

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Lékařská fakulta v Hradci Králové

DUCHOVNÍ POTŘEBY HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Bakalářská práce

Vypracovala: Libuše Vyšínová

Vedoucí práce:

Ing.Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.

Hradec Králové 2007

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 27. 4. 2007

.....

Poděkování

Úvodem bych chtěla poděkovat Ing. Mgr. Aleši Opatrnému, Th.D. za odborné vedení, poskytování cenných rad a za čas, který mi s ochotou věnoval při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji páteru Markovi a kolektivu spolupracovníků Nemocnice Milosrdných sester za spolupráci při dotazníkovém šetření, děkuji panu Mgr. Šperkerovi z oddělení výpočetní techniky za spolupráci při vypracování výzkumné části této práce.

Děkuji také své rodině a přátelům za psychickou podporu a pochopení, s nimiž mě provázeli po celou dobu mého studia.

Lidský život má nesmírnou cenu lásky.

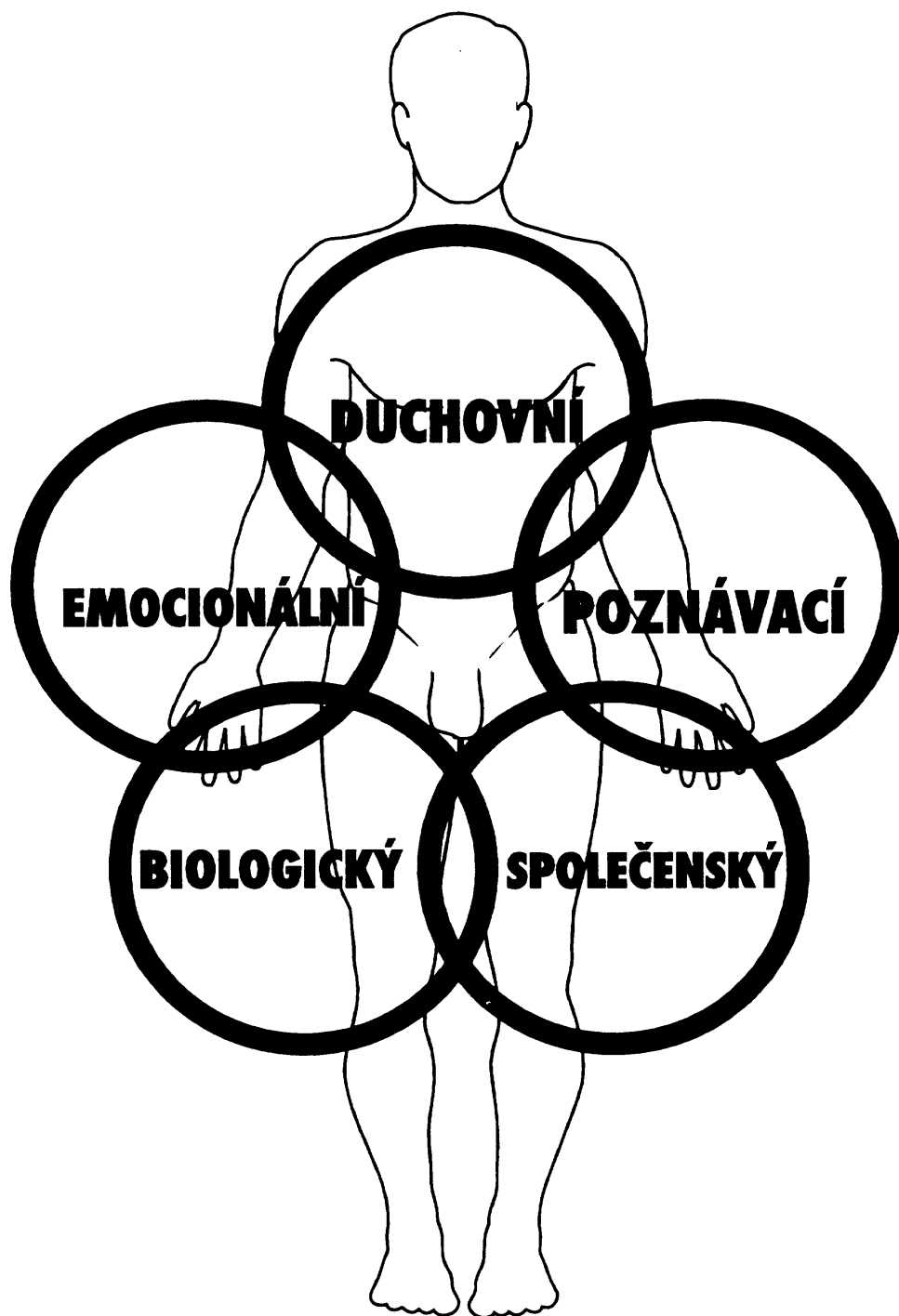
Vladislav Vančura

OBSAH

Úvod	7
1. Teoretická část.....	9
1.1. Cíle práce.....	9
1.2. Nemoc jako lidská zkušenost.....	10
1.3. Holismus – základní přístup péče o pacienta.....	11
1.4. Potřeby nemocného.....	12
1.4.1. Klasifikace potřeb.....	13
1.4.2. Hierarchie potřeb podle A.H. Maslowa.....	13
1.4.3. Metapotřeby.....	14
1.4.4. Faktory modifikující uspokojování potřeb člověka.....	14
1.5. Duchovní potřeby nemocného.....	14
1.5.1. Vymezení základních pojmů.....	15
1.5.2. Duchovní zdraví.....	17
1.5.3. Víra a nemoc.....	18
1.5.4. Duchovní potřeby.....	19
1.5.4.1. Potřeba smyslu.....	21
1.5.4.2. Potřeba důstojnosti.....	22
1.5.4.3. Potřeba společnosti.....	23
1.6. Poruchy duchovního zdraví, duchovní strádání.....	24
1.6.1. Duchovní rány.....	24
1.6.2. Duchovní tíseň.....	25
1.6.3. Duchovní bolest.....	26
1.6.4. Jiné podoby duchovního strádání.....	27
1.7. Vztah spirituální péče a ošetrovatelství.....	27
1.7.1. Zdravotník a spiritualita nemocných.....	28
1.8. Vztah spirituální a pastorační péče.....	29
1.9. Duchovní péče a její místo v našem zdravotnickém systému.....	31
1.9.1. Komunikace v rámci multidisciplinárního týmu.....	33
2. Empirická část.....	35
2.1. Cíle výzkumu.....	35
2.2. Metodika výzkumu	35
2.3. Sledovaná skupina.....	37
2.4. Prostředí výzkumu – Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského.....	38

3. Výsledky výzkumu.....	39
3.1. Prezentace výsledků získaných zpracováním dotazníků.....	39
3.1.1. Analýza osobních údajů.....	39
3.1.1.1. Souhrn údajů o respondentech.....	50
3.1.2. Plnění cílů výzkumu.....	51
3.1.2.1. Cíl č. 1.....	51
3.1.2.2. Souhrn k cíli č. 1.....	78
3.1.2.3. Cíl č. 2.....	80
3.1.2.4. Souhrn k cíli č. 2.....	88
3.1.2.5. Cíl č. 3.....	89
3.1.2.6. Souhrn k cíli č. 3.....	97
3.1.3. Zobecnění a vyvození závěrů k cílům 1 – 3 výzkumu.....	98
3.1.4. Diskuse.....	100
3.2. Prezentace kazuistik.....	101
3.2.1. Zhodnocení kazuistik.....	108
Závěr.....	109
Anotace.....	110
Literatura a prameny.....	111
Seznam tabulek.....	116
Seznam grafů.....	117
Seznam příloh.....	118
Přílohy.....	119
Příloha č.1 – Lidská bytost z hlediska holistického přístupu	
Příloha č.2 – Maslowova pyramida potřeb	
Příloha č.3 – Stádia duchovního vývoje podle Fowlera	
Příloha č.4 – Škála duchovního blaha (Ellison, Paloutzian), otázky k posouzení spirituality	
Příloha č.5 – Ošetřovatelská diagnóza Duchovní tíseň	
Příloha č.6 – Koncepční model V. Hendersonové	
Příloha č.7 – Přehled svátostné péče o nemocné v katolické církvi (<i>p.Opatrný</i>)	
Příloha č.8 – Ošetřovatelská anamnéza Nemocnice Milosrdných sester sv.karla Boromejského	
Příloha č.9 – Anonymní dotazník pro pacienty	

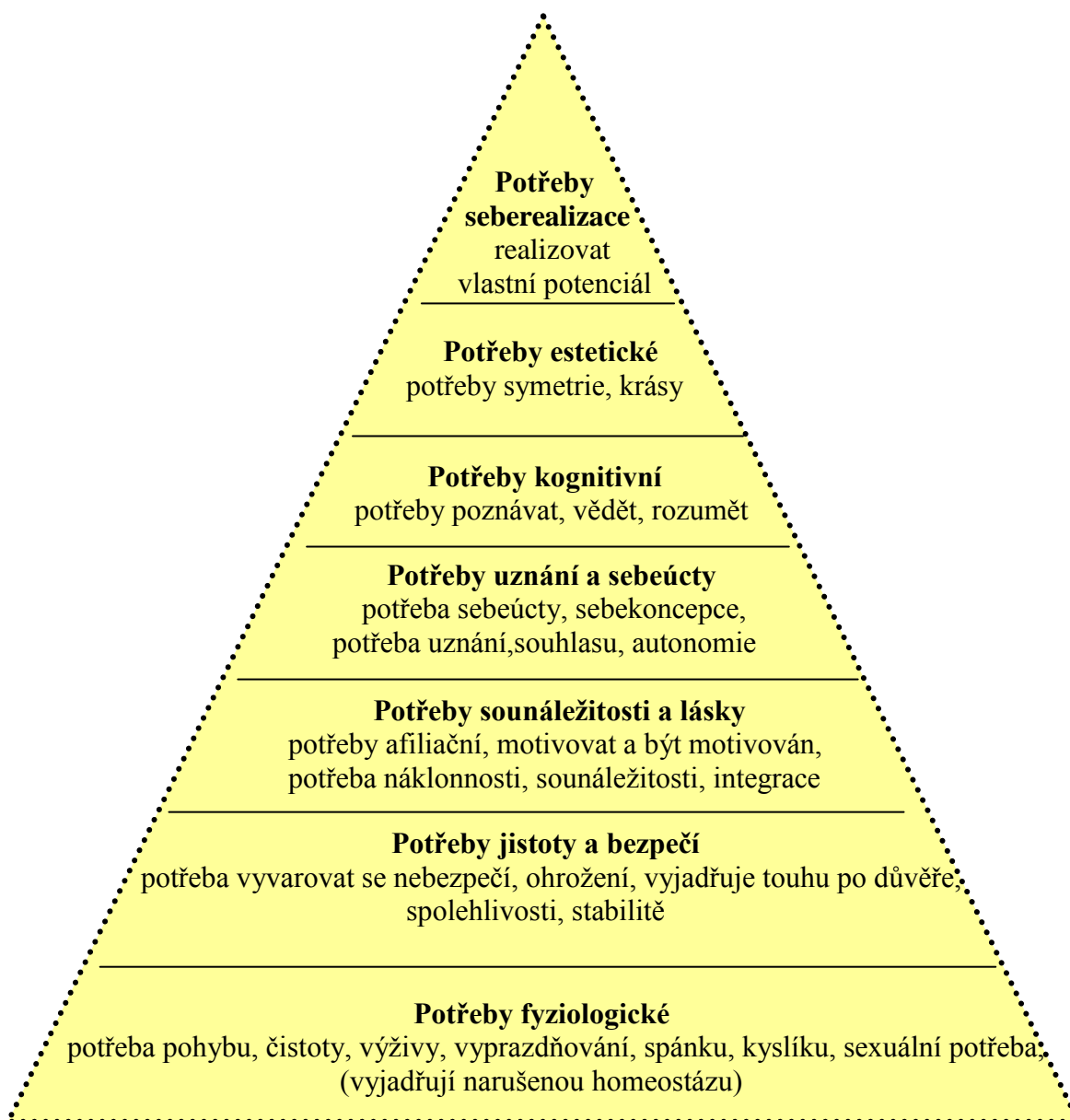
Příloha č. 1 – LIDSKÁ BYTOST Z HLEDISKA HOLISTICKÉHO PŘÍSTUPU



Kruhy reprezentují dynamickou interakci biologických, sociálních, kognitivních, emocionálních a duchovních potřeb, které tvoří lidskou bytost.

*(Převzato z Medical – Surgical Nursing a Psychophysiologic Approach 3rd ed.,
Luckmann and Sorensen, 1987 by W.B. Saunders Company, kap. 1, s. 4)*

Příloha č. 2 – MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



*Maslowova hierarchie potřeb
(Převzato z Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Trachtová, 2003, str.15,
upraveno podle Atkinsonová, atkinson, Smith, Bem: Psychologie. Praha,
Victoria Publishing 1995)*

Příloha č. 3 – STÁDIA DUCHOVNÍHO VÝVOJE PODLE FOWLERA

Vývojové stádium	Charakteristika
Kojenci a batolata	<ul style="list-style-type: none"> • kojenci ani batolata nemají smysl pro dobro a zlo, pro duchovní přesvědčení či přesvědčení pro řízenou činnost • batolata se při napodobování dospělých mohou chovat podle rituálů (např. modlitba), mohou navštěvovat církevní jesle, důraz se klade především na jejich sebeuvědomování
Předškolní věk	<ul style="list-style-type: none"> • rodičovské přístupy k morálnímu kodexu a k náboženství ukáží dětem, co se pokládá za dobré a zlé • děti dříve kopírují to, co vidí a méně dělají to, co se jim řekne. Pokud to, co vidí a to, co slyší je v rozporu, nastává problém. • děti často kladou otázky po morálce a náboženství (např. „Proč je to – nějaká činnost, slovo - špatné?“, apod.) jsou přesvědčené, že jejich rodiče, stejně jako Bůh, jsou všemocní. • v duchovní výchově dětí předškolního věku se používají dvě metody: jejich výchova k víře (indoktrinace) a poskytnutí možnosti vlastního rozhodnutí • děti předškolního věku náboženství ještě nerozumí, ale je již součástí jejich denního života, pětileté děti se už umí samy modlit • věří, že Bůh nebo lidé jsou zodpovědní za přírodní jevy, jako je např. dešť nebo vítr. Mohou si to zdůvodnit: „Když prší, tak Bůh pláče. Když fouká vítr, tak Bůh fouká na svět ústy.“ • mnohé děti navštěvují církevní mateřské školy a mají i církevní prázdniny. Na tyto prázdniny a jejich smysl se velmi vyptávají. Více je však zaměstnává příchod sv. Mikuláše s dárky než sám význam vánočních svátků. Když se děti začnou ptát na takové mýty, jako jsou velikonoční zajíčci, jsou již připraveny na důslednější vysvětlení Velké noci.
Školní věk	<ul style="list-style-type: none"> • děti mladšího školního věku očekávají vyslyšení svých modliteb, odměnění dobra a potrestání zla • v předpubertální fázi si děti začínají uvědomovat duchovní rozčarování: jejich modlitby nemusí být po nějaký čas vyslyšeny. Některé děti pozmění určité religiózní praktiky, anebo od nich upustí (např. modlitby pro hmatatelné zisky), jiné v nich pokračují jen kvůli rodičům. Začínají více zdůvodňovat, než jen slepě přijímat víru. • v době dospívání děti porovnávají vzory svých rodičů s jinými a rozhodují se, které z nich by chtěly zabudovat do vlastního chování. Kolem 16. roku bývá již většina adolescentů rozhodnuta, zda bude akceptovat náboženství svých rodičů. Mohou zažít osobní duchovní probuzení, např. pocit záchrany nebo přeměny, ať už naráz či postupně. Adolescenti, kteří mají rodiče různé víry, si mohou vybrat jednu z nich. Pro některé může být víra zdrojem posílení v těchto nepokojných letech.
Dospělí	<ul style="list-style-type: none"> • mladí dospělí, kteří mají vysvětlovat religiózní otázky svým dětem, zjišťují, že to, co se naučili v dětství, je nyní mnohem přijatelnější, než když sami dospívali. Ve středním věku, když jsou děti starší, dospělí často zjišťují, že mají více času na náboženské aktivity. Starší dospělí, kteří si vytvořili religiózní hodnoty, často usilují o jejich rozšíření a o pochopení novějších hodnot mladších lidí. • starší lidé bez vyzrálých náboženských názorů mohou zažít pocity deprese, když se stávají méně aktivními (např. při odchodu do důchodu). V těchto letech se lidé často setkávají se smrtí (partnerů, přátel,..), nebo s ní sami bojují. To je může velmi skličovat. Pro vytvoření vyzrálé náboženské filosofie starším osobám často pomáhá vyrovnat se s realitou, účastnit se života, cenit si sebe samého a akceptovat smrt jako nevyhnutelnou.

(Převzato z: Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. Ošetřovatelstvo, str. 778 – 779 Osveta Martin, 1995)

Příloha č. 4 – ŠKÁLA DUCHOVNÍHO BLAHA (C.W.Ellison, R. F. Paloutzian)

RELIGIÓZNÍ SLOŽKA	
Věřím, že mě má Bůh rád a stará se o mě.	ano/ne
Mám osobní a smysluplný vztah s Bohem.	ano/ne
Věřím, že se Bůh zajímá o můj problém.	ano/ne
Můj vztah k Bohu mi pomáhá necítit se osaměle.	ano/ne
Největší zadostiučinění vnímám, když jsem v blízkém spojení s Bohem.	ano/ne
Můj vztah k Bohu přispívá k mému pocitu duchovního blaha.	ano/ne
SMYSL A ÚČEL ŽIVOTA	
Jsem přesvědčený/á, že život je pozitivní zkušeností.	ano/ne
Život mi dává pocit obsažnosti a zadostiučinění.	ano/ne
V otázce směřování mého života mám dobrý pocit.	ano/ne
Mám dobrý pocit z vlastní budoucnosti.	ano/ne
Věřím, že život má skutečný smysl.	ano/ne

(Spiritual Well-Being Scale, 1982 by Craig W. Ellison and Raymond F. Paloutzian)

(Převzato z: Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. Ošetrovatelstvo, str. 783

Osveta Martin, 1995)

OTÁZKY K POSOUZENÍ SPIRITUALITY *(pro diagnostickou fázi oš. procesu)*

Máte nějaké osobní náboženské praktiky, které jsou pro vás významné?
Pokud ano, můžete mi, prosím, o nich povědět?
Narušuje pobyt v tomto zařízení Vaše náboženské povinnosti?
Domníváte se, že víra je pro vás pomocí?
V jakém smyslu má pro Vás význam právě teď?
Jakým způsobem bych Vám mohl/a být nápomocna ve vaší víře?
Chtěl/a bysta například, abych Vám předčítal/a z Vaší náboženské knihy?
Přejete si návštěvu Vašeho duchovního nebo nemocničního kaplana?
Co je pro Vás nyní zdrojem sil a naděje?

(Převzato z: Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. Ošetrovatelstvo, str. 784

Osveta Martin, 1995)

Příloha č. 5 – OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA DUCHOVNÍ TÍSEŇ

- **Definice:** narušení principu života, pronikajícího celou existencí jedince a sjednocujícího a přesahujícího jeho biologickou a psychickou podstatu.

- **Související faktory:**

1. oddělení od náboženských nebo kulturních vazeb
2. zpochybnění víry a nebo přesvědčení o hodnotovém systému (např. v důsledku morálních či etických souvislostí léčby, vlivem intenzivního utrpení)

(Doenges, Moorhouse, 2001, str.84)

- **Duchovní podporu si obyčejně přejí:**

- a) pacienti, kteří se zdají být osamělí a navštěvuje je jen málo lidí
- b) pacienti vyjadřující strach a úzkost
- c) pacienti před operací
- d) pacienti, jejichž onemocnění souvisí s emocemi nebo má náboženské či sociální důsledky
- e) pacienti, kteří následkem choroby či úrazu musí změnit dosavadní způsob života
- f) pacienti zamýšlející se nad jejich vztahem mezi náboženstvím a zdravím
- g) pacienti, které nemůže navštívit duchovní

(Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, str.785)

projevy	cíle	kritéria	intervence
subjektivní příznaky: <ul style="list-style-type: none"> • vyjádření starostí v souvislosti se smyslem života/smrti, nebo s přesvědčením/vírou • slovní vyjádření vnitřního konfliktu v oblasti víry/přesvědčení • problémy ve vztahu k Bohu, hněv v boha, přesunutí hněvu na osobu reprezentující náboženství • zpochybnění významu utrpení a vlastní existence • hledání duchovní pomoci • neschopnost účastnit se obvyklých náboženských praktik • pochybnosti o morálních, etických 	<ul style="list-style-type: none"> • pacient plní náboženské povinnosti přiměřeně svému zdravotnímu stavu • pacient využívá dostupných duchovních zdrojů • pacient mobilizuje a efektivněji využívá vnitřních zdrojů ke zvládnutí současné situace • pacient si udrží či založí dynamický vztah s nejvyšší bytostí, a tak čelí nepříjemným okolnostem 	<ul style="list-style-type: none"> • sestra zná pacientovy náboženské/duchovní potřeby • sestra zná projevy pacientovy duchovní tísně a chápe příčinné souvislosti • sestra umožní pacientovi plnit náboženské povinnosti přiměřeně jeho zdravotnímu stavu • sestra informuje pacienta o duchovní službě poskytované ve zdravotnickém zařízení • sestra umožní či zprostředkuje klientovi (pokud si to přeje) kontakt s duchovním jeho církve nebo jiného náboženství 	<ul style="list-style-type: none"> • zjistí, zda dochází k omezení náboženských praktik pacienta • udělej si čas na vstřícnou diskuzi o otázkách duchovního rozměru nemoci, situace • naslouchej líčení pacienta/jeho blízkých, výrazům hněvu, obav, přesvědčení pacienta • pomoz pacientovi nalézt duchovní zdroje, které mohou pomoci • naučte pacienta používat modlitbu/meditaci a odpuštění ke zhojení minulých bolestí, povězte mu, že zloba vůči bohu je normální součástí procesu smutku • poskytněte čas a dostatek soukromí nutný pro duchovní růst/ spirituální aktivity (např. modlitbu,

<p>aspektech léčby</p> <ul style="list-style-type: none"> • popis noční můry, poruchy spánku • neschopnost přijmout sám sebe, sebeobviňování • považuje nemoc/situaci za trest <p>objektivní příznaky:</p> <ul style="list-style-type: none"> • porucha chování, nálady, projevující se hněvem, pláčem, izolováním se, úzkostí, nepřátelstvím, apatií • černý (šibeniční) humor 	<p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient nalézá smysl své existence a účastní se situace <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient nemá sebevražedné tendence 	<p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient slovně vyjádří zvýšený smysl pro sebepojetí a naději do budoucna, projeví schopnost účastnit se péče, účastní se činností s ostatními, aktivně vyhledává vztahy • pacient aktivně diskutuje o přesvědčení, duchovních hodnotách • pacient přestává obviňovat transcendent, sebe samého i ostatní • pacient vyjadřuje objev pozitivního významu v současné situaci i ve vlastní existenci <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> • slovně vyjádří akceptování sebe sama jako toho, kdo si nezaslouží nemoc, nikoliv toho, kdo nese vinu • pacient má pozitivní citění, vyjadřuje zmenšující se pocit viny, prožívá pocit odpuštění 	<p>meditaci, čtení posvátných knih)</p> <ul style="list-style-type: none"> • doporuč vhodné zdroje pomoci – např. pastorační/farní službu, poradce v otázkách víry, poradenství z krize, hospic, psychoterapii, podpůrné skupiny lidí léčících se z drogové závislosti • informuj duchovní službě zdravotnického zařízení, poskytni možnost kontaktu s duchovním <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpoznaj pocity marnosti, bezmocnosti, bezradnosti, chybění motivace pomoci si sám • zaznamenej slovní projevy neschopnosti najít smysl života a důvod, proč žít • vytvoř prostředí, podporující otevřené vyjadřování pocitů a obav • měj pacienta k tomu, aby se podílel na stanovení konkrétních cílů péče a léčby, ke stanovení cílů v životě/nemoci/ situaci • ved' pacienta k obrácení se na jeho blízké a další lidi, kteří mu mohou být oporou <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaznamenej suicidivní projevy, v případě těchto projevů kontaktuj lékaře, odstraň z prostředí pacienta nebezpečné předměty, zajisti zvýšený dohled. • vymež hranice nevhodnému/destruktivnímu chování, braň ztrátě sebeúcty pacienta • diskutuj o rozdílu mezi smutkem a vinou a pomoz klientovi vyrovnat se s oběma těmito stavy, převzít odpovědnost za vlastní činy • používej terapeutické komunikační dovednosti reflexe a aktivního naslouchání • pomoz pacientovi v hledání důvodu, proč žít, podporuj ho v naději a snaze o zlepšení situace
---	--	--	--

Příloha č. 6 – KONCEPČNÍ MODEL VIRGINIE HENDERSONOVÉ

„Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli a znalosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti.“ (Henderson, V.: *The nature of nursing*, 1966)

Virginie Henderson studovala mnohá náboženství, navštěvovala obřady nejrozličnějších církví a náboženských skupin, považovala za nutné porozumět odlišnostem jednotlivých náboženských vyznání. Jejím stanoviskem je, že součástí základní ošetrovatelské péče je respektovat pacientovy duchovní potřeby za jakékoliv situace a pomáhat mu tyto potřeby uspokojovat. Zdůrazňuje, že paktiže je náboženský život důležitý pro zdravého člověka, o to důležitější je pro něho ve chvíli, kdy onemocní. Od sestry se tudíž očekává, že pacientovi umožní vyznávat jeho náboženství, což předpokládá celou řadu specifických opatření, jako např. pomoci pacientovi najít místo, kde se koná bohoslužba, nebo přivést kněze jeho víry, umožnit soukromí pro kontakt s duchovním, umožnit pacientovi přijímání svátostí.

