

# Přínosy a rizika duchovní péče o umírající

**V posledních letech došlo k jisté detabuizaci témat smrti a umírání. Publikuje se o nich v knížkách, rozhlase, objevují se televizní pořady s danou tematikou, zaznívají na konferencích. Často však lze v pozadí vysledovat jistou senzacechtivost, jindy povrchnost či je téma zástěrkou pro ty, kteří lační po legalizaci eutanázie. Je těžké oddělovat takové počiny od příspěvků hodnotných, erudovaných. Druhou obtíží, kterou lze vysledovat, je skutečnost, kdy příspěvky sice jsou korektní, avšak s určitým hendikepem – jsou to teoretické úvahy s malou zkušeností z praxe, z prostředí, které je umírajícím vzdálené. To nám je motivem příspěvku k tomuto tématu také svou troškou.**

■ **Text: PhDr. Robert Huneš, ředitel**  
Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s.,  
v Prachaticích, prezident Asociace  
poskytovatelů hospicové paliativní péče,  
člen Etické komise ministra zdravotnictví  
**Mgr. Eva Ludačková, vrchní sestra**  
Hospice sv. Jana N. Neumanna  
v Prachaticích  
Foto: Archiv autorů

**P**racujeme jedenáctým rokem v hospici a každý rok na Věčnost doprovodíme kolem 250–300 umírajících. V dnešní době je relativně snadné zaléčit pacientovu fyzickou bolest. I ta nejtěžší nádorová je plně odstranitelná či umenšitelná na snesitelnou úroveň, a to v řádech minut, maximálně hodin. Pravda, někdy za cenu použití silných opioidních analgetik. Vlastně nám z rizika návykovosti hrůzou vstávat nemusejí, neboť u terminálně nemocných (předpoklad úmrtí do šesti měsíců) je taková hrozba irelevantní. Nadto je jejich užívání nevyčísitelně nemocnými v praxi často zřetelně kratší. Průměrná doba hospitalizace před úmrtím je v českých a moravských hospicích cca 4–5 týdnů.

## » Duchovní péče

Závažnější je bolest nefyzická, na její léčbu jsou medicínské postupy obvykle krátké. Nefyzický rozměr člověka lze, v širším slova smyslu, označit jako jeho duchovní část. Při bližším pohledu se jedná o rozměr sociální (emoční), rozměr psychický (duševní) a rozměr spirituální (duchovní v užším slova smyslu). Všechny rozměry se často prolínají. Jisté je, že na rozdíl od medikamentózní léčby těla se pozitivní výsledky léčby o nefyzickou (duchovní) část člověka projevují časově mnohem později, u umírajících leckdy nikdy.

Kdy jindy však, než při umírání, si člověk zaslouží maximální péči? Proč má velká část populace strach ze smrti? Proč se k lidskému životu na jeho konci naše společnost nechová stejně intenzivně a laskavě, jako při jeho příchodu na svět?

Dost se zaměřuje faktum smrti za proces umírání. Strach z umírání ale není totéž, co strach ze smrti, v hospicích o tom víme své. Smrti se lidé mnohdy nebojí, umírání však ano. Ve skutečnosti se jedná spíše o strach z osamělosti, ze ztráty vlastní důstojnosti (*Bude mě chtít dcera takto vidět? Inkontinentního? Upoutaného na lůžko?*), což jsou projevy bolesti sociální. Obavy z toho, co bude, strach z neznáma (měl můj život smysl, mohu odčinit své viny?) – to je existenciální bolest čili bolest duchovní. Z výše uvedeného plyne, že duchovní bolest, a tedy duchovní péči o ni, nelze chápat jako pouhé náboženství či dokonce „církveničení“. Duchovní péči chápeme jako léčbu směřující k tomu, aby člověk zemřel usmířen a s vděčností za život, který mu byl dán. Podstatnou a nepodkročitelnou podmínkou pro správnou duchovní péči je pacientova naděje, respektive dobrá míra naděje. Pro některého pacienta, a vlastně pro jakéhokoliv člověka, je to nalezení či upevnění vztahu s Bohem, pro jiného pokorné stanutí před osudem či spokojené rozloučení s rodinou. Pro dalšího usebrané ohlédnutí za životem, náprava chyb a omluva tam, kde chybu napravit nešlo. Stanout v mysli na konci svých dní tak, že si člověk dokáže poctivě „do vlastních očí“ říci „Můj život měl smysl“. Věřící křesťan pak třeba slovy apoštola Pavla: „Dobrý boj jsem bojoval, závod dokončil, víru uchoval.“ To je cílem a úkolem duchovní péče v hospici. Prioritně skrze profesionální erudici pastoračního asistenta (nemocničního kaplana), ale vposledku též za pomoci kohokoliv, kdo o umírajícího

pečuje. A nejen v hospici, ale i v nemocnici, domově seniorů, doma.

