vlastní cíl, kam já chci naše setkání dostat nebo dovést. Někdy se totiž stane, že právě v případech, kdy nedošlo na můj zamýšlený scénář toho, co je dobrá práce kaplana v nemocnici, se mi po nějaké době dostalo od pacienta, jeho blízkých či personálu zpětné vazby, že to, co jsem považoval za nějakým způsobem nedostatečné, bylo pro toho pacienta zcela zásadní, důležité, transformativní setkání. Přitom jsem měl pocit, že jsem tam nic neudělal. Takže možná je podstatné uvažovat nad doprovázením jako nad vytvářením prostoru pro pacienta mimo nějaké jasné představy o tom, co vlastně znamená být duchovní.

Děkuji Vám za rozhovor.

Jan Kaňák
koeditor *Caritas et veritas*