Virginie Henderson považovala za důležité, aby sestry byly informovány o zvláštlostech jednotlivých náboženství: *„Náboženské zákony se dotýkají mnoha aspektů každodenního života. Mohou např. zakazovat určité pokrmy či určité formy zábavy, o kterých se lidé mimo náboženství mohou domnívat, že jsou neškodné nebo dokonce prospěšné. Mnohá náboženství také předepisují dny půstu a dny, kdy se nesmí pracovat. Pro zdravotnická zařízení a instituce není jednoduché působit tak, aby byly splněny všechny náboženské potřeby nemocného.“*

(Zvoníčková, 2006, str. 133)

- **Ošetrovatelský cíl modelu:** *nezávislost v uspokojování, dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti*
- **Pacient v tomto modelu:** *představuje celistvou, nezávislou bytost se 14 základními potřebami, (všechny lidské bytosti mají stejné základní potřeby bez rozdílu rasy, kultury, pohlaví, věku, temperamentu, psychické a intelektuální kapacity). Metody uspokojování potřeb se liší individuálně nebo okolnostmi.*
- **Role sestry/porodní asistentky:**
 - *udržovat či navracet nezávislost*
 - *pomáhat v situaci, kdy si základní lidské potřeby pacient nemůže zajistit sám*
 - *plnit terapeutický plán lékaře a spolupracovat s ostatními zdravotníky v zájmu uzdravení pacienta*
- **Obsah modelu:** *Hlavním cílem ošetrovatelství je udržet člověka maximálně soběstačného, nezávislého, aby byl schopen hodnotně žít. V případě, že nemá potřebnou sílu, vůli a znalosti, pomáhá mu sestra vhodnou ošetrovatelskou péčí.*

- **Základní prvky ošetrovatelské péče – 14 aktivit:**

1. Normální dýchání
2. Adekvátní strava a pití
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování tělesné polohy /držení těla/
5. Spánek a odpočinek
6. Výběr vhodného oděvu – oblékání, svlékání
7. Udržování tělesné teploty v normě, adekvátní oblékání, přizpůsobení se prostředí
8. Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky
9. Vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránění zranění jiných
10. Komunikace s okolím, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů
11. Konání pobožnosti podle vlastní víry
12. Práce na něčem, co je smysluplné a dává uspokojení z výsledků práce
13. Hry nebo účast v různých formách rekreace
14. Učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví

- **Výsledky ošetrovatelské činnosti:**

- **zvýšená nezávislost a uspokojování klientových 14 základních potřeb**
- **klidná smrt**

Myšlenky Hendersonové a její definice ošetrovatelství jsou aktuální dodnes. Její model lze použít k posouzení potřeb pacienta jak v domácí, tak nemocniční ošetrovatelské péči.

(Archalousová, 2003, str. 25)

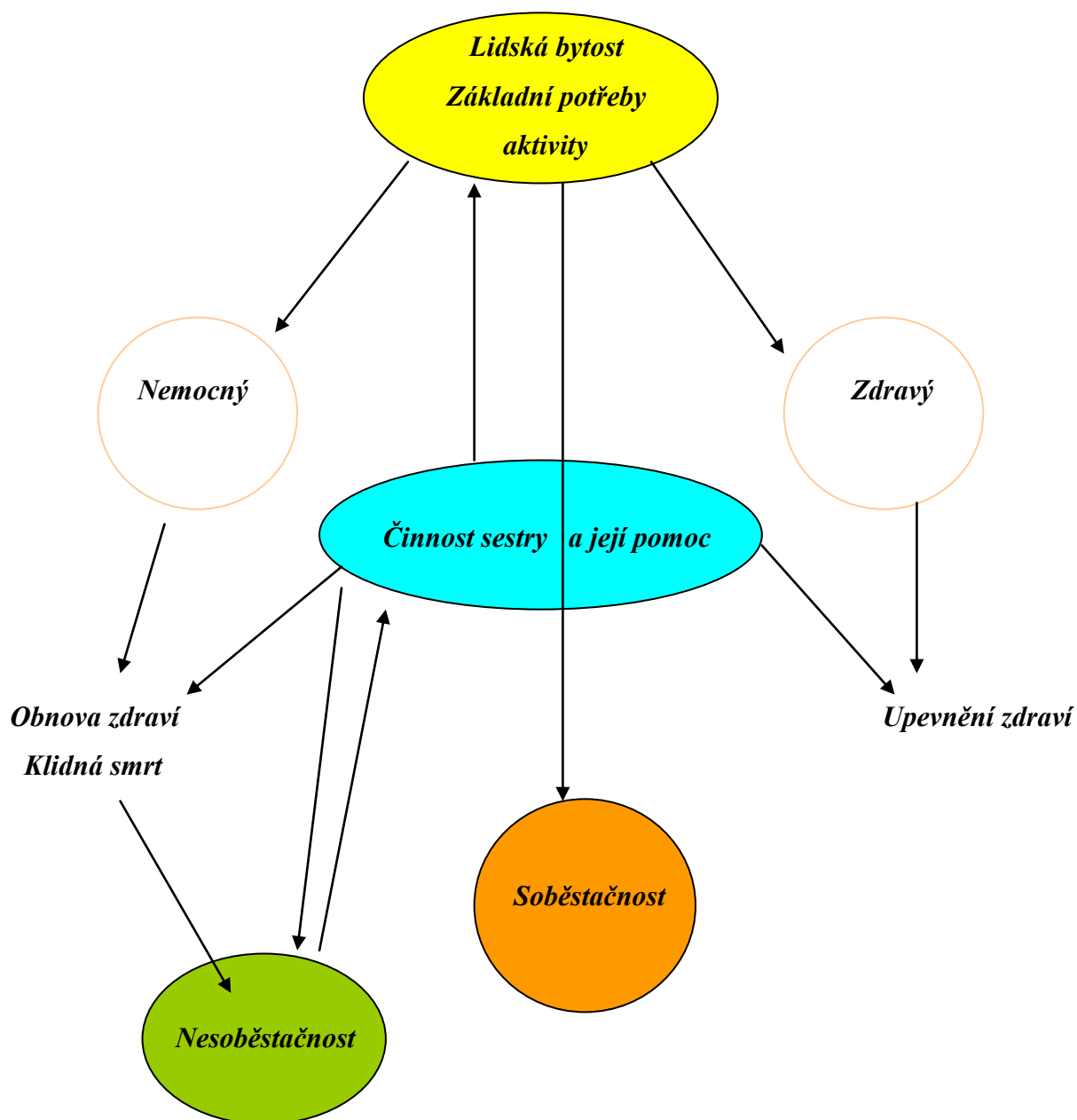
Prvky základní ošetrovatelské péče – vycházející ze základních potřeb modelu

Hendersonové



SCHÉMA MODELU HENDERSONOVÉ

Všechny lidské bytosti mají stejné potřeby bez rozdílu rasy, kultury, pohlaví, náboženství, temperamentu, intelektu.



(Převzato z: Přehled vybraných ošetřovatelských modelů, Alexandra Archalousová, 2003, str.26)

Příloha č. 7 – PŘEHLED SVÁTOSTNÉ PÉČE O NEMOCNÉ V KATOLICKÉ CÍRKVI PODLE A. OPATRNÉHO

Římskokatolická církev je v naší zemi nejrozšířenější. Bude-li pacient, o něhož se staráme, příslušníkem katolické církve, měli bychom vědět, jaká svátostná služba může být pro něj v daném případě potřebná a měli bychom **umět našemu klientovi tuto službu zprostředkovat.** Je důležité, abychom chápali význam svátostí jako prostředku obnovujícího jak duchovní zdraví, tak zdraví člověka v jeho celistvosti.

1. SVÁTOST NEMOCNÝCH (neboli svátost pomazání nemocných)

- **Svátost pomazání nemocných je posilou věřících, kteří bojují s těžkou chorobou.** Nemocný ji má přijmout, když **vážně onemocní** nebo když jsou jeho **síly stářím oslabeny**. Lze ji přijmout i vícekrát za život, pokud se nemocný uzdravil a znovu onemocněl, nebo pokud se jeho zdravotní stav zřetelně zhoršil.
- **Udělovatelem** svátosti nemocných je **biskup** nebo **kněz**, svátost je udělována ve dvou krocích: po úvodních modlitbách nejprve kněz mlčky vkládá ruce na hlavu nemocného, poté jej maže posvěceným olejem na dvou místech, zpravidla na hlavě a na ruce, a říká následující slova: *„Skrze toto svaté pomazání ať ti Pán pro své milosrdenství pomůže milostí Ducha svatého. Amen. Ať tě vysvobodí z hříchů, ať tě zachrání a posilní. Amen.“*
- Tato svátost - **sloužící k pomoci ve stáří a v nemoci** - je zatížena mnoha nedorozuměními, pro řadu lidí představuje poslední akci před smrtí, bezprostřední přípravu na smrt. Spojení svátosti se špatnou předpovědí vyplývalo z dřívějšího názvu „poslední pomazání“, který se dosud mezi lidmi užívá. Nový obřad této svátosti zavedený Apoštolskou konstitucí v r. 1972 umožňuje dobře pochopit její podstatu. Na rozdíl od dřívější praxe není svátost nemocných určena především umírajícím, ale všem vážně nemocným. Tím se přijetí svátosti zbavuje charakteristiky, která bývala zátěží pro nemocného i jeho blízké, totiž představy, že zpečetuje rozsudek smrti.
- Spirituální uzdravující zásah této svátosti je potřebný všude tam, kde oprávněně vstoupila do mysli nemocného představa blízké smrti, zvláště když je doprovázena hlubokou úzkostí a zoufalstvím. Přijetí svátosti nemocných se doporučuje též před vážnou operací, která je spojena s rizikem úmrtí.

2. EUCHARISTIE (neboli svaté přijímání)

- Touto svátostí se slouží nemocným nejčastěji, je určena všem, kdo jsou pokřtěni, setrvávají v katolické církvi a žijí smíření s Bohem (jsou bez těžkého hříchu) a s lidmi (nežijí ve stavu aktivního nepřátelství, nezdráhají se nikomu odpustit), a jejich právní stav

jim nebrání v přijímání svátostí (jsou prosti církevních trestů, nežijí v církevně neplatném manželství, rozvodu, apod.).

- Eucharistie – významný křesťanský obřad, v katolické církvi označován jako svátost, v protestantských církvích označován jako večeře Páně. V eucharistii jde o svátostné zpřítomnění zmrtvýchvstalého Ježíše s tím, že církev znovu nabízí onu oběť, kterou Ježíš přinesl na kříži. Chléb a víno se mění v tělo a krev Kristovu.
- Můžeme se setkat s tím, že **kněz slouží mši přímo u lůžka** nemocného, častěji však **kněz svátost nemocnému donese**. Eucharistii nemusí donášet pouze kněz či jáhen (viz. svátostná služba laiků). Věřící nemocní, jejichž zdravotní stav to dovoluje, dávají přednost tomu, aby mohli eucharistii přijmout v rámci eucharistické slavnosti - bohoslužby. Proto je oprávněná snaha, aby se v nemocnicích obnovily kaple, kde by hospitalizovaní pacienti mohli být bohoslužbě přítomni.
- Katolík má před přijetím eucharistie dodržet **eucharistický půst**. Ten je za normálních okolností hodinu před přijímáním, v **nemoci jen čtvrt hodiny**. Voda ani léky půst neruší. V případě, že nemocný nemůže přijmout ani menší úlomek hostie, je možné mu podat svaté přijímání pod způsobu vína.
- **Viatikum (svaté přijímání na cestu „do věčnosti“, svátost umírajících)** je eucharistie jakožto posila na cestu do věčnosti. Je to přijímání Těla Kristova v blízkosti smrti, před kterým je možné, aby nemocný obnovil své křestní vyznání a po přijímáním může kněz nemocnému udělit plnomocné odpustky pro okamžik smrti.

3. SVÁTOST POKÁNÍ (svátostné smíření, „zpověď“)

- Dobré přijetí svátosti pokání je jednou z **nejvýraznějších pomocí**, které se může nemocnému dostat. Je ale důležité, aby tato svátost byla nemocnému nabízena jako jedna z pomocí, nikoliv jako povinnost. Vzhledem ke svému **osobnímu charakteru** může být v určitých případech nemocnému nedostupná – není schopen ji vykonat.
- Tato svátost je **těž svátostí uzdravující**. Věřící v ní získává nejen **odpuštění hříchů**, ale také pomoc ke **zhojení ran, které mu hřích způsobil**. Jsou to zraněné vzpomínky, vztahy, i způsob, jak sám o sobě smýšlí a sám sebe pociťuje. Prostřednictvím této svátosti si věřící uvědomuje, že je hoden lásky, že může milovat a odpouštět, že je schopen děkovat Bohu za celý svůj život a s vděčností jej přijímat.
- Někdy se stává, že nemocný těsně před smrtí vyjeví ošetřující sestře nebo lékaři své obtížné svědomí. Nelze-li již pozvat kněze k vykonání svátosti smíření, může zdravotník alespoň umírajícímu pomoci vzbudit lítost a zabezpečit ho o Božím milosrdenství.

4. KŘEST

- Ocítne-li se **v nebezpečí smrti** někdo, kdo **touží po křtu**, **může být** za této situace **neprodleně pokřtěn**, **vyznal-li svou víru v Krista** a touhu žít s ním a chce-li, pakli-že se uzdraví, doplnit to, co v jeho případě chybí. **Rozhodnutí ke křtu musí být ovšem zcela dobrovolné.**
- **Není-li** v tomto případě **dosažitelný řádný udělovatel křtu** (kněz, biskup nebo jáhen), **může nemocného pokřtít kdokoliv**, kdo od křtěného **prijme jeho vyznání víry** a poté mu lije vodu (jakoukoliv, ne jen posvěcenou, ale přírodní vodu) na hlavu či (v případě nutnosti) na jinou část těla se slovy: „*Já tě křtím ve jménu Otce, i Syna i Ducha svatého.*“ Je-li křtěno malé dítě, vyznání víry samozřejmě odpadá.
- Křest je v každém případě třeba **ohlásit na místní faře.**

5. BIŘMOVÁNÍ

- Je-li křesťan pokřtěn a není-li biřmován, má být tato **svátost, uvádějící do plnosti křesťanského života**, podle možnosti udělena. V případě nebezpečí smrti ji **uděluje** bez dalšího **kněz**, nejen biskup.

6. SVÁTOST MANŽELSTVÍ

- Může se stát, že nemocný uzavře v nemocnici manželství, nebo v čase nemoci legalizuje (církevně nebo občansky i církevně) svůj dosavadní svazek. Je třeba zjistit (rozhovorem s knězem nebo jáhnem), zda za daného právního stavu dotyčných lze platné manželství uzavřít.
- K samotnému uzavření manželství (po sepsání všech náležitostí a sehnání patřičných dokumentů) je třeba jen **kněze a dvou svědků**. Svědkové nemusí být pokřtěni, ale musí být plnoletí a svéprávní. **S dovolením biskupa** lze manželství uzavřít i jinde, než v kostele.

7. SVÁTOSTNÁ SLUŽBA LAIKŮ

- Laik může nemocnému posloužit dvěma svátostmi: **křtem a eucharistií**. Pokřtít může nemocného v nebezpečí smrti kdokoliv, svaté přijímání může donášet pověřená osoba (muž či žena). Pověření uděluje biskup, v naléhavém případě - jednorázově – může pověřit vhodnou osobu kterýkoliv kněz. Pověření laici jsou služebníky mimořádnými a mají svou službu konat v rámci farní nebo nemocniční (ústavní) duchovní správy, tedy v součinnosti s farářem, nemocničním kaplanem nebo jiným duchovním, který má danou oblast na starosti.

- V Obřadech pomazání nemocných a péče o nemocné se říká: „*Duchovní správcové ať se postarají, aby nemocným a věkem pokročilým, i když nejsou těžce nemocní ani jim nehrozí nebezpečí smrti, byla dána příležitost často, pokud možno třeba i denně, přijímat eucharistii.*“ Aby toto bylo možno realizovat, je většinou třeba pomoci laiků.

*(Text převzat z : Opatrný, A.: Malá příručka pastorační péče o nemocné, Praha 2003,
připravilo Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském)*

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce jsou duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů. Duchovní svět a duchovní potřeby doprovázejí člověka po celý život. Jsou to nejen potřeby týkající se náboženství a víry, ale též potřeba lásky, potřeba smyslu života, potřeba naděje, jistoty, apod.. V určitých etapách lidského života vystupují tyto potřeby více do popředí a velmi často během situací, které člověk prožívá jako pacient ve zdravotnickém zařízení: bolest, sdělení závažné diagnózy, rozhodující operační výkon, nejistota, strach, bezmocnost.

V dnešní uspěchané době, kdy je rychlost a efektivita synonymem úspěšnosti, se mohou duchovní dimenze lidské bytosti snadno přehlédnout a pacient pak zůstává v pozadí za svým somatickým problémem a zjištěnými diagnózami vláčen ve víru diagnosticko-léčebných výkonů. Čas na komunikaci se tak pomalu stává nedostatkovou surovinou při tvorbě vztahu zdravotník - pacient. Vyvstává otázka, jakým způsobem a zda vůbec je zdravotnický personál schopen duchovní potřeby pacienta zaregistrovat a jak dalece je schopen tyto potřeby akceptovat, respektovat a pomoci je vhodným způsobem kompenzovat.

Pro svůj výzkum jsem si vybrala Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. V tomto zdravotnickém zařízení je pacientům poskytována kromě zdravotní péče též péče duchovní. Zajímalo nás, jaký vliv má poskytovaná duchovní péče v této nemocnici na pacientovo snášení a prožívání nemoci, jak pacienti na poskytování duchovních služeb během hospitalizace nahlízejí, jak jej hodnotí, jak vnímají přítomnost řádových sester a duchovních u svého lůžka či u lůžka jiného pacienta a zda jim tento specifický ráz péče pomáhá snáze překonat úskalí pobytu v nemocnici, nebo zda se s tímto typem péče naopak hůře ztotožňují.

Jako zdravotní sestra jsem si vědoma, že duchovní potřeby člověka jsou z hlediska moderního ošetrovatelství a jeho současného zvýšeného zájmu o spiritualitu otázkou pro praxi velmi aktuální, avšak jejich zkoumání a popisování je věcí značně složitou. Zároveň cítím, že mé profesní kompetence mi dovolují zabývat se duchovními potřebami pacientů pouze z pohledu zdravotní sestry, neboť rozsáhlost filosofického záběru duchovních potřeb a duchovní péče ve zdravotnických zařízeních daleko přesahuje hranice mého vzdělání.

Tato práce si neklade za cíl podrobně zkoumat duchovní potřeby pacientů (domnívám se, že tyto otázky spadají do oblasti těch nejnítěnějších myšlenek a prožitků a snažit se je zachytit dotazníkovým šetřením by bylo prakticky nemožné), je spíše jakousi připomínkou toho, že duchovní potřeba člověka není jen pojem v literatuře, ale že je opravdová, současná a často naléhavá, prioritní.

V teoretické části jsem se pokusila v realizovatelném rozsahu bakalářské práce o komplexní náhled do problematiky duchovních potřeb člověka. V empirické části jsem využila poznatků získaných v průběhu zpracování této práce, jak při provádění dotazníkového šetření, tak při rozhovorech s vybranými pacienty. Realizace tohoto výzkumu byla pro mne cennou zkušeností, jelikož jsem se během ní seznámila s mnoha zajímavými lidmi, jejichž životní příběhy mě nutily k opětovnému zamyšlení se nad svým životem a nad svou profesí.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 CÍLE PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je poukázat na to, že vedle somatických a psycho – sociálních potřeb pacienta existují také potřeby spirituální, které se v prožívání nemoci a velmi často během pobytu v nemocničním zařízení dostávají do popředí pacientova vnímání. Tato práce by měla připomenout, že existuje přímý vztah mezi medicinou a spiritualitou a že duchovní svět patří k člověku stejně jako psychika a tělesnost. Chceme předložit a zdůvodnit, že duchovní život a duchovní potřeby člověka mají své místo v poskytování zdravotní péče.

1.2. NEMOC JAKO LIDSKÁ ZKUŠENOST

Ke každému lidskému životu patří také skutečnost nemoci. Každý z nás je někdy nemocným, i když naše zkušenosti mohou být značně rozdílné. V nemoci na sebe člověk nahlíží poněkud jinak, než ve zdraví. Některá onemocnění dokážou člověka úplně změnit. Přerušují nám naše dosavadní tempo a navyklý řád, donutí nás přemýšlet o věcech, o nichž jsme předtím přemýšlet nechtěli a nemuseli, nabourávají se do systému našich hodnot a podněcují nás k jeho přestavbě, ukazují nám, jací doopravdy jsme, neboť nás vedou po trnité cestě do našeho nitra k naší vlastní podstatě a nechávají nás obnaženými napospas otázkám bez smysluplných odpovědí.

Vydáme-li se na cestu člověka, který přichází do nemocnice, zjistíme, že jeho cesta je vždy spojena se ztrátami. Nejprve ztrácí značnou část svého sociálního zázemí. V prvních dnech svého životního období si připadá často jako šokovaný a jen velmi těžko komunikuje s druhými. Zažívá mnoho nových zkušeností, přičemž tou hlavní bývá bolest, kterou mu způsobují převážně zdravotníci při různých diagnosticko-terapeutických výkonech, setkává se s novými pojmy, kterým zpočátku nerozumí, s novými a novými cizími tvářemi, které se neustále obměňují a střídají u jeho lůžka, ztrácí pojem o čase neboť pro něj nezvyklý rytmus dějů na nemocničním oddělení vnáší chaos do jeho původního režimu a kapacita jeho smyslového vnímání bývá přesycena neznámými zvuky, světly a neustálým komunikačním šumem. Ztrácí své původní sebehodnocení, připadá si nešikovný, pomalý, obtížně chápe souvislosti své nemoci a probíhající léčby, neboť není čas na dlouhé vysvětlování. Už se o něm nemluví jako o osobě s konkrétním životním příběhem, ale jako o „případu“ s nemocným orgánem. Chtěl by si promluvit, ale málokdy se najde někdo, kdo mu věnuje alespoň pár minut naslouchání a tak si připadá nedůležitým. Přichází o sebeúctu a chce jít domů, ke své rodině nebo alespoň tam, kde se cítí být sám sebou.