Každý, kdo se účinně snaží druhému pomoci nalézat smysl života na konci jeho dní, pomáhá nejen jemu, ale i sobě. Navyšuje totiž svoji osobní naději, že až stane na prahu svého vlastního života, nebude z něj odcházet v osamění a trápení. Kdo dává, dostává. Budiž to výzvou všem, kdo pracují v pomáhajících profesích – lékařům, sestrám, ošetřovatelům, sociálním pracovníkům a dalším. Kvalitní paliativní léčba je při péči o umírající podmínkou nutnou, nikoli však postačující. Kvalitní duchovní péče je důležitá neméně, snad i více.

## » K empirickým zkušenostem z hospice

Na začátku hospitalizace sbíráme od každého pacienta anamnestická data. Jejich





součástí jsou mj. i otázky směřující na duchovní rozměr člověka. Zejména: Je pro vás důležitá víra? Praktikujete víru? Jste pokřtěni? V jaké církvi? Díky zajištění těchto dat se pastorační asistentky i ostatní personál snáze orientuje v potřebách pacienta a v komunikačních způsobech s ním.

Pro potřeby tohoto příspěvku jsou využita data 247 pacientů z roku 2015 hospitalizovaných v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Lze z nich vyčíst zajímavé skutečnosti a souvislosti. Z posledního sčítání lidu (v r. 2011) vyplývá, že za věřící se označilo 20,8 % obyvatel. Na konci dní člověka se ukazuje, že se duchovní rozměr stává důležitějším, neboť víra je důležitá pro 38 % našich pacientů. Obecně se uvádí, že pravidelnými návštěvníky bohoslužeb jsou cca 4 % populace ([http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=161](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=161)), zatímco na obdobnou otázku „Praktikujete víru?“ v hospici kladně odpovědělo téměř 28 % pacientů. Dokonce takřka 75 % našich pacientů uvedlo, že jsou pokřtěni. Skutečnost, že si tento fakt uvědomují, ukazuje, že nejsou k tomuto neteční a jistý duchovní přesah sebe sama uznávají, byť se vydávají v úzkém smyslu slova za nevěřící.



Uvedená čísla mohou být relativizována tím, že jsou v hospici pacienti spíše staršího věku (průměrný věk přesahuje 70 let), u dříve narozených je totiž vyšší míra religiozity. To je pravda, ale lze proti tomu stejně legitimně namítnout, že Češi (pacienti prachatického hospice) jsou podstatně méně religiózní než Moravané, čímž je předchozí argument smazán.

### ➤ Duchovní péče na vyžádání?

Můžeme usuzovat, že náboženská či v širším smyslu duchovní potřeby pacientů v terminální fázi onemocnění jsou vyšší, než je obecné mínění. Lze to také doložit fakty. Totiž výše uvedená statistická data jsou odpověďmi pacientů při přijetí k hospitalizaci. Pak dochází k rozhodujícímu momentu v duchovní péči. Většina zdravotnických zařízení má dnes duchovní péči zakotvenou ve standardech, „Právech pacientů“ apod. Duchovní péče ve skutečnosti obvykle znamená „možnost“ nebo „na vyžádání pacientem“. Jeden z autorů příspěvku si toto ověřil při svých opakovaných hospitalizacích v některých nemocnicích. Absence aktivní duchovní péče je realitou. Na vyžádání se objevuje spíše údiv, v lepším případě „My vám nějakého faráře můžeme sehnat“, v horším na pokoj poslali ústavního psychologa. Duchovní potřeby nejsou projevem psychické nedostatečnosti, které by měl řešit psycholog.