*„Pacient se často musí vyrovnat s tím, že v nemocnici bude brát sotva někdo v potaz jeho jedinečnou osobitost a jeho vlastní já, jeho znalosti a plány, jeho koníčky a zvyky, jeho režim dne a jeho obyčej. Všechny bude zřejmě zajímat jen jeho chorobopis, ve kterém najdou různé záznamy, hodnoty a křivky, ale ani jednu kolonku pro jeho vlastní otázky a nejistoty.“*¹

Vyvstává těžká otázka, zda nemoc představuje pro pacienta rozhodující změnu v jeho životě. Určitá skupina nemocných zakouší v průběhu své nemoci dočasnou ztrátu svých schopností, omezení výkonnosti a životních možností. Pakliže se pacient musí přizpůsobit tomu, že se bude čtyři až šest měsíců léčit, např. kvůli zlomenině, je to něco úplně jiného, než když nemoc získává chronický charakter nebo má za následek trvalé poškození, např. kvůli

¹ Cit.z: Henrich Pera, 1996, str. 69

amputaci končetiny. Každá situace vyžaduje odlišnou pomoc a také přijetí nemoci a přizpůsobení se změně bývá rozdílné. Čím více nemoc člověka pohlcuje a čím více ubývá možností, jak ji léčit, tím více by mělo přibývat lidské blízkosti a citové opory.²

„Nemoc bývá často spojená s úzkostí a úzkost zpochybňuje všechno, čemu člověk věřil, protože boří pocit zajištěnosti a staví před oči možnost, že věci mohou být také jinak, ba dokonce, že člověk sám i celý jeho svět může nebýt.“³

Souhrnně řečeno, nemoc postihuje člověka v jeho úplnosti. Jak po stránce tělesné (bolest, změna vzhledu vlastního těla, funkční následky), tak po stránce duševní (prožívání, psychická zátěž), společenské (sociální izolace, potenciální zátěž pro rodinu pečující o nemohoucího) a duchovní (otázky vlastního směřování, perspektivy, budoucnosti, otázky smyslu života, otázky víry). Toto bychom si měli my zdravotníci více uvědomovat a pokud se chceme nazývat profesionály a pokud chceme, aby nás nemocní také tak vnímali, neměli bychom se zaměřovat pouze na samotnou nemoc nebo jen na psychiku člověka v případě, že její porucha nám brání nemoc účelně léčit, ale brát v potaz všechny aspekty pacientova bytí celistvě a nevyčleňovat je z kontextu. Jednou z teorií zabývajících se celostním přístupem k člověku je teorie holismu.

1.3. HOLISMUS – ZÁKLADNÍ PŘÍSTUP PÉČE O PACIENTA

„V průběhu 20. století se ze zdravotnických zařízení staly jakési opravárenské dílny lidského těla, do jejichž kompetence nic jiného nepatří. Lidská psychika bývá čas od času brána v úvahu, protože psychická nepohoda často kazí jinak bezchybnou opravu těla. Avšak duchovní svět člověka je tak málo spjat s jeho hmotným substrátem, že často zůstává zcela stranou.“⁴

Holistický přístup k člověku začaly sestry v klinické praxi prosazovat v důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. To proto, že medicínská praxe vyústila do stádia vysoké závislosti na složitých diagnostických a léčebných intervencích, které dostaly prioritu před člověkem jako lidskou bytostí. Role sestry se tím rozšířily i na individuální ochránkyně práv pacienta s důrazem na etické principy kvality života.⁵

Holismus – (z řeckého *holos* = celek) je filozofický směr, který se opírá o tzv. „filozofii celistvosti“. Holistická teorie vidí živé organizmy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci. Porucha v jedné části je poruchou celého systému.

² Srov. dle Pery, 1996, str.73

³ Cit z: Šimek, 2006, str. 102

⁴ Cit.z Šimek, 2006, tamtéž

⁵ Srov. Mastiliaková, 1999, str. 8

Pojem „holistické zdraví“ zahrnuje celou osobnost člověka – celistvou bytost se všemi aspekty jejího životního stylu: dynamickou interakci biologických, sociálních, kognitivních, emocionálních a duchovních potřeb, které tvoří lidskou bytost. (viz. příloha č.1)

Holistický pohled na člověka představuje především jiný způsob myšlení. Holistická ošetrovatelská péče bere v úvahu člověka jako jedinečnou celostní bytost, chápe podstatu bio-psycho-sociální interakce a pečuje o celého člověka, nikoliv o jeho pouhé části.

Holistická zdravotnická péče zdůrazňuje integritu člověka a tvrdí, že tělo, mysl a duši nelze od sebe oddělit, jsou vnitřně propojené a měla by se jim v průběhu péče věnovat pozornost.

V roce 2000 definovala Americká asociace holistických zdravotních sester (ANHA) normu profesionálního chování sester, v níž uvádí jako neodmyslitelnou součást ošetrovatelství úctu k životu, důstojnosti a právům všech lidí.⁶ „*Pokud má ošetrovatelská intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátním prožívání nemoci, zotavováním se z nemoci nebo při umírání, je nutné, aby byly současně uspokojovány jeho fyziologické i psychické potřeby.*“⁷

1.4. POTŘEBY NEMOCNÉHO

Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví jako stav plného tělesného, duševního, sociálního a duchovního blaha člověka. Z této definice lze odvodit čtyři okruhy potřeb nemocného člověka. Priorita těchto potřeb se v průběhu nemoci mění. Na počátku nemoci bývají prvořadě biologické potřeby, při chronickém průběhu a v závažné fázi onemocnění velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální.

Moderní ošetrovatelství vychází ve své teorii a praxi z rozboru potřeb nemocného člověka. Plánovitě tyto potřeby vyhledává, identifikuje, analyzuje a pomáhá pacientovi s jejich naplňováním metodou ošetrovatelského procesu. Tato metoda vnesla do současného ošetrovatelství jeho individuální charakter orientovaný na člověka jako jedinečnou lidskou bytost.

Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je základním motivem, vyjadřujícím narušenou fyzickou nebo psychofyzickou rovnováhu a současně tendenci k její restauraci. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Z obecného hlediska má pojem potřeba několik základních významů:

- biologický – potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy)

⁶ Srov. Mastiliaková, 1999, str. 8-9

⁷ Cit. z: Mastiliaková, 1999, str.10

- ekonomický – potřeby tu obvykle vyjadřují nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt, což je poukazem spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle.
- psychologický – je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek. Psychologický význam potřeby je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince.⁸

Z pohledu motivační teorie je potřeba určitým projevem nedostatku, který startuje proces motivace – tzv. motivačního napětí a určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání. Ve vztahu k lidským potřebám jde pak o procesy vědomé a nevědomé motivace.

1.4.1. Klasifikace potřeb

V psychologii se objevuje třídění potřeb na:

1. biogenní, fyziologické (nedostatek potravy, pohybu, odpočinku,...);
2. psychogenní, sociogenní, psychologické (potřeba opory, zázemí, projevu úcty, lásky) (některé sociální potřeby mohou mít biologický základ, např. potřeba něhy, tělesného kontaktu, potřeba společnosti,...).⁹

Toto rozdělení z pohledu ošetrovatelství nejvíce odpovídá holistickému, celostnímu přístupu k člověku. Jako teoretický základ je v ošetrovatelství však nejčastěji užívána Maslowova teorie potřeb, protože její přehledné hierarchické uspořádání je velmi dobrým vodítkem pro ošetrovatelskou péči.

1.4.2. Maslowova hierarchie potřeb

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970) byl zakladatelem „holisticko-dynamické“ filozofie člověka. Podle něj má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, tj. že lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Maslowova hierarchie potřeb je znázorňována v podobě pyramidy jako Maslowova pyramida potřeb. (viz. příloha č. 2) Dle Maslowovy klasifikace potřeb rozdělujeme tedy potřeby na:

- nižší potřeby: potřeby fyziologické (potřeba kyslíku, výživy, vylučování, spánku, ...);
potřeby jistoty a bezpečí (touha po důvěře, spolehlivosti,...);
- vyšší potřeby: potřeby sounáležitosti a lásky, např. potřeba milovat a být milován;
potřeby uznání a sebeúcty, např. potřeba autonomie, sebekoncepce;
potřeby seberealizace, sebeaktualizace (tendence realizovat své

⁸ Srov. Trachtová, 2003, str. 10

⁹ Srov. Trachtová, 2003, tamtéž

schopnosti, záměry, nacházet uspokojení ze své práce,..);
potřeby růstu – tzv. metapotřeby.¹⁰

1.4.3. Metapotřeby

Metapotřeby vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Patří mezi ně potřeba poznání, porozumění, potřeba jednoty, rovnováhy a harmonie, potřeba smysluplnosti, potřeba individuality a další. Uspokojování těchto potřeb dle Maslowa posiluje vývoj pravé lidskosti a vede k vyššímu štěstí a radosti.

Metapotřeby mají transcendentní charakter, tj. snaha překročit každodenní zkušenosti, potřeba vyššího duchovního života a transpersonálních zážitků.

Potřebu transcendence vysvětluje Maslow jako touhu přesáhnout sebe sama, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání.

Je to touha po nejvyšším smyslu, mystických hodnotách. Tím člověk přesahuje svoji osobnost a obrací se k Bohu.¹¹

1.4.4. Faktory modifikující uspokojování potřeb člověka

Je známa celá řada faktorů, které ovlivňují proces uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně např. nemoc, která často brání lidem v uspokojování vlastních potřeb a sama také modifikuje způsob jejich vyjádření a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Dále samotná individualita člověka, jeho osobnostní vlastnosti, modifikují samotné potřeby a způsob jejich vyjádření, uspokojování i psychickou odezvu. Dalším důležitým faktorem v uspokojování potřeb jsou mezilidské vztahy, zvláště vztahy k lidem příbuzným a blízkým, kteří mohou pomáhat nemocnému ve vnímání a uspokojování jeho vlastních potřeb. V neposlední řadě modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb i jejich psychickou odezvu vývojové stádium člověka, přičemž nejobtížnějším obdobím z hlediska výrazových prostředků k signalizaci potřeby je období raného dětství (novorozenecké, kojenecké, batolecí období), obdobně problematická je signalizace a uvědomování si potřeby u starého člověka.¹²

1.5. DUCHOVNÍ POTŘEBY NEMOCNÉHO

Duchovní život, spiritualita zahrnuje žebříček hodnot, motivací, přání a snů člověka. Představuje touhu po něčem vyšším, co nás přesahuje, touhu po smysluplnosti našeho bytí, touhu po vztahu s vyšší mocí, např. s Bohem, a potřebu vědomí jakéhosi světového řádu. Spirituální rozměr je součástí každého člověka, stejně tak jako jeho rozměr tělesný a duševní.

¹⁰ Srov. Trachtová, 2003, str. 14 - 15

¹¹ Srov. Trachtová, 2003, tamtéž

¹² Srov. Trachtová, 2003, str. 17

„Duchovní život je snaha člověka hledat, nacházet, prožívat kontakt a mít vztah s tím, co jej přesahuje, co on považuje za posvátné.“¹³

1.5.1. Vymezení základních pojmů

- Spiritualita: odvozeno od latinského *spiritus* – *duch*. Adjektiva *spirituální* a *duchovní* jsou synonyma. Existuje množství definic spirituality, jež jsou navzájem odlišné a různorodé. „Spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a ve vědách o člověku se nepochybuje o potřebě spirituality – každý potřebuje mít víru, mít smysl svého života, konání.“¹⁴ Podoby spirituality jsou rozmanité, jejich charakter má své historické, geografické a antropologické souvislosti. Nejrozšířenější podoby spirituality jsou (podle počtu přívrženců) islámská, budhistická, křesťanská a židovská. Rozmanité jsou i duchovní systémy náležející k různým etnickým skupinám (např. indiánské). Západní civilizace je postavena na křesťanské spiritualitě – pro křesťana znamená spiritualita jeho vztah k Bohu a k jeho dílu.

„Spiritualita není nutně jenom vztah k biblickému Bohu, ale ke všemu, co nás přesahuje, je to i každé vědomí světového řádu, který přijímáme a s nímž se identifikujeme.“¹⁵

- Spirituální (duchovní) péče ve zdravotnictví je péčí o duchovní dimenzi pacienta a jeho blízkých osob.
- Duch – *spiritus*: Původ slova ve většině jazyků naznačuje souvislost s dechem či dýcháním jako principem života, na rozdíl od mrtvé hmoty – země, tělo. Podle Aristotela je duše princip, který může oživovat hmotu, dávat jí život. V širším slova smyslu může být duše protikladem hmoty, v užším slova smyslu může být duch synonymem intelektu a protikladem vnímání.
- Duchovní dimenze: nebo-li duchovní rozměr je to, co nás přesahuje. „Duchovní dimenze se snaží být v harmonii s vesmírem, usiluje o odpovědi na otázku nekonečna a zaměřuje se zejména na poskytování trvalé síly osobě, která je vystavena emocionálnímu stresu, tělesné chorobě či smrti. Jde mimo vlastní síly jedince.“¹⁶

Stoll popisuje duchovnost jako dvojdimenzionální pojem: 1. vertikální dimenzí je vztah s transcendentem - Bohem anebo jinou nejvyšší mocí, která řídí lidský život, 2. horizontální dimenzí je vztah jedince k sobě samému, k ostatním jedincům a k prostředí, ve kterém žije. Mezi těmito dvěma dimenzemi je nepřetržitý, prolínající se vztah. Zjednodušeně řečeno,

¹³ Cit. z: Mašát, 2006, str. 103

¹⁴ Cit. z: Vodáčková, 2004

¹⁵ Cit. z: Mašát, 2006, str. 103

¹⁶ Cit. z: Murray a Zentner, 1989, s. 78

základy spirituality jsou dány u každého z nás dvěma rozměry. Horizontální rozměr si vědomě či nevědomě vytváříme svým životem – je to síť našich mezilidských vztahů. Vertikální rozměr našeho života existuje nezávisle na nás a pokud chceme, můžeme se k němu přihlásit.¹⁷

Opatrný tvrdí: „*Chceme-li vidět člověka jako plnou lidskou bytost, potom ho nevidíme jako více či méně fungující organismus, ale vnímáme jeho osobní historii, vidíme ho v síti vztahů, tedy v dimenzi sociální, a také v rozměru hloubek jeho nitra, jeho vnitřních jistot a nejistot a v těch vztazích, které mohou jít dál, než jsou pracovní vztahy k lidem a k věcem, tedy v rozměru duchovním.*“¹⁸

- Fowlerova teorie duchovního vývoje: duchovní složku vývoje a zrání chápeme jako formování vztahu jednotlivce k vesmíru a chápání smyslu života. Kozierová zmiňuje Fowlerovu teorii, že vývoj víry je interaktivní proces mezi jedincem a prostředím. V každém ze stádií duchovního vývoje se k osvojeným vzorům přidávají nové vzory myšlení, hodnot a víry. Stádia duchovního vývoje (viz. příloha č.3) vznikají kombinací vědomostí a hodnot. Náboženský vývoj jedince se vztahuje na přijetí specifických názorů, hodnot, pravidel chování a rituálů. Náboženský vývoj může, ale i nemusí probíhat paralelně s vývojem duchovním. Jedinec může vykonávat některé náboženské úkony bez toho, aniž by si vnitřně osvojil jejich symbolický význam¹⁹
- Víra: je univerzální, je to charakteristika žití, činnosti a sebepoznání. Podle Fowlera je víra silou, která dává smysl lidskému životu. Mít víru znamená věřit, odevzdávat se něčemu či někomu. Ve všeobecném pojetí náboženství lze chápat víru jako snahu jedince pochopit vlastní místo ve vesmíru, tj. jak jedinec vidí sebe samého ve vztahu k okolnímu prostředí. Víru lze popsat např. tímto tvrzením:

„Člověk je stvořen k životu s Bohem. Proto je opravdu šťastný a spokojený jen tehdy, když s ním žije ve spojení. Žít s vědomím Boží přítomnosti je přirozené a prosté jako dýchání. Měli bychom si uvědomit, že Bůh je stále s námi a zahrnuje nás svou láskou, chrání nás, poslouchá naše prosby, zbavuje smutku, dává radost i sílu snášet bolest utrpení. V dobrém vztahu k bohu žijeme jen tehdy, když se pravidelně modlíme, případně když vedeme s Bohem dialog.“²⁰

Duchovní svět či duchovní život se však netýká pouze víry v Boha. Každý člověk si tvoří nějaký názor na to, kde se vzal svět a jaká je jeho role v něm. Každý potřebuje životu dát nějaký smysl a na něm vybudovat své mezilidské vztahy.

¹⁷ Srov. Stoll, 1989, str.7

¹⁸ Cit. z: Opatrný, 2003, str.5

¹⁹ Srov. Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, str. 778 - 779

²⁰ Cit. z: Malíš, 2002, str.1

- Religiozita: z latinského *religio* (*relegere- ctít, respektovat, vázat*). Význam slova *religiózní* vyjadřuje příslušnost k určitému náboženství. Vzájemný vztah slov *spirituální* a *religiózní* je složitější, respektive širší význam slova *spiritualita* lze chápat obecný vztah k nějaké nadpřirozené skutečnosti bez vazby na konkrétní náboženství.²¹
- Náboženství: je organizovaný systém uctívání, má své vyznání víry, rituály a praktiky obvykle ve vztahu ke smrti, sňatku a spasení. Náboženství je na rozdíl od spirituality vírou, která je vztažena ke konkrétní náboženské tradici, často souvisí s církví, nebo nějakou denominací. Četná náboženství mají různá pravidla chování, aplikovatelná na denní život. Mnoho lidí si kompenzuje duchovní potřeby prostřednictvím náboženství a náboženských pravidel. Existuje pět světových náboženství: *křesťanství, judaismus a islám* jsou monoteistická náboženství (víra v jednoho osobního boha, není víra v převtělování), *hinduismus* (uctívá řadu bohů, nade vším stojí absolutno – brahman, věří v převtělení) a *budhismus* (je spíše filosofickým systémem, chybí víra v nadpřirozenou bytost, opakovaná převtělení vedou člověka k nirvaně, stavu blaženosti).²²

*„Teologie a lékařské vědy se shodují v základním přesvědčení, že lidská bytost tvoří jednotu. Úkolem vědeckého myšlení je překonávat psychosomatický dualismus a přistupovat k tajemství člověka se snahou o nové, sjednocující pochopení jednotlivých forem jeho životních projevů.“*²³

1.5.2. Duchovní zdraví

Kozierová cituje Ellisonovu definici duchovního zdraví: *„Duchovní zdraví a duchovní blaho je pocit jedince, že je celkově zdravý, užitečný a spokojený.“*²⁴

NANDA²⁵ uvádí termín duchovní pohoda jako schopnost dát životu význam, hodnotu a účel, jejichž plodem je harmonie, mír a spokojenost. Vede ke stvrzení života ve vztazích s Bohem, sebou samým, komunitou a prostředím.²⁶ Každý potřebuje mít víru, mít smysl svého života. Kozierová definuje základní znaky duchovního zdraví pomocí těchto potřeb:

- potřeba vlastního významu a účelu v životě – vyznačuje se spokojeností s dosavadním životem, životem v souladu se systémem svých hodnot, plánováním budoucnosti;
- potřeba přijímat lásku – projevuje se přáním účastnit se náboženských obřadů, důvěrou ve zdravotnický tým, ...;

²¹ Srov. Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, 205 - 206

²² Srov. Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, tamtéž

²³ Cit. z: Slabý, 1991, str.14

²⁴ Cit. z: Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, str. 783

²⁵ Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku (North American Nursing Diagnoses Association)

²⁶ Srov. Doenges, Moorhouse, 2001, str. 82

- potřeba rozdávat lásku – je realizována prostřednictvím skutků, hledáním dobra pro jiné;
- potřeba naděje a tvořivosti – se vyznačuje reálným hodnocením svého zdravotního stavu, stavbou reálných cílů v otázce zdraví.²⁷

W. Ellison a R.F. Paloutzian vytvořili specifickou škálu otázek pro nemocné pomocí nichž zjišťují stav duchovního zdraví a úroveň duchovního blaha (viz. příloha č.4).

1.5.3. Víra a nemoc

Duchovní a náboženské přesvědčení významně ovlivňují způsob života člověka, postoje k nemoci a ke smrti, jejich vnímání a prožívání. Nemoc vyvolává potřebu nalézt odpovědi na otázky, kterým se člověk v plném zdraví vyhýbal. Z duchovního hlediska je nemoc významnou událostí, která volá pacienta k přezkoumávání hodnot, postojů a vztahů. Je-li tato životní událost správně pochopena a využita, může se stát i nemoc plodným a cenným úsekem života. Ovšem zdaleka ne každý pacient nalezne ve své nemoci podnět k dalšímu duchovnímu rozvoji. Někteří pacienti mohou na nemoc nahlížet jako na zkoušku své víry, někteří vnímají svou chorobu jako trest za minulé skutky.

Nemoc a smrt bývá mnohdy posledním vrcholným argumentem pro odmítání či obviňování Boha: „*Kdyby Bůh existoval, netrpěla by naše matka tak nesnesitelnými bolestmi.*“ V utrpení lze ztratit víru, a ještě více to platí pro ty, kdo jsou svědky utrpení svých nejbližších. Můžeme zde zaznamenat nevyslyšení prosby, vyslané k Bohu jen lehkovážně, a konečné zatvrzení se člověka vůči Bohu. Mnozí též považují dlouhotrvající nemoc za důsledek slabé víry a tvrdí, že ji-li naše víra dostatečná, Bůh uzdraví každou nemoc.²⁸

Víra a náboženství pomáhá pacientům obecně lépe snášet jejich onemocnění, poskytuje pocit bezpečí a vytváří jakousi hmatatelnou síť sociální opory. „*Věřící křesťan, který vede duchovní život, čerpá duchovní sílu z modlitby, účasti na bohoslužbě, z přijímání svátostí a četbou (Písmo svaté a jiné náboženské knihy). Důležité je pro něj i společenství ostatních věřících. Pro většinu věřících stojí duchovní potřeby na jednom z prioritních míst.*“²⁹

Některá duchovní přesvědčení mohou však být v rozporu se soudobou medicínskou praxí (např. Svědci Jehovovi, šamanství). Není možné znát všechny praktiky náboženských skupin, je důležité znát hlavní religiózní skupiny, komunity, ve kterých se pohybujeme a s jejichž příslušníky přicházíme ve své praxi do styku. Pokud je český pacient příslušníkem některé náboženské společnosti, jedná se nejčastěji o společnost křesťanskou, ale v našich zdravotnických zařízeních se dnes můžeme setkat i s pacienty jiných vyznání. Věřící klient

²⁷ Srov. Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, str. 785 viz. Tab. 32 – 3

²⁸ Srov. Opatrný, 2003, str.12

²⁹ Cit. z: Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, Multikulturní ošetřovatelství, 2005, str.212

potřebuje ve zdravotnickém zařízení mít zajištěný kontakt s duchovním jeho církve a je povinností zdravotníků mu tento kontakt umožnit.

Nemoc se projevuje ve všech dimenzích lidské osoby (biologické, psychické, sociální a spirituální). Spirituální aktivity jsou v této hierarchii nejhluběji, nejvíce integrují, neboť jsou nejbližší středu osobnosti – pacientovu já. Jestliže si uvědomíme vzájemné vazby těchto dimenzí, pochopíme, že naše zdravotní péče se musí týkat celého člověka.

*„Spirituální hodnoty, jejich podpora a komunikace o nich, umožňují mnoha lidem prožít smysluplně, užitečně a někdy i výslovně šťastně ty fáze života, které jsou jinak bolestné a mnozí pochybují vůbec o jejich smyslu. Proto pro ně mějme pochopení, a to i tehdy, když je vůbec nesdílíme nebo je nesdílíme v podobě, ve které je chápe a prožívá nemocný.“*³⁰

1.5.4. Duchovní potřeby

Úloha sestry v péči o duchovní oblast by neměla spočívat pouze ve zjištění zájmu klienta o duchovní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením. Zdravotní sestra a porodní asistentka sice nemá teologické vzdělání, přesto může účinně pomáhat lidem v duchovní krizi. Důležité je umění naslouchat nemocnému a nechat jej hovořit o věcech, které s nemocí zdánlivě nesouvisí, dbát o uchování jeho lidské důstojnosti a dávat najevo úctu k jeho osobnosti, ať už se vyjevuje v jakékoliv podobě. Spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a je jednou ze čtyř základních potřeb nemocného člověka, úzce souvisí s metapotřebami. Mašát uvádí obecné zásady jednání s nemocnými, v souhrnu:

- Jednání s pacientem jako s člověkem s plným respektem k jeho individualitě – tedy nikoliv ten „žlučník na čtyřce“, ale pan Novák.
- Respektování jedinečnosti člověka – každý člověk má svou osobní historii, své osobní preference a své směřování.
- Pomoc k lidsky důstojnému zvládnutí situace – paradox je v tom, že na cestě snášení bolesti a utrpení nedisponuje člověk plností svých fyzických a psychických sil, naopak, jsou oslabeny, případně ho opouštějí. Naproti tomu duchovní stránka člověka nebývá těmito skutečnostmi zasažena.³¹
- Podle Opatrné je jednou z nejvýraznějších spirituálních potřeb potřeba modlitby.³² Je velice intimní, lidé o ní mluví většinou jen tehdy, vnímají-li dostatečné porozumění a především důvěru k tomu, komu svou potřebu sdělují.

³⁰ Cit. z: Opatrný, 2003, str.37

³¹ Srov. Mašát, 2006, str. 103

³² Opatrná, 2006a, str.108

- Prášilová uvádí další duchovní potřeby:
- Potřeba přijetí: každý pacient si uvědomuje, že jeho nemoc ho jistým způsobem vyčlenila z jeho předcházejícího zaběhnutého způsobu života. Lidé chtějí někam sociálně patřit – i v nemocnici. Potřebují někomu říct, že jejich život byl a je důležitý. Pacient touží být akceptován jako hodnotný člověk i se svou nemocí.
- Potřeba důstojnosti: spočívá v právu každého člověka na úctu a respektování jeho důstojnosti a jedinečnosti.
- Potřeba naděje: je důležitá v každé fázi nemoci a může se měnit (naděje na úplné uzdravení, naděje na důstojné a bezbolestné umírání, naděje na posmrtný život).
- Potřeba společnosti: nebýt a necítit se sám, potřeba doprovázejícího, potřeba kontaktu s Bohem skrze duchovního, skrze člověka a v člověku, potřeba přítomnosti rodiny, blízké osoby, potřeba účasti na bohoslužbě.
- Potřeba samoty: stejně tak jako potřeba společnosti je potřebné i spočinutí v tichu, samota se sebou samým a s Bohem.
- Potřeba být vyslyšen: pacient potřebuje někoho, kdo trpělivě naslouchá, byť i jeho nářky a výčitky vůči osudu, vůči Bohu.
- Potřeba pravdivosti: nemocný dobře vycítí přetvářku, zatajování informací o sobě. Potřebuje, aby se hovořilo o něm před ním.
- Potřeba vnitřního klidu: pokojnou, klidnou atmosféru vytváří povzbuzení od nemocničního týmu, rodiny, blízkých. Pokoj do hloubky duše dává jen Bůh.
- Potřeba odpuštění: nemocný se potřebuje vyrovnat s minulostí, aby mohl lépe čelit budoucnosti, event. umírání a smrti.
- Potřeba dovolení zemřít: když přijde chvíle, kdy pacient cítí potřebu vyslovit před ostatními, před sebou, před Bohem, že už chce zemřít. Jinými slovy, zda jeho stav a jeho rozhodnutí okolí přijme a bude mu oporou, kterou potřebuje k dovršení životní pouti.
- Touha po věčnosti: je charakterizována touhou po setkání se svými blízkými na „onom světě“, potřeba záchrany, spásy, věčného života a odměny za věrné snášení utrpení.
- Potřeba smíření: znamená potřebu smířit se se sebou samým, s během a náplní vlastního života, odpustit sobě za nedokončené dílo, v minulosti učiněné nebo neučiněné skutky, potřebu smířit se s lidmi a v případě věřícího příslušníka monoteistických náboženství s Bohem.
- Potřeba integrity: touha pacienta po odvaze hovořit pravdu, vstoupit i do pochybností a do neznáma.

- **Potřeba autonomie:** potřeba projevat svoji autoritu, mít vliv na svůj život. Pacient potřebuje pravdivé informace, aby mohl učinit reálná rozhodnutí pro svůj zbývající život. Touha zůstat nezávislým co nejdéle, jak jen to bude možné a být i v nemoci zahrnut do rodinných aktivit.
- **Potřeba projevit šlechtnost:** někteří lidé na konci života chtějí nějakým způsobem přispět k dobru ostatních (např. darování peněžité částky ošetrovací jednotce, kde je pacient hospitalizován, darování orgánů,...) ³³

1.5.4.1. Potřeba smyslu

Ve své praxi se čas od času setkám s pacientem, který viní ze své nemoci nedostatek spravedlnosti, odmítá tvář a charakter dnešního světa, demonstruje bezpráví na své nemoci a obtížně spolupracuje při léčbě a rehabilitaci s odůvodněním, že to nemá žádný smysl. Dnešní společnost pěstuje naivní myšlenku, že vše je možné korigovat, opravit, a podněcuje nebezpečnou iluzi toho, že vše je možné koupit. Lidé zanedbávají své duchovní zdokonalování, vzorem je pro ně technika. Na každý symptom máme lék, na každou nemoc sérii metod, jak ji léčit. Je-li však hranice toho, co se dá změnit, dosažena, zvládne přijmout takový osud a smířit se s ním? V. Frankl o tomto hovoří jako nutnosti *znovu naučit člověka slyšet volání smyslu*. Vychází z toho, že každé utrpení – i to nejtěžší a největší lze psychicky zvládnout, je-li možné ho pochopit v nějaké osmyslňující souvislosti. ³⁴

Moderní člověk je ochoten kdykoliv revoltovat proti svému osudu, ale odnaučil se svůj osud akceptovat. Naráží-li na vážné překážky, které lze jen ztěžší překonat, brání se poplachovou reakcí a poté upadá do krize. Volá po návratu k novému začátku, je zoufalý, obviňuje osud. Pacient, který ztratil svůj cíl, pochybuje o smyslu své existence. Tato existenciální frustrace je charakterizována nevyplněností, pocitem bezesmyslu, dlouhou chvílí, vnitřní prázdnotou, nevrlostí, apatií. ³⁵

Potřebou najít a pochopit smysl vlastního života zdůrazňuje M. Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí u nás. Říká, že každý člověk se v průběhu vážné nemoci zabývá důležitými otázkami po smyslu vlastního života a potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a i sám má potřebu odpouštět. ³⁶ „Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Takto trpícímu člověku je potřeba ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.“ ³⁷

³³ Převzato z Prášilová, 2003, str. 32-33

³⁴ Srov. Frankl, 1994, str. 48

³⁵ Srov. Lukasová, 1998, str.64

³⁶ Srov. Svatošová, 1995

³⁷ Cit. z: Svatošová, 1995, str.23 –24

„Smysl života můžeme považovat za formu a obsah prožívání spirituality. Člověku je vlastní touha po smysluplnosti toho, co dělá. Orgánem smyslu je charakter člověka, jehož centrem je svědomí. Charakter určuje způsoby, jimiž člověk smysl ve svém životě vyjadřuje a uskutečňuje.“³⁸

Potřeba smyslu může být u někoho velmi tichá, u někoho zůstane vůbec nepoznána. Může se skrývat velmi hluboko v podvědomí pacienta, který ji může záměrně potlačovat ze strachu, že by při hledání smysluplných odpovědí žádnou uspokojivou nenalezne. Může mít ale i naprosto zřetelné projevy otázkou či otázkami po smyslu: „Proč právě já?“, „Proč se mi to přihodilo?“ „Proč jsem tady?“ V tomto případě nemocný zpravidla nepotřebuje vysvětlení o patofyziologických souvislostech svého stavu nebo popis situace, v níž se nachází. Potřebuje spíše chápajícího člověka, který je přesvědčen, že ve všech obdobích života lze najít smysl a je ochoten s dotyčným hledat to, co dělá jeho život kvalitnějším. Účinná pomoc může spočívat ve zprostředkování kontaktu s duchovním. Pro ty, kteří o tuto pomoc požádají, nebo k ní přivolí, znamená zpravidla značný přínos a vnitřní pozvednutí.

1.5.4.2. Potřeba důstojnosti

Jak bylo již uvedeno výše, Prášilová definuje potřebu důstojnosti jako právo každého člověka na úctu a respektování jeho důstojnosti a jedinečnosti. Dle mého názoru by tato potřeba měla být vnímána a předpokládána všemi zdravotníky a měla by být neustále na prvním místě v našem podvědomí při poskytování zdravotní péče a při komunikaci s každým pacientem. Pacient ležící na nemocničním lůžku či sedící v čekárně praktického lékaře bývá sám o sobě už dost vnitřně ztrápen svými starostmi a tak jeho duševní rovnováze rozhodně nepřidá, cítí-li se bezbranně, marně očekávajíc náznak projevu pochopení.

Většinu duchovních potřeb nelze metodicky uspokojovat, duchovní potřeby je nutné naplňovat našim jednáním a přístupem paralelně s pečováním a ošetřováním. Měli bychom jako zdravotníci mít na paměti, že pokud nebudeme naslouchat, nemůžeme vědět zdaleka nic o pacientově vnitřním světě, a zdaleka nic o tom, do jaké míry je pacient vnitřně zranitelný, co prožívá vedle toho, že leží v nemocnici se zlomenou rukou. I nevinně vyhlížející věta: „*Vy máte ale špatné žíly...*“ u pacientky po operaci prsu, trápící se obavami ze ztráty manžela, zaměstnání, nezaplacení hypotéky a nezvládnutí situace dospívající dcerou, může znamenat od sestry „trefu přímo do černého“ a spustit duševní krizi.

Jedním ze způsobů, jak naplňovat potřebu důstojnosti, je naslouchání – bez vynášení osobních soudů, poskytování dostatečného prostoru pro komunikaci, empatie a respektování individuality pacienta.

³⁸ Cit. Smékal, 2001, str.26

Potřeba důstojnosti nabývá zásadního významu při umírání a smrti člověka. Ztotožňuji se s názorem Mgr. H. Svobodové, která ve svém článku o důstojnosti lidské existence uvádí do rozporu pokrok moderní medicíny versus etický význam důstojného odchodu. Cítuji: „*Může se jevit absurdním, když se za velmi vysoké částky prodlužuje život o několik měsíců pacientům, kdy výsledkem je vlastně jen to, že pacient získá prodloužení trápení, že více než často se jedná o utrpení na hranici snesitelnosti. Zde je důstojnost trpícího vystavena nejvyšší zatěžkávací zkoušce. Není kvalita života mnohem důležitější, důstojnější člověka a hodnotnější než jeho kvantita?*“³⁹

Pro zdravotníky je respektování a naplňování důstojnosti člověka stanoveno ve Všeobecné deklaraci lidských práv, která říká že: „*Všechny lidské bytosti jsou narozeny svobodné a sobě rovné v důstojnosti a právech. Jsou obdařeni rozumem a měli by činit cokoliv jeden druhému v duchu bratrství*“⁴⁰, dále v Etických pravidlech zdravotní péče pro sestry (ICN): „*se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva*“⁴¹, a v Etickém kodexu České lékařské komory : „*lékař u smrtelně nemocných a umírajících tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení nevtíravou lidskou ochotou chápat a sdílet jejich pocity až do konce...*“⁴². Pocit ztráty důstojnosti může být rovněž i u poskytovatelů péče, od kterých se očekává důstojné zacházení s druhými. Pocit respektu a vzájemné sebeúcty je citlivým aspektem vztahu zdravotník – pacient.

Opatrný v otázce důstojnosti podporuje názor, že duchovní život člověka většinou nějakým způsobem pokračuje i ve stavech silně snížené schopnosti komunikace, bezvědomí a kómatu. V těchto případech by nemocný neměl být po žádné stránce „odepsán“ dokud žije, a to i po stránce své duchovní dimenze, kterou není schopen nikterak navenek projevit. „*Neuděláme zásadní chybu, když budeme u dlouhodobě těžce nemocného předpokládat víc duševních a duchovních dějů, než se na první pohled zdá. V opačném případě bychom ho mohli o něco připravit nebo mu ublížit.*“⁴³

1.5.4.3. Potřeba společnosti

Člověk je bytostí sociální, je zapojen do řady sociálních vazeb, jeho přirozeností je navazovat sociální kontakt. Nemocnice představuje pro člověka cizí instituci plnou cizích lidí, kterým se má plně odevzdat do péče. Pacient vstupuje do nemocniční budovy s vědomím, že může být svědkem cizí bolesti a nářku a s vědomím, že se zde, pravděpodobně víc než kdekoliv jinde, může setkat se smrtí. Daleko od svého zázemí, v ústavním andělu, na posteli,

³⁹ Cit. z: Svobodová, 2006, str.115

⁴⁰ URL:<<http://www.amnesty.cz/pruvodce/podstata.php> [cit. 2007-03-31]

⁴¹ Gallagher, 2004, str. 587 -599

⁴² Srov. Haškovcová, 1994

⁴³ Cit. z: Opatrný, 2003, str.8

kde možná ještě před chvílí někdo ležel, pozoruje okolní dění. Všichni se s ním baví o jeho srdci, játrech nebo plicích, kolik cigaret denně kouří, co ho bolí, jak se cítí. Je cítit velká snaha dozvědět se co nejvíce potřebných informací, ale nemocnému začíná být úzko. Chtěl by se sebrat a jít zpátky domů. Letmo se podívá na fotografii svého malého jezevčíka, kterou má položenou na stolku. Vyšetřující lékařka si té fotografie všimne také, protože má doma podobného psíka. A tak diagnostický proces na chvíli sklouzne ke čtyřnožcům, jejich vrtochům, venčení a štěkání. Následuje úsměv, který nemocného podněcuje hovořit dál o svém životě a o tom, co by chtěl ještě zvládnout. Zdánlivě zbytečné, ale nemocnému je nyní mnohem lépe, už se necítí tak anonymně. Trochu ho to uklidní. Cítí, že má nyní s lékařkou cosi společného, jsou si něčím blízcí.....

Chtěla jsem touto úvahou vyjádřit, že potřeba společnosti může v duchovním podtextu znamenat, že člověk potřebuje mít někoho blízkého a potřebuje také, aby i on byl někomu tím blízkým. Ze zdravotnictví se blízkost stále více vytrácí. Anonymita, technika a spěch jsou překradami, přes něž by se měly klenout mosty mezilidské komunikace. Při své práci bychom především neměli zapomenout být člověku člověkem.

1.6. Poruchy duchovního zdraví, duchovní strádání

Spiritualita je základní formou osobnostního vyladění a pojetí centra, z něhož člověk odvozuje celý svůj život. Už J. A. Komenský poukázal na důležitost vědomí „hlubiny bezpečnosti“, která lidem pomáhá lépe zvládat životní nesnáze a rozlišuje úlohy „rynků světa“ a „ráje srdce“ pro životní spokojenost. Spiritualita je určitým pojetím cesty životem i pojetím Boha a posvátna. Poruchy spirituality mají různé podoby a různý stupeň závažnosti, nemusí souviset výhradně s nemocí.⁴⁴

1.6.1. Duchovní rány

Duchovní rány jsou v základě mnoha psychických poruch a vyplývají z utrpení souvisejícího s naší duší. Smékal uvádí, že lidé prožívají jako duchovní ránu nejčastěji:

- pocity viny
- neschopnost odpuštění

Dále Smékal říká, že duchovně strádající člověk se sice vyvíjí jako osobnost, která ale vnitřně trpí nedostatkem spojení s duchovní oblastí, snaží se zmírnit bolest a pokouší se dosáhnout přijetí jinými způsoby, jiným chováním, které by mohlo poskytnout přesnou kopii zážitku spojení, což mnohdy vede k jiným závislostem a dysfunkčním vzorcům chování.⁴⁵

⁴⁴ Srov. Smékal, 2001, str.26

⁴⁵ Srov. Smékal, 2001, str. 26 -27

1.6.2. Duchovní tíseň

Kozierová uvádí dvě definice duchovní tísně:

1. „*Narušení životního principu, který proniká celou lidskou bytostí, integruje a transcduje biologickou a psychologickou podstatu jedince.*“
2. „*Stav, při kterém má jedinec reálné nebo potenciální narušení víry v systém hodnot, které mu poskytují sílu, naději a smysl života.*“⁴⁶

Dále Kozierová uvádí O'Brienovu subkategorizaci duchovní tísně na:

- duchovní bolest – obtíže se smiřováním se se ztrátou milované osoby, nebo velké utrpení (fyzické či emocionální);
- duchovní odcizení – vyčlenění se z náboženské společnosti;
- duchovní úzkost – pochybnosti v názorech či hodnotovém systému (např. morálně-etická podstat léčby jako jsou transfuze krve, potraty, transplantace orgánů, ...);
- duchovní vina – selhání ve věrnosti náboženským pravidlům;
- duchovní hněv – problémy s akceptováním choroby a utrpení;
- duchovní ztráta – problémy s hledáním pohody v náboženství;
- duchovní zoufalství – pocit nezájmu o vlastní osobu.⁴⁷

Kozierová uvádí duchovní tíseň též jako ošetrovatelskou diagnózu a podrobně ji rozpracovává v ošetrovatelského procesu (viz. příloha č.5). Kozierová dále uvádí následující etiologii dle NANDA⁴⁸, tj. přispívající faktory k diagnóze duchovní tísně:

- krize zapříčiněná nemocí, utrpením, smrtí (např. nevyléčitelná choroba, znehybňující onemocnění, chronická bolest, úmrtí či vážné onemocnění blízké osoby)
- neschopnost účastnit se náboženských obřadů
- konflikt mezi náboženstvím, duchovními názory a předepsaným léčebným režimem (např. transfuze krve, dietní omezení, amputace či užívání léků)

NANDA uvádí v problematice duchovního strádání ještě další dvě ošetrovatelské diagnózy:

- Duchovní pohoda, možnost zlepšení
- Duchovní tíseň hrozící⁴⁹

⁴⁶ Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, str. 784 (1. definici cituje z : Kim, M.J.; McFarland, G.K.; and McLane, A.M., editors. 1989, *Pocket guide to nursing diagnoses*. 3d ed. St. Louis: C.V. Mosby Co. 2. definici cituje z: Carpentio, L.J. 1989. *Nursing diagnosis. Application to Clinical Practice*. 3d ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.

⁴⁷ Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, tamtéž

⁴⁸ Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku (North American Nursing Diagnoses Association)

⁴⁹ Doenges, Moorhouse, 2001, str. 82-87

1.6.3. Duchovní bolest

Prášilová definuje duchovní bolest z hlediska pastorální medicíny jako přesnější výraz pro utrpení. Ve své práci cituje kanadskou onkoložku Horvathovou⁵⁰, která říká, že postaráme-li se o pacientovu tělesnou a duševní stránku a on stále trpí, je třeba zkoumat, nejde-li o bolest duchovní. Prášilová spojuje s duchovní bolestí tyto pocity:

- pocit izolovanosti od Boha
- vina nebo pocity viny
- neodpuštění sobě i druhým
- pocit strachu o život, strach ze smrti
- pocity hněvu
- pochybnosti o Božím zájmu a lásce
- otázka spasení, nesoustředěnost na modlitbu⁵¹

Ve své publikaci dělí Prášilová reakce na duchovní bolest do dvou typů. Pasivní typ reakce na duchovní bolest může mít projevy v negativním postoji pacienta vůči sobě: „*Já nejsem oblíbenec Boha, proto trpím i touto nemocí, i když jsem nežil bezbožně.*“ Při aktivním typu reakce na duchovní bolest se pacient ptá po smyslu, modlí se, atd...⁵²

Kozierová shrnuje projevy duchovní tísně do několika oblastí, do nichž lze zařadit i projevy duchovní bolesti, jelikož se v mnohém podobají. Důležité je, aby sestra uměla takové projevy jednání pacientů zaznamenat, pochopit v souvislostech a adekvátně na tyto projevy reagovat (*viz. ošetřovatelské intervence, příloha č. 5*).

1. Oblast emocionálních projevů: pacient se jeví osamělý, deprimovaný, úzkostný, agitovaný, apatický nebo duchem nepřítomný.
2. Oblast jednání: Pacient se často modlí, čte náboženskou knihu, může prosit své blízké, aby se za něj modlili, nebo aby se s ním povídali a vyslechli jej. Může chtít přivolat svého duchovního, může se chtít vyzpovídat, může chtít přijmout svátost (podle své církve, např. eucharistii).
3. Oblast verbální: Pacient odříkává modlitbu, pokládá náboženské otázky, žádá přítomnost duchovního, vyjadřuje strach ze smrti, zajímá se o smysl života, projevuje vnitřní konflikt v náboženských názorech, ptá se na význam utrpení, na morálně-etické záležitosti léčby.
4. Oblast mezilidských vztahů: Kdo pacienta navštěvuje? Jak reaguje pacient na návštěvu? Zda k nemocnému chodí duchovní? Jaký je pacientův vztah k ostatním pacientům a zdravotnickému personálu?

⁵⁰ Horvath,N.: Přednáška o paliativní péči, nemocnice Sunnybrook, Toronto, Duben 2002

⁵¹ Cit. Prášilová, 2003, str. 31

⁵² Srov. Prášilová, 2003, str. 32

5. Oblast prostředí: Má pacient u sebe Bibli, modlitební knížku, náboženskou literaturu, religiózní předměty, růženec,..? ⁵³

1.6.4. Jiné podoby duchovního strádání

Komínková ve své diplomové práci uvádí několik dalších poruch spirituálního zdraví z pohledu pastorální medicíny. Řadí mezi ně:

- nedostatek naděje – který vnímá jako nedostatek životní radosti, jež je častým důsledkem neprobuzenosti ve spirituální dimenzi;
- nespokojenost se životem – kterou vidí jako negativní jako negativní obraz sebe sama, což vede k trvalému pocitu ukřivdění, k přesvědčení o nespravedlnosti světa, k lítosti nad tím, co v životě chybí nebo co se promeškalo;
- nenávisť k sobě – jako negativní sebehodnocení zmenšující možnost navazovat vztahy s druhými a přijímat jejich lásku, neschopnost otevřít se druhému ani sobě;
- strach z nicoty – jako projev spirituální nouze, přičemž člověk vnímá svůj život jako cestu od neexistence před narozením po neexistenci po smrti a zdráhá se uvěřit v transcendentní bytí. Tito lidé mívají strach z nejisté budoucnosti, z prázdnoty, vědomý strach ze smrti;
- fenomén útěku – vidí jako problém člověka, který není schopen nikde zakotvit, snaží se všechno rychle odbýt a záměrně se zbavuje hodnot, které mu ještě zbývají. ⁵⁴

1.7. Vztah spirituální péče a ošetřovatelství

Ošetřovatelství je humanitní věda jejíž filosofií je holistický přístup k člověku a jeho potřebám. Hlavní úlohou ošetřovatelství je docílit optimálního fyzického, duševního, sociálního a duchovního stavu člověka. Ošetřovatelství jako dynamicky se rozvíjející multidisciplinární vědní obor vychází a čerpá z poznatků dalších humanitních věd (psychologie, filosofie, etika, sociologie, antropologie, pedagogika,..). Cílem ošetřovatelství je účinně pomáhat člověku ve zdraví i v nemoci, zabezpečovat mu lidské jistoty a chránit lidskou důstojnost i v těch nejbolestnějších a nejtěžších chvílích. Ošetřovatelství má své aplikované vědní obory, z nichž např. multikulturní ošetřovatelství patří k oborům, které studují a zabývají se multikulturní a transkulturní zdravotní péčí se zvýšenou orientací na duchovní a religiózní potřeby klientů. Sociální, etické, morální a duchovní aspekty péče o pacienty jsou neodmyslitelnou součástí dalších aplikovaných ošetřovatelských oborů jako jsou ošetřovatelství v intenzivní a resuscitační péči, ošetřovatelství v onkologii, dětské

⁵³ Převzato z Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, str. 784

⁵⁴ Převzato z Komínková, 2003, str. 32

onkologii, ošetřovatelství v paliativní péči, komunitní (terénní) ošetřovatelství, ošetřovatelství v hospicové péči,

Péče o duchovní dimenzi člověka je zakotvena v Konceptci ošetřovatelství, schválenou Radou pro rozvoj ošetřovatelství MZČR v r. 1998: „*Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Hlavním cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním. Sestra pomáhá jednotlivci i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby*“⁵⁵, a v Mezinárodním etickém kodexu sester, přijatém mezinárodní radou sester (ICN) v r. 1958, aktualizované verzi z r. 2000:

„Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Neodmyslitelnou součástí ošetřovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Článek 1.: Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.“⁵⁶

Péče o duchovní – spirituální sféru člověka je součástí většiny koncepčních ošetřovatelských modelů, které poskytují filosofickou i pragmatickou orientaci poskytovatelům ošetřovatelské péče. Péči a podporu duchovních potřeb v sobě zahrnují např.: koncepční modely potřeb: *Koncepční model V. Hendersonové - Komplementární model 14 základních potřeb (viz. příloha č. 6), Koncepční model F.G. Abdellahové – Model 21 problémů ošetřovatelství;* humanistické koncepční modely - *Koncepční model Leiningerové – Model transkulturní péče, Koncepční model Watsonové – Model humanistické péče;* dále modely ošetřovatelských intervencí – *Koncepční model M. Gordonové – Model funkčního typu zdraví,* a jiné koncepční modely.⁵⁷