V hospici se naproti tomu pracuje s duchovní péčí aktivně, nikoli však násilně. Pacienty navštěvují, pokud to neodmítají (což mohou a my to respektujeme), pastorační asistenti či nemocniční kaplani. Vedou rozhovor, nabídnou možnost kněze, ale i společně čtou nebo hrají společenské hry. Výsledkem je, že podíl těch, pro něž je víra důležitá (výše uvedených 38 %), se začne významně zvyšovat. Po navázání vztahu s pastoračním asistentem reagovali zejména ti pacienti, kteří při přijetí k hospitalizaci sdělili, že víra pro ně není důležitá či ji nepraktikují, typově takto:

- Paní C. – po měsíci si vyžádala rozhovor s knězem, po 2 měsících chce udělit svátost nemocných.
- Paní P. – po měsíci hospitalizace chce na mši sv., přeje si udělit svátosti.
- Paní M. – po 2 měsících hospitalizace se rozhoduje: „Zkusila bych kněze.“
- Paní S. – nejprve dlouho pevně odmítá, modlitbu chce, svátost ne. Čtyři dny před koncem života však nahlas volá, doslova křičí, že chce hned kněze.

Z těch, kteří uvedli, že jsou nepraktikující, si nakonec v hospici vyžádalo a přijalo svátost nemocných 18 % pacientů. Po setkávání s pastorační asistentkou vyplynulo z rozhovorů, že jsou pokřtěni, v mládí chodili do kostela, ke svátostem, i svatbu ještě měli v kostele, a nyní jim byla nabídnuta

možnost obnovit si svůj vztah k Bohu. Tuto nabídku využili...

To však je, z křesťanského pohledu, maximum plnosti. Těch, kteří k tomuto nespěli, ale projevila se u nich velká míra duchovních potřeb, které jsme jim pomáhali hledat a naplňovat, je většina. K tomu přesná data nemáme, ale ze zkušenosti víme, že je to většina. Typické situace, které řeší naši pastorační asistenti, jsou např.:

*Rád si s vámi popovídám, ale o víru zájem nemám.*

*Faráře nechci, ale modlitbu ano. / Modlitba ano, kněz ne. Modlitbu bych chtěl, svátosti ne.* – častá odpověď.

*Zanevřela jsem na Boha, zemřely mi děti.*

*Věřící jsem byla, ale už nejsem.*

Jasně „NE“ – např. od člověka, který je odmítavý ke všemu.

*Tatínek už nemůže mluvit, ale víru vždy praktikoval, sestřičko, zavolala byste pana faráře?*

*Sestřičko, prosím, mohla byste zařídit, aby syn dostal svátost nemocných?*

Sestřička se tiše modlí u pána, pán je pokřtěný, víru nikdy nepraktikoval, ale modlitbu chtěl, poslouchá slova modlitby a sestřičku drží za ruku, tak pevně, že ji nechce pustit.

*Bůh pro mě nemá význam.*

Rodina nechce kněze: „Nechceme ho strážit smrti. Myslel by si, že musí zemřít.“

*S Bohem to mám vyřešené, nepotřebuji instituci.*

*Mám svoji víru, praktikuji po svém... (vztah k ezoterice, léčitelství) – po čase má pacientka zájem o bohoslužbu v kapli a nakonec chce přijmout svátosti.*

Řada pacientů při příjmu sdělí, že víra důležitá není a nijak ji nepraktikují. Po čase chtějí přijmout svátosti.

Věty „Zanevřela jsem na Boha, zemřely mi děti.“ nebo „Tatínek už nemůže mluvit, ale víru vždy praktikoval, sestřičko, zavolala byste pana faráře.“ nejsou dokladem absence duchovních potřeb. Právě naopak! Je v nich přítomná velká duchovní bolest, resp. touha, která je při dobré péči umenšitelná, resp. naplnitelná. Naproti tomu tam, kde má české zdravotnictví odtaziť standardizováno, že v případě přání pacienta mu zprostředkuje kněze, mu ve skutečnosti s těmito zásadními životními situacemi většinou nepomůže.

Dobrá duchovní péče je kontinuální, všude a vždypřítomná nabídka pomoci při volání po smyslu života. O tu se v hospici snažíme. Krádež, třeba i v podobě nenabídnutí této možnosti umírajícímu, působí velká trápení. Přejeme českému zdravotnictví více úcty k lidskému životu, zejména při umírání. Důvěru a naději vystihl V. E. Frankl: „Jeden velký okamžik prožitý v závěru našeho života může dát zpětně smysl celému našemu životu.“