1.7.1. Zdravotník a spiritualita nemocných

Nemocný člověk vnímá priority svých potřeb mnohdy odlišně než zdravotnický personál. Spirituální potřeby mohou u některých pacientů v určité fázi nemoci nabýt priority před biologickými potřebami. Je důležité s nemocnými více komunikovat a pak se jejich spirituální potřeby nestanou pro zdravotníky problémem, se kterým si nevědí rady. Je také možné získat

⁵⁵ Věstník Ministerstva zdravotnictví České Republiky, Září 2005, ZN: 21581/VV0, text uveřejněn na:

http://www.nspm.cz/osetrovatelstvi/strategie_ospece/koncepce_ospece.htm. [citováno 2007-04-01]

⁵⁶ Text na stránkách České asociace sester: http://www.cmma.cz/doc/mezinarodni_organizace/icn_kodex.php

[citováno 2007-04-01]

⁵⁷ Srov. Archalousová, 2003, str. 10 - 15

od pacienta cenné informace, které lze využít v kontaktu s dalšími věřícími pacienty. Jaký by měl být tedy přístup zdravotníků v oblasti uspokojování spirituálních potřeb svých klientů:

1. Respektovat víru pacienta.
2. Získat informace o duchovních potřebách pacienta.
3. Informovat pacienta a jeho příbuzné o bohoslužbách konaných ve zdravotnickém zařízení.
4. Podle přání pacienta zprostředkovat návštěvu kněze, mnicha, rabína, ...
5. Zprostředkovat návštěvu jiných věřících.⁵⁸

Dnes se již v mnoha zdravotnických zařízeních konají jedenkrát týdně bohoslužby. Po nich navštěvuje kněz ty nemocné, kteří jsou upoutáni na lůžko a nemohou se bohoslužby účastnit, nebo ty, jejichž zdravotní stav jim nedovoluje opustit ošetrovací jednotku. Kněz může navštívit ovšem pouze ty nemocné, o kterých je informován od příbuzných nebo od zdravotnického personálu. Tato oznámení od zdravotnického personálu však zaostávají za skutečnými potřebami nemocných, pacienti nebývají vždy také informováni o konání bohoslužeb v nemocnici a o jejich duchovní požadavky se personál většinou téměř nestará.⁵⁹

1.8. Vztah spirituální a pastorační péče

Pod pastorační péčí rozumíme péči o duchovní směřování lidí, která je organizovaná církví a kde je odborník jasně definován. Pastorační péče je vázána na konkrétní církev, obrací se především k těm nemocným, kteří jsou věřící nebo víru hledají, aby je posílila ve víře a nemoci. Tak zvaná interní pastorační péče se týká sboru věřících, kdežto externí pastorační péče se týká lidí mimo církev, případně obecného prospěchu lidské společnosti. Pastorační péče může mít i formu skupinové pomoci (v těžké nemoci, umírání) a nejčastěji je takto praktikována jako psychologická podpora členům rodiny umírajícího a samotnému nemocnému. Pakliže hovoříme o pastorační péči v řeckokatolické či římskokatolické církvi, bude pastorační péče směřovat k péči svátostné, případně se na ni omezí.⁶⁰ Věřící nemocný ví, že duchovní jedná jako vyslanec toho, kdo si jej vyvolil k této službě a také jako zástupce Božího lidu, církve. Proto je duchovní schopen sejmut z trpícího člověka osamělost a spojit ho se společenstvím.⁶¹

„Pastorační péči o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice

⁵⁸ Převzato z Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, str. 209

⁵⁹ Srov. Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, str. 209 – 212

⁶⁰ Srov. Mašát, 2006, str. 104

⁶¹ Srov. Slabý, 1991, str. 182

věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“⁶²

Spirituální péče se určitým způsobem týká všech pomáhajících profesí, jejichž pracovníci vědomě či nevědomě naplňují spirituální potřeby nemocných. Spirituální rozměr je součástí každého člověka, spiritualita nenáleží pouze lidem organizovaným v některé náboženské instituci (otázky po smyslu nemoci, kvalitě života, smyslu života, utrpení, o tváři vlastní budoucnosti, mají spirituální charakter). Duchovní rozměr péče o nemocné spočívá v pochopení a akceptování duchovní stránky člověka a v pomoci při naplňování jeho duchovních potřeb. Opatrný vyjadřuje spirituální péči a pomoc v širším slova smyslu „*jako péči o všechny nemocné, kteří nemají v životě vybudován vztah k žádnému náboženství, nebo je jejich vztah k náboženství nezřetelný či poškozený negativními zkušenostmi.*“⁶³

Dále uvádí dvě definice spirituální péče:

1. definice vychází z dohody mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice o vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků do zdravotnických zařízení z r. 2006, kde je uvedena v Etickém kodexu nemocničního kaplana a dobrovolníka (poskytovatele spirituální péče vyslaného církví) takto: „*Spirituální péči v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, 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 vývoje.*“⁶⁴

2. definici spirituální péče uvádí Opatrný z dokumentů Společnosti lékařské etiky Sekce krizové asistence v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně: „*Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně zvládnout obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky přiměřené zvyklostem klientů. Tuto péči poskytují odborně vzdělaní pracovníci.*“⁶⁵

Sekce krizové asistence Společnosti lékařské etiky sdružuje profesionály z řad lékařů, psychologů, teologů a sester, kteří se zajímají o duchovní podporu klientů ve zdravotnických a sociálních zařízeních, a to bez rozdílu jejich světového názoru, příslušnosti k náboženskému

⁶² Cit. z: Opatrný, 2003, str. 8

⁶³ Cit. z.: Opatrný, Spirituální péče o nemocné v ekumenické perspektivě, 2007, str.1 (dosud neuveřejněný rukopis)

⁶⁴ Cit. z: Opatrný, Spirituální péče o nemocné v ekumenické perspektivě, 2007, str.2 -3 (dosud neuveřejněný rukopis)

⁶⁵ Cit. z: Opatrný, tamtéž

společenství nebo církvi. V budoucnu hodlá tato sekce též vzdělávat profesionály, kteří by pomáhali zajišťovat duchovní péči nemocným a umírajícím, kteří nemají zázemí v církvích nebo jiných náboženských společenstvích.⁶⁶

Pro označení osoby, která vykonává klinickou pastorační péči, zvolila Evropská síť kaplanů termíny: „kaplan“ a „pastorační“. Jednotné označení je nezbytné vzhledem k mezinárodní spolupráci. Ve světě se stal termín „kaplan“ obecně používaným jak ve zdravotnictví, tak v armádě a vězeňství. U nás je termín „kaplan“ užíván poměrně krátce ve vězeňství a armádě, bohužel již méně či vůbec ne ve zdravotnictví. Nemocničním kaplanem může být v Evropě, USA, Kanadě jak vysvěcená osoba, tak i nevysvěcený muž či žena – ti musí mít vysokoškolské teologické vzdělání a ve většině zemí i následné postgraduální vzdělání a dále musí mít pověření od církve.⁶⁷

1.9. Duchovní péče a její místo v našem zdravotnickém systému

Podle nejružnějších statistik patří obyvatelé ČR k nejateističtějším na světě. „V roce 2001 se k náboženskému vyznání v České republice přihlásilo asi 3,3 milionů lidí, což znamená téměř jednu třetinu z celkového počtu obyvatel (přesně 32,1 %). Naopak osob bez vyznání bylo více než 6 milionů čili téměř tři pětiny všech obyvatel. Zbývající část populace, vzhledem k možnosti na tuto otázku neodpovědět, je zahrnuta do kategorie nezjištěno. Představuje devět set tisíc osob tvořících jednu desetinu všeho obyvatelstva.“⁶⁸

Bez vyznání – 59 %

Věřící – 32,1 %

Nezjištěno – 8,8 %

Nabízí se otázka, zda má vůbec smysl uvažovat o zavedení spirituální péče ve zdravotnictví v širším měřítku (na místě je i finanční otázka). Jako by se předpokládalo, že lidé neorganizovaní v církvi duchovní život jaksí nemají, i když duchovní podporu v určitých chvílích svého života mohou jistě potřebovat. Vystává též otázka, jak často využívají lidé neorganizovaní v církvích služeb duchovního. Navíc se může zdát, že se péče o psychický a o duchovní stav nemocného překrývají. O spiritualitu člověka by ale přece jen měl pečovat člověk na tuto problematiku připravený, vzdělaný, speciálně vyškolený a zralý.⁶⁹

⁶⁶ Srov. Kalvínská, 2006, str. 112

⁶⁷ Srov. Opatrná, 2006b, str.10

⁶⁸ Cit. z Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, str. 207

⁶⁹ Srov. Kalvínská, 2006, str.111

V roce 2004 vydala Grada Publishing oficiální překlad „Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice)⁷⁰. Akreditace je považována za účinný nástroj hodnocení a řízení kvality péče, pro udělení akreditace je nezbytné splnění akreditačních standardů.

Standard PFR.1.2.1. ukládá: „*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.*“⁷¹

Standardy COP.14 – COP. 19 se týkají péče o pacienty v terminálním stádiu a léčby bolesti. Tato skupina standardů mluví též o duchovních a náboženských potřebách a problémech, o jejich rozpoznání a zajištění péče o ně. Jako duchovní problémy pacienta a jeho blízkých jsou zde označeny např. pocity zoufalství, utrpení, viny a potřeba odpuštění.⁷²

V roce 2002 byly přijaty Evropskou sítí zdravotní kaplanské služby Standardy pro zdravotní kaplanskou službu („healthcare chaplaincy“ – zdravotní kaplanství) v Evropě.⁷³ Definují nemocniční kaplanství jako službu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí a těch, kdo o ně pečují, která přivádí ke zdrojům osobním i kulturním, ke zdrojům víry i ke zdrojům společenství.⁷⁴

Římsko-katolická církev je u nás nejrozšířenější, proto je největší pravděpodobnost, že bude-li nemocný žádat nějakou službu církve, půjde s největší pravděpodobností o církev katolickou. Podle Kodexu kanonického práva katolické církve⁷⁵ je *kaplan kněz, kterému je natrvalo alespoň z části svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů. Zvláštní skupinou křesťanů se myslí např. křesťané v nemocnicích, v armádě či ve věznicích. V kodexu kanonického práva je výslovně zmíněna péče o nemocné: „Aby farář pečlivě plnil službu pastýře, snaží se poznat sobě svěřené věřící. Proto navštěvuje rodiny, má účast hlavně na jejich starostech, úzkostech a zármutku a posiluje je v pánu. Nemocným, hlavně blízkým smrti, se věnuje se zvláštní láskou, posiluje je pečlivě svátostmi a jejich duše odporoučí Bohu...“⁷⁶ Nemocniční kaplan má bránit nekonečnou hodnotu a důstojnost každé osoby. Je symbolem ještě jiné dimenze utrpení, než jakou lidé obvykle utrpení dávají, má*

⁷⁰ Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad /Joint Commission International ; [z anglického originálu ... přeložil Luděk Šprongl]. - Vyd. 1.. - Praha : Grada Publishing, 2005 - 172 s. ISBN 80-247-1003-X

⁷¹ Cit. z: Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, 2005

⁷² Srov. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, 2005

⁷³ <http://www.eurochaplains.org/>

⁷⁴ Srov. Opatrná, 2006a, str. 106

⁷⁵ Kodex kanonického práva (Codex Iuris Canonici, též CIC) je soubor vnitřních právních předpisů a norem římskokatolické církve, závazný pro všechny římské katolíky. Poprvé vyšel v roce 1917 jakožto výsledek snahy papeže Benedikta XV. o přehledný a sjednocený soubor církevních předpisů. V roce 1983 vyšla nová verze CIC, platná dodnes. Její text je členěn na 7 knih a 1752 kánonů. V roce 1994 vydalo nakladatelství Zvon latinsko-české vydání kodexu z roku 1983, obsahující oficiální text v latině a jeho český překlad prof. Miroslava Zedníčka.

⁷⁶ Cit.z. Kodex kanonického práva, 1994

dbát, aby byly „ošetřeny“ spirituální potřeby lidí z různých náboženství a kultur a současně má chránit před nevhodnou duchovní vtíravostí (např. náboženských sekt) a přetahováním pacientů mezi církvemi. Kaplan má poskytovat (či zajistit poskytnutí) bohoslužby, obřady a svátosti podle té které náboženské tradice. Jedním ze základních nástrojů kaplana je naslouchání, které uplatňuje nejen v setkání s věřícími, ale především v setkání s lidmi s tzv. vnějškovou formou víry, s lidmi se zbytky víry či s nevěřícími. V katolické církvi je služba duchovních zvýrazněna svátostnou službou (*viz. příloha č.7*), v udílení svátostí je kněz nezastupitelný.⁷⁷

V Praze byli Českou biskupskou konferencí pověřeni zajišťovat duchovní péči nepřetržitě 24 hodin kaplani, kteří docházejí do všech nemocnic, Ústřední vojenská nemocnice má svého nemocničního kaplana (Kpt. Mgr. Pavel Ruml), v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze zajišťují pastorační péči dva duchovní, tato církevní nemocnice s akutní péčí má i svou kapli při nemocnici. Dále do nemocnic mohou docházet faráři, v jejichž diecézi zdravotnické zařízení leží, i ostatní duchovní z jiných částí republiky, pokud si je pacienti nebo jejich rodiny nechají zavolat (tento kontakt většinou zajišťuje právě nemocniční kaplani).

1.9.1. Komunikace v rámci multidisciplinárního týmu

V současné době lze rozdělit formu nemocničního kaplanství na dva typy. Podle tradiční formy je nemocniční kaplan nezávislý vůči ostatním profesionálům, nemá potřebu komunikovat s lékaři ani se sestrami a jeho služba je vnímána jako soukromá záležitost mezi ním a pacientem. Novým trendem je současné zařazování kaplanů do multidisciplinárních týmů, což vychází z potřeb jak akutní medicíny, tak péče paliativní.⁷⁸ Ve standardech Evropské sítě zdravotní kaplanské služby je uvedeno: „*Kaplanská služba je poskytována v rámci multidisciplinárního týmu.*“⁷⁹ Kaplani jsou ve světě (např. USA, Kanada,..) členy týmů JIP, ARO, dialyzačních jednotek, pohotovostí, popáleninových jednotek, koronárních a kardiologických jednotek, porodnic a novorozeneckých resuscitačních oddělení, týmů v rámci paliativní medicíny, hospiců a domovů pro seniory. Duchovní zde spolupracuje s týmem lékařů a zdravotníků, se sociálním pracovníkem, psychologem, rehabilitačním pracovníkem, atd. Přednosti této multidisciplinární péče spočívají v tom, že kaplan tak do nemocnice a na jednotlivá oddělení patří, nemocní i personál jsou zvyklí na jeho přítomnost,

⁷⁷ Srov. Opatrná, 2006a, str. 107

⁷⁸ Cit. z: Opatrná, 2006b, str.10

⁷⁹ <http://www.eurochaplains.org/>

což nejen že podněcuje navození důvěry, ale též usnadňuje a zkvalitňuje komunikaci na více úrovních.⁸⁰

Opatrná jmenuje několik výhod zařazení kaplana do multidisciplinárního týmu:

1. Je-li pacienty kaplan vnímán jako člen týmu, tedy v horizontu ostatních pomáhajících profesí, snadněji si získává důvěru nemocných, která je pro jeho práci nezbytná.
2. Je k dispozici všem pacientům a opakovaně (může navazovat na předchozí rozhovory a rozvíjet je, může zohledňovat aktuální stav pacienta). Pacient má samozřejmě právo kaplana odmítnout.
3. Kaplan je nápomocen v komunikaci pacient – personál – rodina v nejrůznějších variacích vztahů.
4. Kaplan hraje důležitou roli v obdobích po sdělení závažné diagnózy, v období existenciálních krizí v průběhu léčby a rozvoje nemoci, a též v závěru života pacienta i v období smutku pozůstalých.
5. Kaplan se účastní rozhodovacích procesů – přerušení či ukončení léčby, bývá členem etické komise.
6. Trvalá přítomnost na oddělení nevyvolá trauma, že kaplan přichází jen tehdy, blíží-li se konec života.
7. Přítomnost kaplana odkazuje na duchovní dimenzi člověka i na existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti.⁸¹

⁸⁰ Srov. Prášilová 2003, str. 21 – 23

⁸¹ Převzato z Opatrná, 2006b, str. 11

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1. CÍLE VÝZKUMU

Cílem výzkumné části práce je 1. identifikovat výskyt duchovních potřeb u klientů hospitalizovaných na standartních lůžkových odděleních interny a chirurgie, 2. zjistit subjektivně pocíťovanou míru saturace těchto potřeb u hospitalizovaných klientů a 3. identifikovat faktory, které u zkoumané skupiny posilují nebo naopak ohrožují uspokojování duchovních potřeb.

U vzorku zkoumaných klientů jsme dále chtěli zjistit:

1. jaké procento z dotazovaných respondentů představují klienti organizovaní v církvi;
2. v jaké míře klienti organizovaní v církvi využívají duchovních služeb zdravotnického zařízení;
3. v jaké míře a za jakých okolností využívají duchovních služeb nemocnice klienti bez příslušnosti k církvi (jakou roli hraje v tomto případě věk, sociální situace a charakter onemocnění);
4. jak klienti nahlízejí na poskytování duchovních služeb v nemocnici;
5. zda existuje rozdíl ve vnímání pojmu „duchovní potřeba“ mezi klienty organizovanými v církvi a klienty mimo církev;
6. kdo by podle názoru klientů mohl být nejvíce nápomocen při uspokojování jejich duchovních potřeb a jaký má vliv příslušnost k církvi na výběr této osoby.

2.2. METODIKA VÝZKUMU

Ke zjištění duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů byly použity dvě výzkumné metody. Metoda kvantitativní prezentovaná dotazníkem a metoda kvalitativní, kterou představují kazuistiky sepsané na základě rozhovorů s pacienty.

Dotazník sledující duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů (viz. příloha č. 9) vychází z původního dotazníku Foglové⁸², který byl použit v českých podmínkách u hospitalizovaných pacientů v roce 2003 na lůžkových odděleních Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a Nemocnice Litomyšl. Jde o dotazník, který v originální verzi obsahuje 24 otázek, přičemž 9 otázek slouží k získání osobních údajů klientů, ostatní otázky sdružuje do tří proměnných:

⁸² Foglová, M. *Saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, r. 2003.

1. co si nemocní představují pod pojmem „duchovní potřeby“ a jaké konkrétní podoby při hospitalizaci nabývají (6 položek);
2. jak a kdo by duchovní potřeby dle samotného mínění nemocných měl uspokojovat (7 položek);
3. jakou míru saturace duchovních potřeb sami nemocní pociťují (2 položky).

Se souhlasem Bc. Foglové jsme její dotazník použili pro tento výzkum, přičemž jsme množství identifikačních otázek zredukovali na 7 položek, z nichž otázky č. 1, 2, 4 našeho dotazníku jsme ponechali původní. Otázky č. 8, 16, 17, 19 nového dotazníku jsme převzali nepozměněné, v otázkách č. 5, 11, 15, 18, 20, 22 nového dotazníku jsme pozměnili charakter otázek a formu odpovědí. Otázky č. 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 21 jsme zasadili do našeho dotazníku po pečlivém prostudování několika pramenů, jež se zabývají duchovními potřebami (viz. seznam použité literatury) a po zhodnocení výsledků předvýzkumu.

Použití dotazníku pro předvýzkumné a výzkumné šetření na interních a chirurgických odděleních Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (dále jen NMSKB) bylo písemně schváleno hlavní sestrou nemocnice Mgr. Irenou Trpišovskou a ředitelem nemocnice MUDr. Jaroslavem Štrofem, CSc., MBA. V obou případech šetření byl anonymní dotazník rozdáván klientům osobně autorkou výzkumu. Před zadáním dotazníku byl každý klient poučen o účelu výzkumu a požádán o pečlivé vyplnění údajů. Cca 3-4 pacienti z každého oddělení nebyli schopni dotazník vyplnit pro somatické obtíže, dotazník odmítlo vyplnit celkem 19 klientů. Dvě třetiny klientů vyplňovaly dotazník samostatně, zbývající pacienti dali přednost společnému vyplnění dotazníku s autorkou výzkumu.

V předvýzkumném šetření bylo rozdáno 30 dotazníků (15 dotazníků bylo rozdáno na interním lůžkovém oddělení, 15 dotazníků na chirurgickém lůžkovém oddělení) s návratností 22 vyplněných dotazníků (10 dotazníků vyplnili klienti na interně, 12 na chirurgii). Z 10 vyplněných dotazníků z interního oddělení bylo 6 dotazníků vyplněno správně, ve zbylých 4 případech klienti nepochopili význam několika otázek a položku vyplnili jinak, ve 3 případech nebyly některé položky vyplněny vůbec. Na chirurgickém oddělení vyplnili pacienti ve 12 dotaznicích všechny položky, pět klientů si nebylo jisto významem třech otázek a vyplnili je jinak. Po zhodnocení výsledků předvýzkumu, kdy si 4 klienti interny a 5 klientů chirurgie nebylo jisto vyplněním třech shodných otázek, jsme pozměnili znění dvou z těchto otázek (konkrétně otázky č. 7 a č. 10) a jednu otázku jsme vypustili z dotazníku úplně.

Výzkumné dotazníkové šetření probíhalo na čtyřech interních lůžkových odděleních a dvou chirurgických lůžkových odděleních NMSKB ve dvou dnech s odstupem dvou týdnů. Celkem bylo na těchto odděleních rozdáno 110 dotazníků (55 dotazníků první den,

55 dotazníků o čtrnáct dnů později v den další). Ze 110 rozdaných dotazníků jich bylo sebráno 96, pro lepší zpracování sbíraných dat byly ještě o další týden později dodatečně rozdány 4 dotazníky tak, aby celkový počet respondentů činil 100.

S číselným vyhodnocením sbíraných dat nám s ochotou pomohl Mgr. Roman Šperker z ekonomického úseku NMSKB v Praze.

Kazuistiky byly sestaveny na základě polostrukturovaného rozhovoru s nemocnými. K sepsání kazuistik nás vedla tendence blíže prozkoumat životní příběhy těch pacientů, jejichž odpovědi v dotazníku byly neobvyklé, nebo se k dotazníku při jeho sběru potřebovali vyjádřit ve smyslu objasnění vyplněných údajů. Ve třech případech byly kazuistiky sepsány s klienty bez předchozího vyplnění dotazníku na oddělení interní jednotky intenzivní péče (dále JIP), kde se výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru jevil vhodnější a pro klienty méně zatěžující. Základem rozhovoru bylo 8 otázek:

1. Co Vás přivedlo do nemocnice? Jaké máte obtíže nyní?
2. Jak si myslíte, že se bude nemoc vyvíjet? Máte nějakou časovou představu?
3. Z čeho máte největší strach, čeho se při obtížích nejvíce bojíte?
4. Máte někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity, které zde prožíváte?
5. Co je náplní Vašeho života?
6. Co má v životě pro Vás velkou hodnotu?
7. Co je pro Vás nyní zdrojem síly a naděje?
8. Věříte v Boha?

Otázky číslo 1, 2, 3 byly převzaty od Bc. Daňhelové⁸³, ostatní otázky byly modifikovány pro rozhovor o duchovní sféře klienta. Otázky tvořily základ rozhovoru, byly upravovány podle aktuální situace při výpovědích klientů. Kazuistiky byly vyplněny se čtyřmi ženami ve věku 45, 58, 83, 85 let a se třemi muži ve věku 19, 23 a 80 let. Kazuistiky byly sepsány po ústním rozhovoru, který trval v průměru 30 minut. Nemocní byli seznámeni s účelem rozhovoru a s poskytnutím informací souhlasili. Každá kazuistika je doplněna krátkou epikrizou z lékařské dokumentace.

2.3. SLEDOVANÁ SKUPINA

Průzkum se uskutečnil u klientů, kteří byli hospitalizováni na 2 standartních lůžkových chirurgických, 4 standartních lůžkových interních odděleních a 1 interní JIP Nemocnice milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze v období od první poloviny února do března roku 2007. Jednalo se o klienty s různými typy onemocnění a s rozdílnou léčbou.

⁸³ DAŇHELOVÁ, K. *Subjektivní pojetí pacientovy nemoci*. Hradec Králové, 2005. 58 s. Bakalářská práce na Lékařské fakultě University Karlovy na katedře ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Celkem se jednalo o 103 klientů, z nichž 100 klientů standartních lůžek vyplnilo dotazník a tři klienti JIP byli dotazováni formou polostrukturovaného rozhovoru bez předchozího vyplnění dotazníku. Ze 100 klientů standartních lůžek, kteří se účastnili dotazníkového šetření, byl u 4 klientů posléze proveden doplňující výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru.

2.4. PROSTŘEDÍ VÝZKUMU

Výzkum byl realizován na lůžkových odděleních Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Před vlastní prezentací výsledků získaných zpracováním dotazníků je naší povinností zde přiblížit charakter prostředí tohoto zdravotnického zařízení. Nemocnice Milosrdných sester (dále NMSKB) je jedinou skutečně církevní nemocnicí ve středních Čechách. Nemocnici založila v polovině 19. stol. Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, v 50. letech byla vyvlastněna státem, v r. 1993 byl objekt navrácen Kongregaci, která zde zřídila církevní nemocnici jako nestátní zdravotnické zařízení. Po odborné a organizační stránce se tato nemocnice ničím neliší od ostatních, necírkevních zdravotnických zařízení. Poskytuje zdravotní péči široké veřejnosti, je schopná pružně reagovat na požadavky léčebné péče včetně diagnostiky. Nemocnice má kapacitu 250 lůžek a poskytuje i ambulantní péči. Pracuje zde 60 lékařů a 186 zdravotních sester, z toho řádových sester je v nemocnici 16 (působí na chirurgických, interních oddělení a na ARO), pracují zde 2 řádové lékařky (obě na interních odděleních), jedna řádová farmaceutka a řádová manažerka stravovacího provozu. V nemocnici jsou čtyři lůžková interní oddělení (z toho jedno oddělení s kardiologickým zaměřením a jedno se zaměřením na gastroenterologii) a šestilůžková interní JIP, dvě lůžková chirurgická oddělení a čtyřlůžková chirurgická JIP, anestaziologicko-resuscitační oddělení (ARO) s pěti lůžky, dále 20ti lůžkové oddělení ošetrovatelské péče, dvě lůžková oddělení rehabilitace a dětské detoxikační centrum s kapacitou 14 lůžek.⁸⁴

Duchovní péče je v nemocnici zajišťována dvěma nemocničními duchovními, přičemž jeden z nich pracuje přímo ve směnném provozu a je součástí zdravotnického týmu interního oddělení. Na všech standartních odděleních mají klienti možnost poslechu bohoslužby z centrálního rozhlasu vedoucího z nemocniční kaple, kterou mají možnost v průběhu hospitalizace nemocní navštívit v doprovodu rodiny či zdravotníků.

⁸⁴ Údaje čerpány z vnitřních dokumentů nemocnice

3. VÝSLEDKY VÝZKUMU

3.1. Prezentace výsledů získaných zpracováním dotazníků

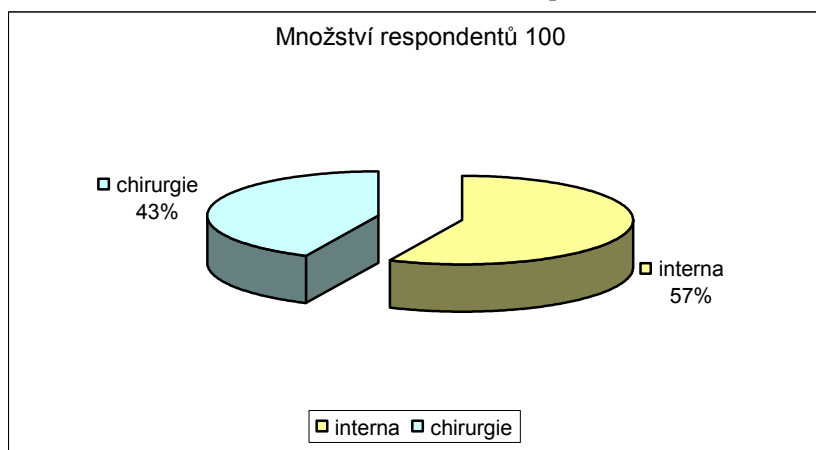
Nejprve bychom přistoupili k analýze a interpretaci dat získaných dotazníkem. Výsledná data jsme rozdělili do dvou skupin. První skupinu tvoří data k identifikaci zkoumaného vzorku respondentů, druhou skupinu dat jsme rozdělili do tří hlavních oblastí podle výše uvedených třech základních cílů, v každé skupině se pak zabýváme jednotlivými otázkami, kterých se tato skupina týká.

3.1.1. Analýza osobních údajů

A) Množství respondentů

Ze 100 náhodně vybraných klientů, kteří vyplnili dotazník, bylo 57 klientů hospitalizováno na interním oddělení a 43 klientů na oddělení chirurgickém (viz. graf č. 1). Pro náš výzkum budeme pracovat se všemi respondenty jako s jednotným celkem, případně budeme v některých bodech charakterizovat každou skupinu zvlášť.

Graf č.1: Celkové množství respondentů



B) Pohlaví respondentů

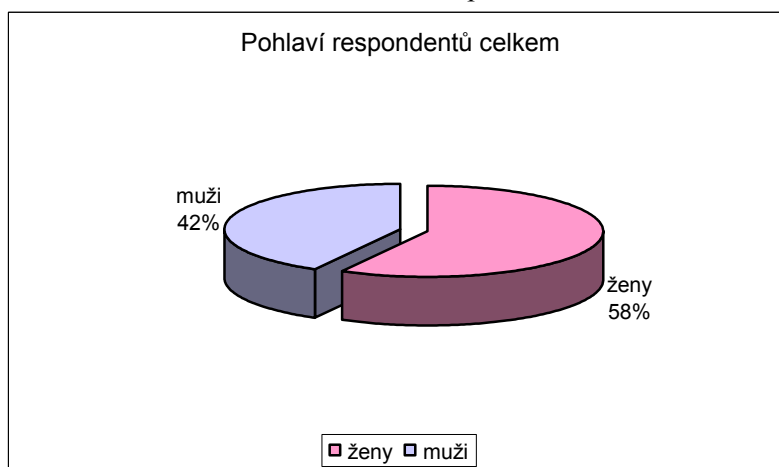
Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

	interna		chirurgie		celkem	
	R	%	R	%	R	%
muž	24	42 %	18	42 %	42	42%
žena	33	58 %	25	58 %	58	58%
Σ	57	100%	43	100%	100	100%

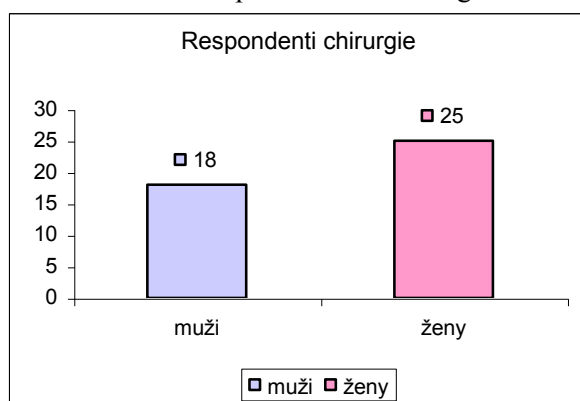
Z celkového množství 100 respondentů vyplnilo dotazník 58 žen a 42 mužů (viz. tabulka č.1). Na interně vyplnilo dotazník 33 žen a 24 mužů, na chirurgii dotazník vyplnilo 25 žen a

18 mužů (viz. tabulka č. 1 a grafy č. 1 – 3 k tabulce č. 1). Ve většině případů byli dotazováni respondenti ženského pohlaví (58 % žen).

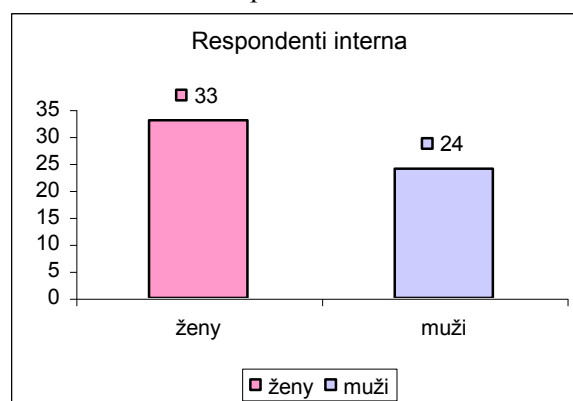
Graf č.2: Pohlaví respondentů



Graf č.3: Pohlaví respondentů na chirurgii



Graf č. 4: Pohlaví respondentů na interně



C) Věk respondentů

Tabulka č. 2 – Věkové složení respondentů

věk	do 39 let		40 – 59 let		60 – 79 let		80 let a ↑	
	R	%	R	%	R	%	R	%
interna	3	5 %	8	14 %	24	42 %	22	39 %
chirurgie	14	33 %	12	28 %	15	34 %	2	5 %
Σ (100)	17	17 %	20	20 %	39	39 %	24	24 %

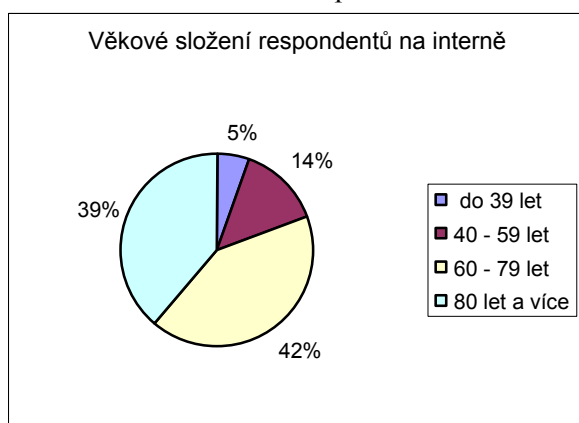
Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 17 respondentů ve věku do 39 let (tzn. 17 %), 20 respondentů ve věku od 40 do 59 let (tj. 20 %), 39 respondentů ve věku od 60 do 79 let (tj. 39 %) a 24 respondentů ve věku od 80 let a výše (tj. 24 %) - viz. tabulka č. 2.

Na interních odděleních vyplnili dotazník 3 respondenti ve věku do 39 let (tj. 5 % z celkového počtu interních respondentů, tj. 57), 8 respondentů ve věku mezi 40 – 59 lety (tj. 14 %), 24 respondentů ve věku od 60 do 79 let (tj. 42 %) a 22 respondentů ve věku

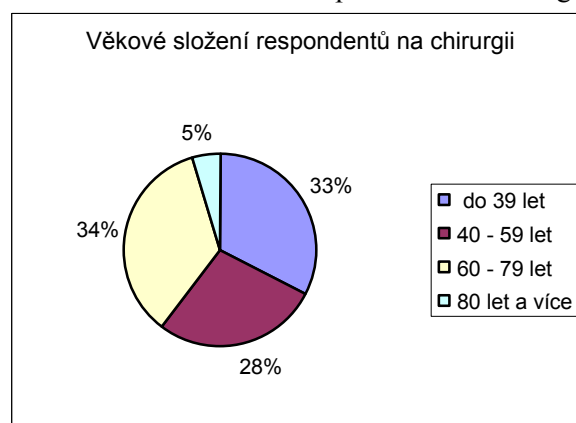
nad 80 let (tj. 39 %) – viz. graf č. 5. Na chirurgických odděleních odpovídalo v dotazníku 14 pacientů ve věku do 39 let (tj. 33 % z celkového počtu chirurgických respondentů, tj. 43), 12 respondentů ve věku mezi 40 – 59 lety (tj. 28 %), 15 respondentů ve věku od 60 do 79 let (tj. 34 %) a 2 respondenti ve věku od 80 let a výše (tj. 5 %) – viz. graf č.6.

Významnou věkovou skupinu tedy představují na interně respondenti ve věku od 60 do 79 let (24 respondentů z 57), množství respondentů ve věku nad 80 let je 22, což je téměř polovina počtu interních respondentů od 60 let věku výše a téměř druhá nejpočetnější věková skupina respondentů vůbec – srov. tab. č. 2 na str. 40, graf č. 5. Věkové složení respondentů na chirurgii ve třech věkových skupinách do 79 let je v podstatě rovnoměrné, nejmenší procento věkové skladby zde tvoří respondenti ve věku od 80 let výše (pouze dva lidé , tj. 5 %), významnější věkovou skupinu zde tvoří respondenti do 39 let věku a ve věku mezi 60 - 79 lety – viz. graf č. 6.

Graf č. 5: Věkové složení respondentů na interně



Graf č. 6: Věkové složení respondentů na chirurgii



D) Věk respondentů ve vztahu k pohlaví respondentů

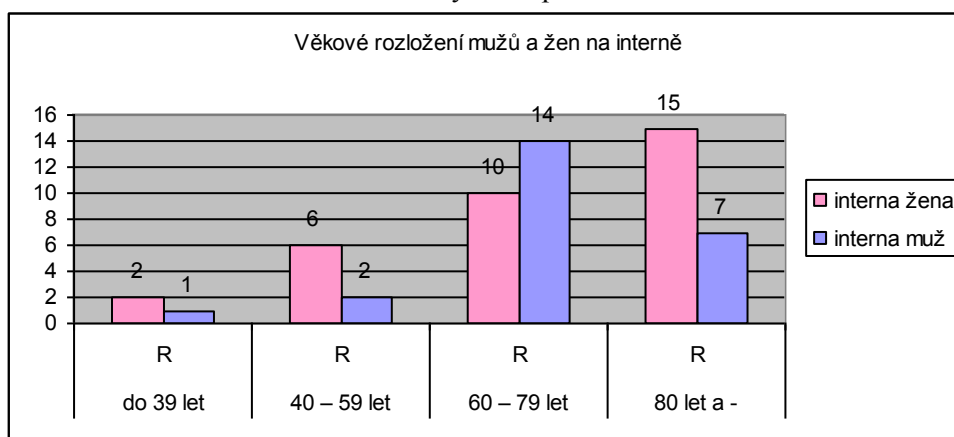
Tabulka č. 3: Rozložení věkových skupin mužů a žen na odděleních

oddělení	pohlaví	do 39 let		40 – 59 let		60 – 79 let		80 let a ↑		Σ	
		R	%	R	%	R	%	R	%	R	%
interna	žena	2	3,50	6	10,52	10	17,54	15	26,31	33	57,89
	muž	1	1,75	2	3,50	14	24,56	7	12,28	24	42,10
	dohromady	3	5,25	8	14,02	24	42,10	22	38,59	57	99,99
chirurgie	žena	9	20,93	8	18,60	7	16,27	1	2,32	25	58,13
	muž	5	11,62	4	9,30	8	18,60	1	2,32	18	41,86
	dohromady	14	32,55	12	27,9	15	34,87	2	4,64	43	99,99
	Σ	17		20		39		24			

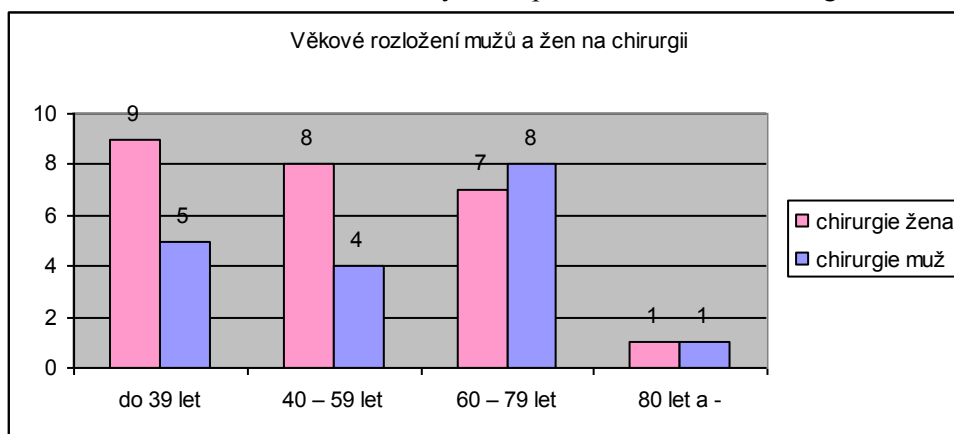
Zjistili jsme, že na interních i chirurgických odděleních byla nejpočetnější věková skupina 60 – 79 let. Na interně bylo nejvíce mužů ve skupině 60 – 79 let, ve skupině 22 klientů ve věku nad 80 let bylo zastoupeno 15 žen a 7 mužů, oproti tomu na chirurgii byli ve stejné

věkové skupině pouze dva klienti (v zastoupení 1 žena a 1 muž). Na chirurgii bylo nejvíce mužů zastoupeno ve věku od 60 – 79 let, žen bylo na chirurgii nejvíce ve věku do 39 let. Na obou odděleních v množství hospitalizovaných klientů, kteří vyplnili dotazník, v celkovém zastoupení převažují ženy, pouze ve věkové skupině od 60 – 79 let jsou na obou odděleních více zastoupeni muži (viz tabulka č 3, str. 41).

Graf č. 7: Rozložení věkových skupin mužů a žen na interně



Graf č. 8: Rozložení věkových skupin mužů a žen na chirurgii



E) Vzdělání respondentů ukazuje *tabulka č.4*

oddělení	pohlaví	vzdělání								
		základní		vyučen/a		středoškolské		vysokoškolské		Σ
		R	%	R	%	R	%	R	%	
interná	žena	3	5,26	7	12,28	17	29,82	6	10,52	33
	muž	3	5,26	4	7,07	7	12,28	10	17,54	24
	Σ	6	10,52	11	19,35	24	42,10	16	28,06	57
chirurgie	žena	1	2,12	7	16,27	11	25,38	6	13,95	25
	muž	0	0	5	11,62	5	11,62	8	18,60	18
	Σ	1	2,12	12	27,89	16	37,00	14	32,55	43
Σ	Σ	7	7 %	23	23%	40	40%	30	30%	100

Z celkového počtu dotazovaných (100 respondentů) mělo 7 respondentů základní vzdělání (tj. 7 %), 23 dotazovaných bylo vyučeno (tj. 23 %), 40 respondentů uvedlo středoškolské vzdělání (tj. 40 %) a 30 respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných (tj. 30 %) – srov. tabulka č. 4 na str. 42.

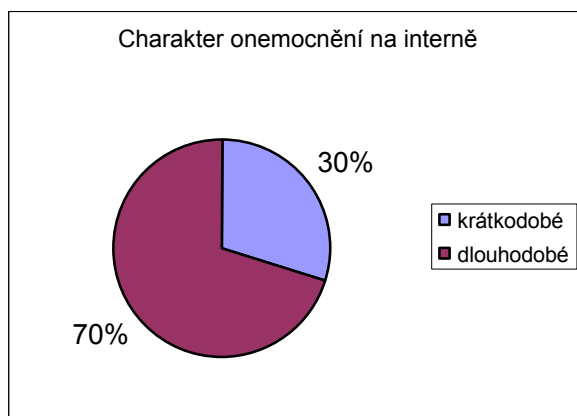
F) Charakter onemocnění

Tabulka č.5: Charakter onemocnění všech respondentů

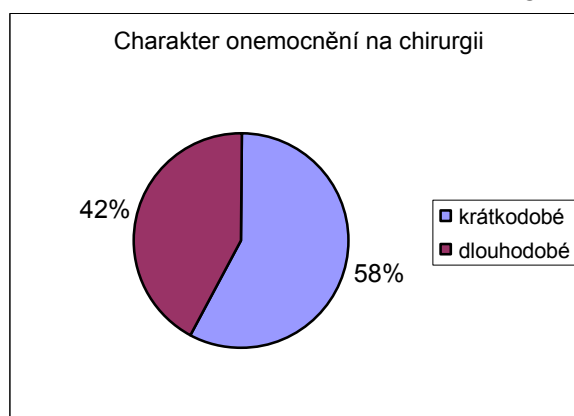
charakter onemocnění	interna		chirurgie		Σ	
	R	%	R	%	R	%
krátkodobé	17	30 %	25	58 %	42	42 %
dlouhodobé	40	70 %	18	42 %	58	58 %
Σ	57	100 %	43	100 %	100	100 %

Většina respondentů (58 %) uvedla, že je hospitalizována pro onemocnění dlouhodobého charakteru. Na interně bylo pro dlouhodobé onemocnění hospitalizováno 70 % klientů. Oproti tomu na chirurgii byl poměr mezi dlouhodobým a krátkodobým onemocněním 18 : 25 respondentům, což znamená, že zde pro onemocnění dlouhodobého charakteru bylo hospitalizováno 42 % klientů (méně než polovina chirurgických pacientů) – srov. graf č. 9 a 10, tabulka č. 5.

Graf č. 9: Charakter onemocnění na interně



Graf č. 10: Charakter onemocnění na chirurgii



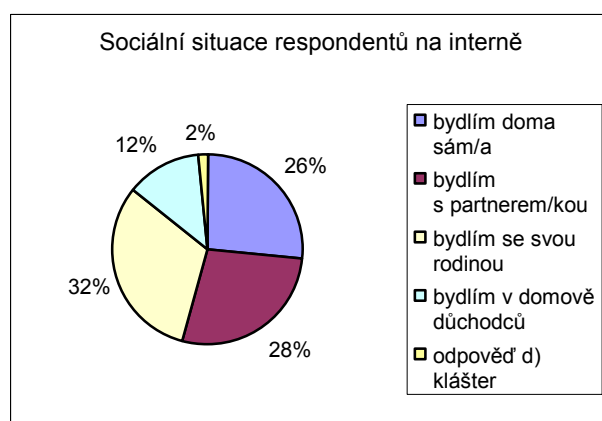
G) Sociální zázemí respondentů

Tabulka č. 6: Sociální zázemí respondentů

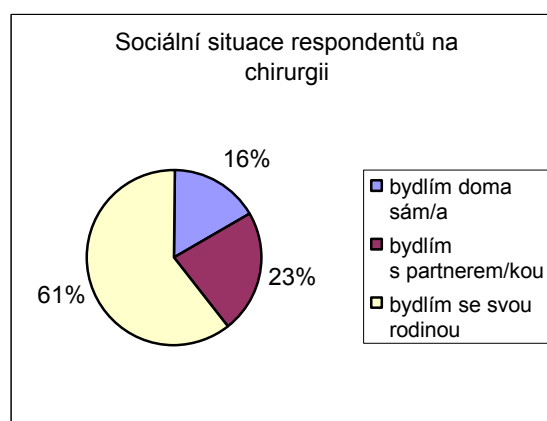
odpovědi	INTERNA		CHIRURGIE		celkový součet	
	R	%	R	%	R	%
bydlím doma sám/a	15	26,31	7	16,27	22	22 %
bydlím s partnerem/kou	16	28,07	10	23,25	26	26 %
bydlím se svou rodinou	18	31,47	26	60,46	44	44 %
bydlím v domově důchodců	7	12,28	0	0	7	7 %
odpověď d) klášter	1	1,75	0	0	1	1 %
Σ	57	99,98	43	99,98	100	100 %

V tomto bodě nás zajímalo sociální zázemí hospitalizovaných klientů. Z celkového přehledu v tabulce č. 6 (str. 43) vyplývá, že převážná většina respondentů (44 %) žije se svou rodinou, 26 % respondentů žije se svým partnerem nebo partnerkou, 22 % respondentů bydlí o samotě a 8 % respondentů žije v domově důchodců či jiném zdravotně-sociálním zařízení. Po součtu skupiny respondentů, kteří bydlí se svou rodinou, a skupiny respondentů, kteří bydlí se svým partnerem/kou, jsme zjistili, že na chirurgii celých 84 % klientů s někým žije či bydlí a jen 16 % klientů z chirurgie bydlí samo a nikdo z chirurgie nebydlí v domově důchodců – viz graf č. 12. Součtem stejných dvou skupin na interním oddělení nám vyšlo, že 60 % klientů na interně bydlí s rodinou nebo partnerem/kou, ale plných 40 % klientů bydlí jinak – viz graf č.11.

Graf č. 11: Sociální zázemí klientů na interně



Graf č. 12: Sociální zázemí klientů na chirurgii



Ve zjišťování sociální situace klientů jsme se dále zaměřili na dvě nejpočetnější věkové skupiny. Zajímalo nás sociální zázemí skupiny respondentů ve věku nad 80 let (tj. 22 klientů na interně a 2 klienti z chirurgie, tj. 24 klientů). Dále nás zajímalo sociální zázemí skupiny respondentů ve věku od 60 – 79 let (tj. 24 klientů z interny a 15 klientů z chirurgie, celkem 39 klientů).

Tabulka č. 7: Sociální zázemí respondentů ve věku nad 60 let

věk	celkový počet	bydlí doma sami	bydlí s partnerem/kou	bydlí s rodinou	bydlí v domově důchodců
60 – 79 let	39	11	16	12	0
80 let a ↑	24	5	5	7	6 + 1 klášter
Σ	63	16	21	19	7

Ze získaných údajů jsme zjistili, že ve věkové skupině od 60 do 79 let věku (tj. z 39 lidí) nikdo z respondentů nebydlí v domově důchodců, 11 respondentů z této skupiny uvedlo, že bydlí sami. Ve věkové skupině respondentů nad 80 let (tj. 24 lidí) je pouze 7 klientů, kteří

bydlí v domově důchodců, z toho jeden respondent žije v klášteře. V této věkové skupině je 5 respondentů, kteří bydlí sami, 5 respondentů žije s partnerem/kou a 7 respondentů bydlí s rodinou. Podle výzkumu tedy 1 respondent ze sta dotazovaných žije v domově důchodců a jeho věk nepřevýšil 60 let (dle srovnání údajů v tabulce č. 7, str. 44 a tabulce č. 6, str. 43).

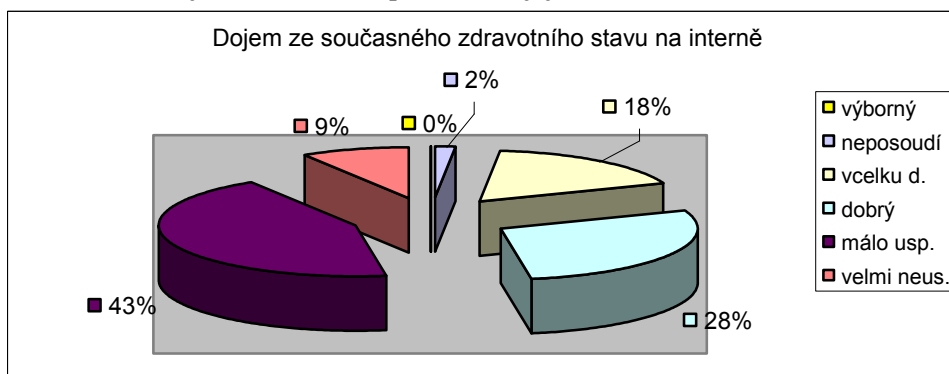
H) Dojem ze současného zdravotního stavu

Tabulka č. 8: Dojem ze současného zdravotního stavu

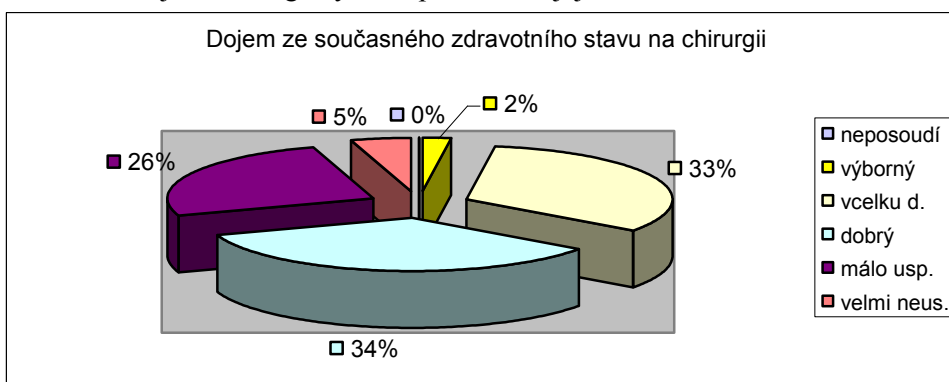
oddělení	neumí posoudit		výborný		vcelku dobrý		dobrý		málo uspokojivý		velmi neuspokojivý	
	R	%	R	%	R	%	R	%	R	%	R	%
interna	1	1,75	0	0	10	17,54	16	28,07	25	43,85	5	8,77
chirurgie	0	0	1	2,32	14	32,55	15	34,88	11	25,58	2	4,65
Σ	1	1 %	1	1%	24	24 %	31	31 %	36	36 %	7	7 %

Na interním oddělení nejvíce klientů hodnotilo svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý (cca 44 % dotazovaných) – viz graf č. 13, tabulka č. 8. Respondenti na chirurgii hodnotili svůj aktuální zdravotní stav převážně jako dobrý (cca 35 %) a vcelku dobrý (33 %), dohromady tedy tito respondenti, jejichž zdravotní stav byl dobrý nebo v celku dobrý, tvoří 67 % dotazovaných na chirurgii. Jako málo uspokojivý hodnotilo na chirurgii svůj zdravotní stav cca 26 % respondentů – viz. graf č. 14. Graf č. 15 (str. 46) ukazuje souhrn údajů tab. č. 8.

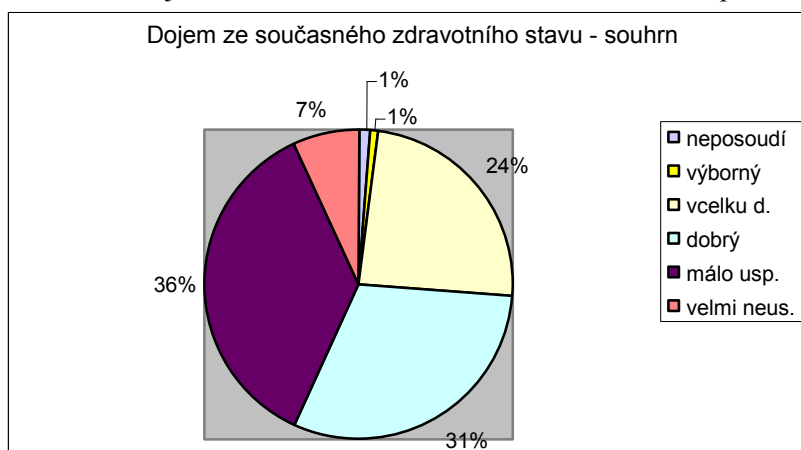
Graf č. 13: Dojem interních respondentů z jejich současného zdravotního stavu



Graf č. 14: Dojem chirurgických respondentů z jejich současného zdravotního stavu



Graf č. 15: Dojem ze současného zdravotního stavu všech respondentů



Plných 43 respondentů (43 %) z celkového počtu dotazovaných vnímá svůj aktuální zdravotní stav jako málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý, přičemž 7 klientů (7 %) vnímá svůj zdravotní stav jako velmi neuspokojivý. 55 % respondentů vidí svůj zdravotní stav jako dobrý nebo v celku dobrý, jeden klient hodnotí svůj zdravotní stav jako výborný a jeden klient svůj zdravotní stav neumí posoudit (viz. graf č. 15). Pro náš výzkum byla zajímavá výše uvedená skupina 43 respondentů, jejichž zdravotní stav byl málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý – viz. tab. č. 9.

Tabulka č.9: Pohlaví a věk respondentů, jejichž zdravotní stav byl málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý

pohlaví	věk	CHIRURGIE	INTERNA	Σ
ŽENY	do 39 let	3	0	3
	40 – 59 let	3	5	8
	60 – 79 let	3	6	9
	80 let a více		9	9
celkem žen		9	20	29
MUŽI	do 39 let	0	0	0
	40 – 59 let	1	1	2
	60 – 79 let	2	5	7
	80 let a více	1	4	5
celkem mužů		4	10	14
Σ		13	30	43

Zjistili jsme, že ve skupině 43 respondentů, jejichž zdravotní stav byl málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý, je 29 žen a 14 mužů. Nejpočetnější skupinou respondentů, kteří takto hodnotí své onemocnění, jsou ženy na interně ve věkové skupině nad 80 let a muži na chirurgii ve věkové kategorii 60 – 79 let (srov. tab. č. 9).

Dále jsme u této skupiny 43 respondentů chtěli zjistit charakter jejich onemocnění. Zjištěné výsledky v tabulce č. 10 na str. 47 jsme porovnali s výsledky v tabulce č. 5 ze str. 43, kterou zde pro přehled znovu uvádíme.

Tabulka č. 10: Charakter onemocnění 43 respondentů, jejichž zdravotní stav je málo nebo velmi neuspokojivý

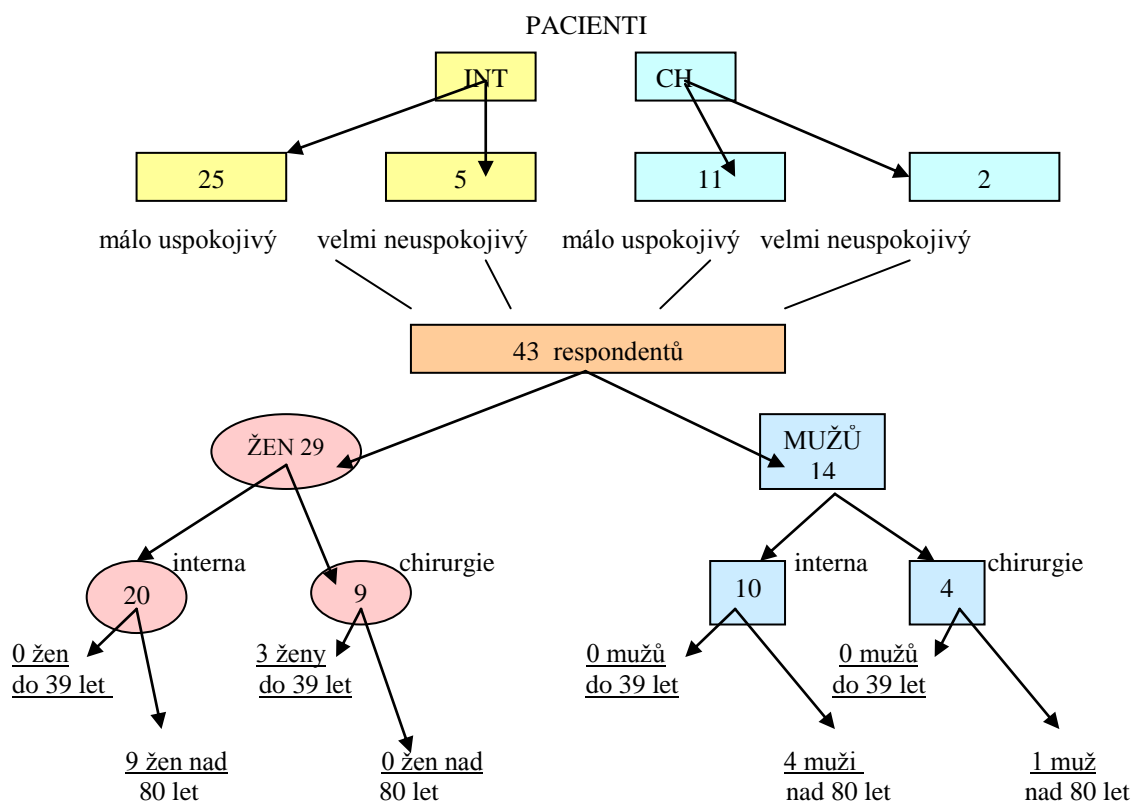
charakter onemocnění	interna		chirurgie		Σ	
	R	%	R	%	R	%
krátkodobé	7	38 %	5	23 %	12	28 %
dlouhodobé	23	62 %	8	77 %	31	72 %
Σ	30	100 %	13	100 %	43	100 %

Tabulka č.5: Charakter onemocnění všech respondentů

charakter onemocnění	interna		chirurgie		Σ	
	R	%	R	%	R	%
krátkodobé	17	30 %	25	58 %	42	42 %
dlouhodobé	40	70 %	18	42 %	58	58 %
Σ	57	100 %	43	100 %	100	100 %

Zjistili jsme, že ze 42 respondentů, kteří jsou hospitalizováni pro onemocnění krátkodobého charakteru, jich 12 vnímá svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý. Z 58 respondentů, kteří trpí dlouhodobým onemocněním, jich 31 vnímá svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý. Ze 40 interních respondentů, kteří trpí dlouhodobým onemocněním, takto vnímá svůj zdravotní stav 23 lidí (srov. tab. č. 10 s tab. č. 5).

Diagram 1: Dojem ze současného zdravotního stavu - shrnutí:



V diagramu č. 1 chceme závěrem ukázat, že na odděleních interny je 30 respondentů, kteří vnímají svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý, přičemž 25 pacientů vnímá svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý a 5 respondentů jako velmi neuspokojivý. Na odděleních chirurgie je celkový počet respondentů, kteří takto odpovídali, 13, přičemž 11 pacientů hodnotilo svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý a 2 pacienti vnímali svůj zdravotní stav jako velmi neuspokojivý. Z celkového počtu 43 respondentů, kteří nám takto odpovídali, je 29 žen a 14 mužů, přičemž 20 žen a 10 mužů odpovídalo na interně, 9 žen a 4 muži odpovídali na chirurgii. Na interně je 13 pacientů (4 muži a 9 žen) ve věku nad 80 let, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý, ale nikdo z pacientů ve věku do 39 let, kdo by takto svůj zdravotní stav hodnotil. Na chirurgii jsou naopak 3 pacienti ve věku do 39 let - 3 ženy, které svůj zdravotní stav hodnotí jako málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý, ale pouze 1 pacient ve věku nad 80 let, který takto hodnotí svůj zdravotní stav.

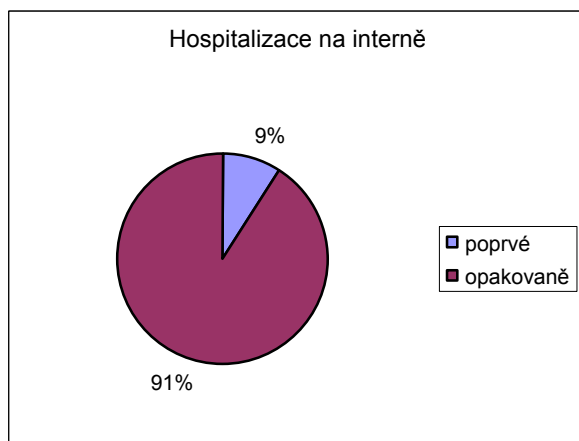
Závěrem lze říci, že na odděleních interny se obecně pacienti cítí hůře než na odděleních chirurgie, tento fakt je však podmíněn vyšší věkovou skladbou interních pacientů (srov. graf č. 7 a č. 8, str. 42 a graf č. 13, 14 na str. 45).

D) Pobyt v nemocnici:

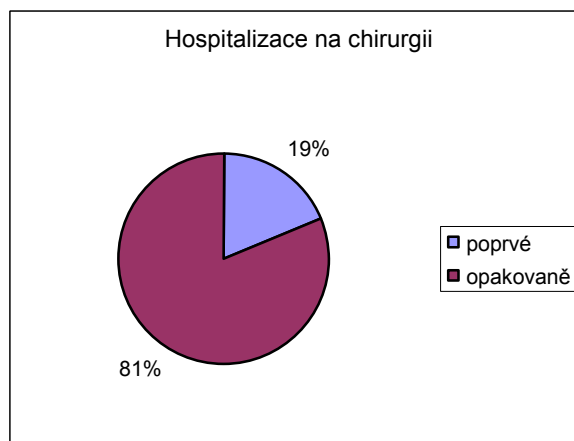
Tabulka č. 11: Charakter hospitalizace respondentů

oddělení	poprvé		opakovaně		Σ	
	R	%	R	%	R	%
interna	5	8,77	52	91,22	57	57 %
chirurgie	8	18,60	35	81,39	43	43 %
Σ	13	13 %	87	87 %	100	100 %

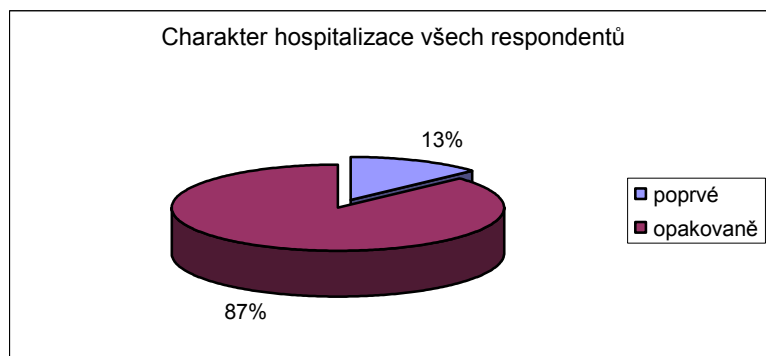
Graf č. 16: Charakter hospitalizace na interně



Graf č. 17: Charakter hospitalizace na chirurgii



Graf č. 18: Charakter hospitalizace všech respondentů



Převážná většina dotazovaných respondentů je hospitalizována opakovaně, pouze 8 respondentů z chirurgických oddělení a 5 respondentů na odděleních interny je hospitalizováno poprvé (srov. tab. č. 11, str. 48 a grafy č.16, 17 na str. 48, graf č. 18).

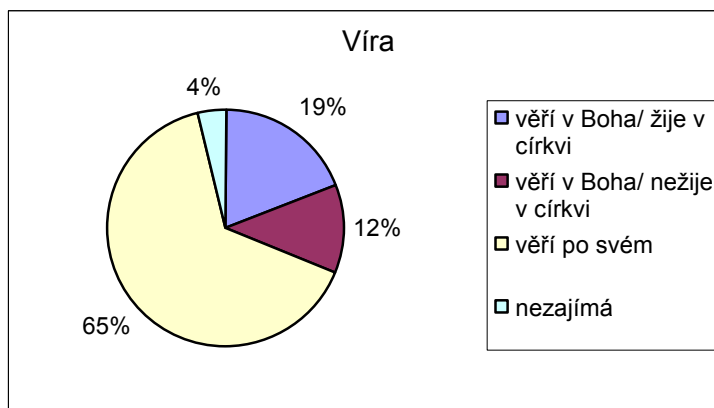
J) Víra

Pro náš výzkum bylo podstatné zjistit, kolik procent z námi dotazovaných respondentů je věřících, kolik procent respondentů věří po svém a jaké množství respondentů tato otázka vůbec nezajímá. Z důvodu ochrany osobních dat jsme v dotazníku nezjišťovali církevní příslušnost respondentů, pouze jsme odlišili ty respondenty, kteří jsou věřícími a jsou organizováni v církvi (nespecifikováno v jaké). Ti respondenti, kteří měli potřebu se k otázce osobní víry podrobněji vyjádřit, měli možnost tak učinit na konci dotazníku v místě vyhrazeném pro poznámky. Většinou zde respondenti psali, že věří v Boha, ale nejsou příslušníky žádné církve, nebo že byli pokřtěni v dětství, věří v Boha, ale nežijí v církvi (tj. nejsou organizováni v církvi). Rozdělení respondentů podle otázky č. 20 našeho dotazníku ukazuje tabulka č. 12.

Tabulka č. 12: Rozdělení respondentů podle otázky víry

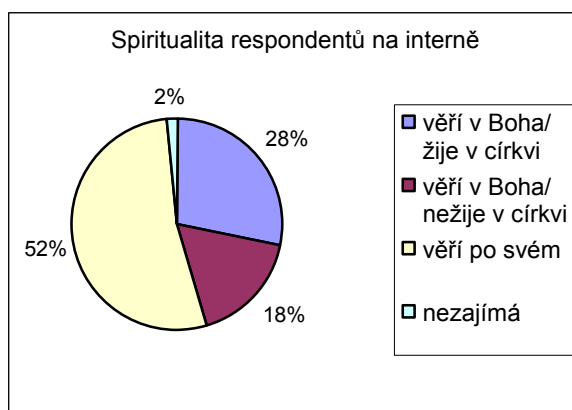
VÍRA		CHIRURGIE		INTERNA		Σ	
		R	%	R	%	R	%
věří v Boha	věří v Boha a žije v církvi	3	6,97	16	28,07	19	19 %
	věří v Boha /nežije v církvi	2	4,64	10	17,54	12	12 %
věřících celkem		5	11,61	26	45,61	31	31 %
věří po svém		35	81,39	30	52,63	65	65 %
otázka víry je nezajímá		3	6,97	1	1,75	4	4 %
Σ		43	99,97	57	99,99	100	100

Graf č. 19: Celkové rozložení respondentů dle otázky víry

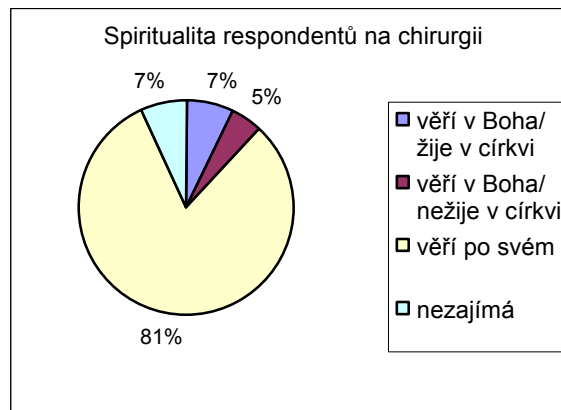


Převážná většina dotazovaných pacientů (65 %) se nehlásí k žádné církvi a uvádí, že věří po svém (viz. tabulka č. 12, str. 49). 19 % ze všech dotazovaných respondentů jsou věřící, kteří jsou organizováni v církvi, 12 % respondentů věří v Boha, ale není organizováno v církvi. 4 % pacientů tato otázka nezajímá (viz. graf č. 19). Z pohledu všech dotazovaných respondentů (chirurgických a interních) je 31 % pacientů věřících (ať už se jedná o respondenty organizované v církvi či nikoliv) – srov. graf č. 19. Většina chirurgických respondentů (81 %) věří po svém, 7 % respondentů je věřících, tři respondenty na chirurgii otázka víry nezajímá - viz. graf č. 20. Na interně věří po svém celkem 52 % pacientů, 46 % pacientů věří v Boha a 2 % respondentů tato otázka nezajímá – viz. graf č. 21.

Graf č. 20: Spiritualita respondentů na interně



Graf č. 21: Spiritualita respondentů na chirurgii



3.1.1.1. Souhrn k osobním údajům o respondentech

V prvním oddílu empirické části jsme se zabývali analýzou získaných osobních údajů. Ze zjištěných údajů vyplývá, že nejpočetnější věkovou skupinou účastníci se šetření byli respondenti ve věku od 60 do 79 let (39 %). Druhou nejpočetnější věkovou skupinou dotazovaných respondentů byli pacienti ve věku nad 80 let (24 %), v této věkové skupině byla převaha žen (srov. tab. č. 3, str. 41, graf č. 7 a č. 8 na str. 42).

Ve 40 % se šetření zúčastnili respondenti se středoškolským vzděláním, velké procento respondentů mělo též vzdělání vysokoškolské (viz. tabulka č. 4, str. 42). Nejvíce respondentů (58 %) uvedlo, že je hospitalizováno pro onemocnění dlouhodobého charakteru, přičemž na interně bylo pro dlouhodobé onemocnění hospitalizováno 70 % dotazovaných pacientů, na chirurgii 42 % dotazovaných pacientů (srov. tab.č. 5, graf č. 9, 10, str. 43).

Většina (70 %) dotazovaných pacientů uvedla, že bydlí s někým (44% respondentů bydlí s rodinou, 26 % respondentů bydlí s partnerem nebo partnerkou). O samotě bydlí 22 % respondentů, 8 % dotazovaných žije v jiném zdravotně-sociálním zařízení – viz. tabulka č. 6, str. 43, graf č. 11 a 12, str. 44. Ve skupině 39 respondentů ve věku 60 – 79 let bydlí 11 z nich doma samo, ve skupině respondentů ve věku 80 let a více bydlí doma samo 5 lidí, dalších sedm lidí žije v domově důchodců (z toho jedna žena v klášteře), 5 respondentů tohoto věku bydlí s partnerem nebo partnerkou a 7 respondentů bydlí s rodinou (srov. graf. č. 11, str. 44).

Na interním oddělení nejvíce klientů hodnotilo svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý (cca 44 % dotazovaných) – viz graf č. 13, tabulka č. 8, str. 45. Respondenti na chirurgii hodnotili svůj aktuální zdravotní stav převážně jako dobrý (cca 35 %) a vcelku dobrý (33 %) – viz. graf č. 14, str. 45. Plných 36 % respondentů z celkového počtu 100, což je poměrně zásadní údaj, vnímá svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý, jako velmi neuspokojivý hodnotí svůj zdravotní stav celkem 7 % respondentů. Převážnou většinu těchto respondentů tvoří pacienti z interních oddělení (viz. tab. č. 10, str. 47) a jsou to převážně ženy ve věku nad 80 let (viz. diagram.č.1, str. 47), které tedy zvyšují tento celkový průměr pacientů, kteří hodnotí svůj stav jako špatný. Většina dotazovaných pacientů (87 %) byla hospitalizována opakovaně (viz. tab.č.11, str. 48, graf č. 16, 17 na str. 48). Nejvíce respondentů uvedlo, že věří po svém (65 %), 31 % respondentů je věřících, z nichž 19 % jsou věřící organizovaní v církvi (srov. tab. č. 12, str. 49, graf č. 19, str. 50). Na interně uvedlo 28 % respondentů, že jsou věřící a žijí v církvi, na chirurgii bylo zastoupení věřících menší (7 %) – viz. graf č. 20 a 21, str. 50.

3.1.2. Plnění cílů výzkumu

3.1.2.1. Cíl č. 1 - identifikace duchovních potřeb a jejich výskyt u respondentů

Ke zjištění duchovních potřeb a jejich výskytu u hospitalizovaných pacientů jsme se zabývali otázkami č. 7, 9, 13, 16 a 22 našeho dotazníku (viz. příloha č. 9 – Anonymní dotazník pro pacienty).

1) Položka č. 1: Z čeho máte největší strach?

Respondenti měli v této otázce za úkol přiřadit k daným možnostem odpovědí čísla od 1 do 7 dle priorit, kde 1 znamená nejmenší míru strachu a 7 míru největší.

Tabulka č. 13: Úroveň odpovědí na otázku strach

Z čeho máte největší strach?...		chirurgie	interna	Σ
Součet z 7.1.	bolest	182	200	382
Součet z 7.2.	ztráta soběstačnosti	251	339	590
Součet z 7.3.	samota	174	249	423
Součet z 7.4.	smrt	203	199	402
Součet z 7.5.	ztráta zaměstnání	43	56	99
Součet z 7.6.	ztráta přátel	121	151	272
Součet z 7.7.	lhostejnost nejbližších	170	208	378

V tabulce č. 13 jsme sečetli celkovou hodnotu odpovědí u každé položky zvlášť. Výsledná čísla neznamenají četnost odpovědí, ale součty hodnot, které v odpovědích respondenti uváděli. Z těchto čísel jsme zjistili, že nejvyšší hodnoty na otázku míra strachu respondenti připisovali ke ztrátě soběstačnosti, k samotě a ke smrti. Bolest hodnotili respondenti až na čtvrtém místě co do míry strachu. Pro bližší identifikaci těchto údajů jsme se podívali, jak odpovídali respondenti na obou pracovištích.

Tabulka č. 14: Bolest

Z čeho máte největší strach? ...bolest		CH		INT		R
	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	0	-	3	5,26	3
	1	5	-	7	-	15
	2	4	-	15	-	19
	3	8	-	3	-	11
	4	5	-	6	-	11
	5	8	-	12	-	20
	6	6	-	7	-	13
	7	7	16,27	4	7,01	11
Celkový součet		43	100	57	100	100

Na chirurgii se nejvíce obávalo bolesti cca 16 % respondentů, na interně pouhých 7 % respondentů. 5 % respondentů na interně bolest vůbec do hodnocení strachu neuvedlo. Celkem ohodnotilo bolest nejvyšším číslem 11 % pacientů – viz. tab. č. 14.

Tabulka č. 15: Soběstačnost

Z čeho máte největší strach? soběstačnost		CH		INT		R
	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	0	-	0	-	0
	1	1	-	3	-	2
	2	1	-	0	-	1
	3	2	-	5	-	7
	4	2	-	1	-	3
	5	10	-	4	-	14
	6	5	-	9	-	14
	7	22	51,10	35	61,40	57
Celkový součet		43	100	57	100	100

Z tabulky č. 15 na str. 52 vyplývá, že ze 100 respondentů nebyl nikdo, kdo by strach ze ztráty soběstačnosti neohodnotil a 57 % respondentů ohodnotilo strach ze ztráty soběstačnosti nejvyšším číslem (na obou pracovištích nejvyšším číslem tuto položku ohodnotila většina pacientů).

Tabulka č. 16: Samota

Z čeho máte největší strach? samota		CH		INT		R
	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	0	-	3	-	3
	1	3	-	5	-	8
	2	6	-	8	-	14
	3	6	-	5	-	11
	4	10	23,25	5	-	15
	5	10	23,25	6	-	16
	6	5	-	12	21,05	17
	7	3	6,97	13	22,80	16
Celkový součet		43	100	57	100	100

Strach ze samoty vůbec nehodnotili tři respondenti. Cca 46 % respondentů z chirurgie strach ze samoty hodnotilo na čtvrtém a pátém místě ze sedmistupňové škály, cca 44 % respondentů na interně hodnotilo strach ze samoty na dvou nejvyšších místech sedmistupňové škály. Celkem ohodnotilo strach ze samoty nejvyšším číslem 16 % respondentů (srov. tab. č. 16).

Tabulka č. 17: Smrt

Z čeho máte největší strach? smrt		CH		INT		R
	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	0	-	4	-	4
	1	4	-	7	12,28	11
	2	3	-	11	19,29	14
	3	5	-	11	19,29	16
	4	7	-	5	-	12
	5	5	-	6	-	11
	6	8	18,60	4	-	12
	7	11	25,58	9	15,78	20
Celkový součet		43	100	57	100	100

Cca 50 % respondentů na interně ohodnotilo strach ze smrti v sedmistupňovém žebříčku čísly od 1 do 3, číslem 7 ohodnotilo na interně strach ze smrti cca 16 % respondentů (9 lidí). Na chirurgii nejvíce respondentů (cca 45 %) ohodnotilo strach ze smrti v sedmistupňové škále nejvyššími čísly, z toho cca 26 % pacientů číslem 7. Celkem ohodnotilo strach ze smrti nejvyšším číslem 20 % všech dotazovaných pacientů (srov. tab. č. 17).

Tabulka č. 18: Ztráta zaměstnání

Z čeho máte největší strach?..... ztráta zaměstnání		CH		INT		R
	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	5	11,62	31	54,38	36
	1	18	41,86	15	26,31	33
	2	4	-	5	-	9
	3	7	-	1	-	8
	4	2	-	1	-	3
	5	2	-	1	-	3
	6	2	-	1	-	3
	7	3	6,97	2	3,50	5
Celkový součet		43	100	57	100	100

Strach ze zaměstnání v sedmistupňové škále vůbec nehodnotilo na interně cca 54 % respondentů, na chirurgii cca 12 % respondentů. Dle údajů uvedených v tabulce č. 17 můžeme říci, že na interně strach ze ztráty zaměstnání v sedmistupňové škále hodnotilo od 0 – 1 cca 80 % pacientů (toto číslo jsou dáno věkovým průměrem respondentů na interně). Číslem 1 v sedmistupňové škále hodnotilo na chirurgii strach ze ztráty zaměstnání cca 42 % respondentů. Celkem ohodnotilo strach ze ztráty zaměstnání nejvyšším číslem 5 % všech dotazovaných, z toho 3 respondenti na interně a tři respondenti na chirurgii (srov. tab. č. 18).

Tabulka č. 19: Ztráta přátel

Z čeho máte největší strach?..... ztráta přátel		CH		INT		R
	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	0	-	14	24,56	14
	1	9	20,93	9	15,78	18
	2	13	30,23	8	14,03	21
	3	7	-	5	-	12
	4	8	-	4	-	12
	5	3	-	11	-	14
	6	3	6,97	2	-	5
	7	0	-	4	7,01	4
Celkový součet		43	100	57	100	100

Strach ze ztráty přátel číslem 6 v sedmistupňové škále hodnotilo cca 7 % pacientů, polovina pacientů na chirurgii (cca 51 %) hodnotila tuto položku v sedmistupňové škále čísly 1 a 2. Na interně cca 25 % pacientů tuto položku nehodnotilo vůbec (podle našeho mínění vlivem velkého zastoupení respondentů vysokého věku), cca 30 % pacientů hodnotilo strach ze ztráty přátel v sedmistupňové škále čísly 1 a 2. Čtyři respondenti na interně ohodnotili tuto položku nejvyšším číslem v sedmistupňové škále, tito respondenti také činí 4 % respondentů v celkovém počtu 100 dotazovaných (srov. tab. č. 19). Na chirurgii nikdo neměl prioritní strach ze ztráty přátel (srov. tab. č. 19).

Tabulka č. 20: Lhostejnost nejbližších

Z čeho máte největší strach?..... lhostejnost....		CH		INT		R
	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	0	-	12	21,05	12
	1	9	20,93	3	-	12
	2	3	-	4	-	7
	3	8	-	4	-	12
	4	5	-	7	-	12
	5	5	-	12	21,05	17
	6	5	-	8	14,03	13
	7	8	18,60	7	12,28	15
Celkový součet		43	100	57	100	100

Strach z lhostejnosti nejbližších na interně hodnotilo v sedmistupňové škále čísla od 5 do 7 cca 47 % pacientů, přičemž cca 21 % pacientů tuto položku v dané škále nehodnotilo. Na chirurgii hodnotili v sedmistupňové škále strach ze ztráty přátel všichni pacienti, přičemž cca 21 % tuto položku hodnotilo v dané škále nejnižší a cca 19 % pacientů na tuto položku odpovídalo číslem nejvyšším, tj. č.7. Celkem 15 % všech respondentů nejvyšším číslem ohodnotilo strach z lhostejnosti nejbližších (srov. tab. č. 20)

Souhrn k položce č. 1 : Z čeho máte největší strach?

Z výsledků zkoumání nelze přímo říci, z čeho konkrétně mělo určité procento respondentů největší strach podle četnosti odpovědí, neboť asi čtvrtina všech respondentů hodnotila nejvyšším číslem v sedmistupňové škále více než jednu položku otázky. Podle četnosti respondentů, kteří odpověděli nejvyšší hodnotou odpovědi (č. 7), lze však určit, že se respondenti nejvíce obávali ztráty soběstačnosti (cca 51 % respondentů na chirurgii a 61 % respondentů na interně) - viz. tab. č. 15, str. 52. Na chirurgii se pacienti daleko více obávali smrti (26 %), i když věkový průměr pacientů na chirurgii byl celkově nižší než na interně, kde se pacienti smrti prakticky neobávali (16 %) - srov. tab. č. 17, str. 53. Na interním oddělení se ve velké míře respondenti obávali samoty (23 %) a to daleko více, nežli smrti, a i přes to, že jen velmi malé procento respondentů i přes jejich pokročilý věk nemá rodinu ani partnera. Na chirurgii se samoty obávalo pouze 7 % pacientů, což může být dáno nižším věkovým průměrem na chirurgii. Bolest hodnotilo číslem 7 v sedmistupňové škále 16 % pacientů na chirurgii a jen 7 % pacientů na interně (srov. tab. č. 14, str. 52), což by mohlo znamenat, že ztráta soběstačnosti má daleko větší prioritu v míře obav než bolest a smrt na interně a než bolest a samotu na chirurgii. Lhostejnosti nejbližších se nejvíce obávala čtvrtina dotazovaných pacientů (viz. tab. č. 20), což je též velmi zajímavý údaj, který ovlivňuje větší výskyt této odpovědi na oddělení interny, kde je i vyšší věková skladba pacientů.

2) Položka č. 2: Kdo Vám nyní nejvíce poskytuje podporu ve snášení současné nemoci?

Stejným způsobem jako v předešlé otázce měli respondenti za úkol přiřadit k daným možnostem odpovědi čísla od 1 do 7 dle priorit, kde 1 znamená nejmenší míru podpory a 7 míru největší.

Tabulka č. 21: Úroveň odpovědi na otázku podpory

Kdo Vám nyní nejvíce poskytuje podporu	chirurgie	interna	Σ
Součet z 10.1. partner/ka	207	170	377
Součet z 10.2. rodina	247	297	544
Součet z 10.3. přátelé	137	174	311
Součet z 10.4. lékaři	225	271	496
Součet z 10.5. duchovní	103	161	264
Součet z 10.6. sestry	190	230	420
Součet z 10.7. řádové sestry	186	207	393

V tabulce č.21 jsme stejným způsobem jako v tabulce č.13 sečetli celkovou hodnotu odpovědi u každé položky zvlášť. Výsledná čísla tedy neznamenají četnost odpovědí, ale součty všech hodnot, které v odpovědích respondenti uváděli. Z těchto čísel jsme zjistili, že nejvyšší hodnoty na otázku míra podpory dosáhla položka rodina, na druhém místě v míře poskytované podpory jsou lékaři, za nimi sestry a řádové sestry. Na pátém místě v hodnocení míry poskytované podpory je partner nebo partnerka, za nimi na místě šestém jsou přátelé a nejnižší je hodnocen duchovní.

Hodnoty uvedené v tabulce č. 21 nás zajímaly v souvislosti se sociální situací respondentů. V následující tabulce jsme tedy respondenty rozdělili do čtyř skupin podle otázky č. 4 uvedené v dotazníku (viz. příloha č. 9), u každé skupiny zvlášť jsme sledovali součet hodnot v každé položce.

Tabulka č. 22: Úroveň odpovědi na otázku podpory podle sociální situace respondentů

S kým žijete?	Kdo Vám nyní poskytuje nejvíce podporu.....?	CH	INT	Σ
Bydlím doma sám/a (22 pacientů)	Součet z 10.1. partner/ka	7	20	27
	Součet z 10.2. rodina	37	79	116
	Součet z 10.3. přátelé	20	55	75
	Součet z 10.4. lékaři	39	72	111
	Součet z 10.5. duchovní	15	39	54
	Součet z 10.6. sestry	29	68	97
	Součet z 10.7. řádové sestry	31	59	90
Bydlím s partnerem/kou (26 pacientů)	Součet z 10.1. partner/ka	69	90	159
	Součet z 10.2. rodina	56	73	129
	Součet z 10.3. přátelé	25	46	71
	Součet z 10.4. lékaři	56	69	125
	Součet z 10.5. duchovní	27	44	71
	Součet z 10.6. sestry	42	56	98
	Součet z 10.7. řádové sestry	42	45	87
-	-	-	-	-

S kým žijete?	Kdo Vám nyní poskytuje nejvíce podporu.....?	CH	INT	Σ
Bydlím se svou rodinou (44 pacientů)	Součet z 10.1. partner/ka	131	60	191
	Součet z 10.2. rodina	154	111	265
	Součet z 10.3. přátelé	92	49	141
	Součet z 10.4. lékaři	130	91	221
	Součet z 10.5. duchovní	61	47	108
	Součet z 10.6. sestry	119	74	193
	Součet z 10.7. řádové sestry	113	67	180
Bydlím v domově důchodců (7 pacientů)	Součet z 10.1. partner/ka	-	0	0
	Součet z 10.2. rodina	-	34	34
	Součet z 10.3. přátelé	-	17	17
	Součet z 10.4. lékaři	-	39	39
	Součet z 10.5. duchovní	-	24	24
	Součet z 10.6. sestry	-	32	32
	Součet z 10.7. řádové sestry	-	29	29
Bydlím v klášteře (1 pacient)	Součet z 10.1. partner/ka	-	0	0
	Součet z 10.2. rodina	-	0	0
	Součet z 10.3. přátelé	-	7	7
	Součet z 10.4. lékaři	-	0	0
	Součet z 10.5. duchovní	-	7	7
	Součet z 10.6. sestry	-	0	0
	Součet z 10.7. řádové sestry	-	7	7
celkem 100	-			

Hodnocení k tabulce č. 22:

- a) U skupiny 22 respondentů, kteří bydlí doma sami, dosáhla nejvyššího hodnocení v míře poskytované podpory rodina. V této skupině poskytuje podporu ve stejné míře jako rodina osoba lékaře. Vzhledem k tomu, že u této skupiny pacientů většinou chybí v jejich soužití partner, je číslo jeho hodnocení také nejmenší.
- b) Skupina 26 respondentů, kteří žijí doma s partnerem nebo partnerkou, nejvíce hodnotí podporu poskytovanou právě těmito lidmi. Tato skupina, stejně jako skupina předchozí, shledává podporu poskytovanou lékaři stejně významnou jako podporu poskytovanou rodinou. V této skupině lidí je také celková hodnota míry podpory poskytované přáteli totožná s celkovou hodnotou míry podpory poskytované duchovním.
- c) Ve skupině 44 respondentů, kteří žijí se svou rodinou, je v hodnocení míry poskytované podpory nejvíce zastoupena rodina. Respondenti na chirurgii v hodnocení míry poskytované podpory řadí na stejné místo partnera/ku a lékaře, někde uprostřed sedmistupňové škály hodnotí sestry a řádové sestry, nejméně hodnotí duchovního. Na interně respondenti v míře podpory hodnotí hned po rodině lékaře, daleko méně než na chirurgii hodnotí podporu partnera a podporu duchovního staví na stejné místo s podporou přátel.
- d) Skupina sedmi respondentů z interny, kteří žijí v domově důchodců, na prvním místě v míře poskytované podpory hodnotí lékaře. Druhou nejvyšší hodnotu v míře poskytované podpory u této skupiny respondentů zaujímá rodina, přičemž prakticky na stejné místo vedle

rodiny staví tyto pacienti sestry a řádové sestry. Nejméně hodnotí v poskytování podpory duchovního, v pořadí za duchovním staví tyto pacienti přátele. Žádný z pacientů v této skupině neuvedl podporu partnera. K této skupině 7 pacientů řadíme ještě 1 klientku, která žije v klášteře (viz. kazuistika č. 1), která hodnotila nejvyšší mírou podpory (č.7) přátele, duchovního a řádové sestry. Ostatní osoby v otázce poskytované podpory ve snášení nemoci z hodnocení vynechala (viz. tab. č. 22, str. 56 - 57). Zkoumali jsme též četnost respondentů, kteří uváděli hodnoty odpovědí u každé položky.

Tabulka č. 23: Partner

Kdo vám nyní poskytuje největší podporu.....?		CH		INT		R
Položka - partner	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	6	13,95	26	45,61	32
	1	4	-	5	-	9
	2	1	-	0	-	1
	3	3	-	2	-	5
	4	0	-	1	-	1
	5	3	-	3	-	6
	6	5	-	0	-	5
	7	21	48,83	20	35,08	41
Celkový součet		43	100	57	100	100

Z tabulky č. 23 vyplývá, že na chirurgii cca 49 % respondentů hodnotí podporu partnera nebo partnerky v sedmistupňové škále číslem 7 (tj. nejvyšší mírou), na interně takto hodnotí podporu partnera/ky 35 % respondentů. Tuto položku na interně vůbec nehodnotilo cca 46 % respondentů (zřejmě vlivem vysokého věkového průměru na tomto oddělení), na chirurgii nehodnotilo tuto položku cca 14 % respondentů.

Tabulka č. 24: Rodina

Kdo vám nyní poskytuje největší podporu.....?		CH		INT		R
Položka - rodina	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	1	-	4	7,01	5
	1	3	-	1	-	4
	2	2	-	5	-	7
	3	1	-	6	-	7
	4	2	-	1	-	3
	5	0	-	6	-	6
	6	9	20,93	4	-	13
	7	25	58,13	30	52,63	55
Celkový součet		43	100	57	100	100

Položku rodina v míře poskytované podpory ohodnotilo nejvyšším číslem sedmistupňové škály celkem 55 % všech respondentů, přičemž na chirurgii podporu rodinou takto hodnotilo

cca 58 % respondentů a na interně cca 53 % respondentů. 5 % z celkového počtu respondentů tuto položku nehodnotilo (viz. tab. 24, str. 58).

Tabulka č. 25: Přátelé

Kdo vám nyní poskytuje největší podporu.....?		CH		INT		R
Položka - přátelé	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	2		16	28,07	18
	1	9		7		16
	2	10	23,25	6		16
	3	5		2		7
	4	5		4		9
	5	4		7		11
	6	3		7		10
	7	5	11,62	8	14,03	13
Celkový součet		43	100	57	100	100

V porovnání s tab. č. 19 na str. 54, kde nehodnotilo položku strach ze ztráty přátel 24 % interních pacientů, položku přátelé v otázce poskytované podpory nehodnotilo na interně cca 28 % pacientů – viz. tab. č. 25. Na chirurgii ohodnotilo míru poskytované podpory od přátel jako nejvyšší cca 12 % pacientů, na interně číslem 7 v sedmistupňové škále míry poskytované podpory ohodnotilo přátele cca 14 % pacientů, přičemž nejvíce se obávalo ztráty přátel 7 % interních pacientů (srov. tab. č.19, str. 54).

Tabulka č. 26: Lékaři

Kdo vám nyní poskytuje největší podporu.....?		CH		INT		R
Položka - lékaři	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	1	-	2	-	3
	1	1	-	2	-	3
	2	3	-	4	-	7
	3	0	-	6	-	6
	4	2	-	7	-	9
	5	17	-	11	-	28
	6	8	-	15	-	23
	7	11	25,58	10	17,54	21
Celkový součet		43	100	57	100	100

Z tabulky č. 26 je zřejmé, že pacienti hodnotili míru podpory poskytované lékařem nejčastěji v rozmezí od 5 do 7 v sedmistupňové škále (72 respondentů, tj. 72 %). Číslem 7 ohodnotilo míru podpory poskytované lékařem na chirurgii cca 26 % respondentů, na interně takto ohodnotilo míru podpory poskytované lékařem cca 18 % respondentů. Celkem 72 % respondentů hodnotilo míru poskytované podpory čísly 5 – 7 v sedmistupňové škále hodnocení (srov. tab. č. 26).

Tabulka č. 27: Duchovní

Kdo vám nyní poskytuje největší podporu.....?		CH		INT		R
Položka - duchovní	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	4	9,30	11	19,29	15
	1	19	44,18	17	29,82	36
	2	5	-	4	-	9
	3	5	-	3	-	8
	4	1	-	3	-	4
	5	3	-	5	-	8
	6	2	-	8	14,03	10
	7	4	9,30	6	10,52	10
Celkový součet		43	100	57	100	100

Míru podpory poskytované duchovním vůbec nehodnotilo celkem 15 % respondentů a ve 36 případech hodnotili respondenti tuto položku číslem 1 v sedmistupňové škále hodnocení (tj. cca 44 % pacientů na chirurgii a cca 30 % pacientů na interně hodnotilo míru podpory poskytované duchovním jako velmi malou). Cca jedna čtvrtina respondentů na interně však míru podpory poskytované duchovním hodnotila vysoko (tj. číslem 6 a 7 v sedmistupňové škále) a cca 9 % respondentů na chirurgii hodnotilo míru podpory poskytované duchovním číslem nejvyšším, tj. č. 7. Celkem 20 % respondentů ze 100 dotazovaných ohodnotilo míru podpory poskytované duchovním čísly 6 a 7 v sedmistupňové škále hodnocení (viz. tab. č. 27).

Tabulka č. 28: Sestry

Kdo vám nyní poskytuje největší podporu.....?		CH		INT		R
Položka - sestry	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	1	-	6	10,52	7
	1	3	-	4	-	7
	2	3	-	7	-	10
	3	5	-	4	-	9
	4	10	-	8	-	18
	5	6	-	10	-	16
	6	9	-	8	-	17
	7	6	13,95	10	17,54	16
Celkový součet		43	100	57	100	100

V 7 % z celkového počtu 100 dotazovaných respondenti podporu sester vůbec nehodnotily a v dalších 7 % hodnotili respondenti míru podpory poskytované sestrami nejnižší v sedmistupňové škále. 49 % respondentů však hodnotilo míru podpory poskytované sestrami v sedmistupňové škále od 5 – 7. Číslem 7 hodnotilo míru poskytované podpory sestrami cca 14 % respondentů na chirurgii a cca 18 % respondentů na interně. Celkem 49 % respondentů hodnotilo míru podpory poskytované sestrami v sedmistupňové škále čísly 5 – 7 (viz. tab. č. 28).

Tabulka č. 29: Řádové sestry

Kdo vám nyní poskytuje největší podporu.....?		CH		INT		R
Položka – řádové sestry	hodnota	R	%	R	%	Σ
	0	2	-	5	-	7
	1	2	-	7	-	9
	2	5	-	4	-	9
	3	6	-	14	-	20
	4	6	-	4	-	10
	5	6	-	9	-	15
	6	10	-	9	-	19
	7	6	13,95	5	8,77	11
Celkový součet		43	100	57	100	100

Pro náš výzkum bylo též důležité zhodnotit, zda a v kolika případech u respondentů zaujímají řádové sestry přední místo v poskytování podpory ve snášení nemoci během hospitalizace. Zjistili jsme, že nejvyšším číslem v sedmistupňové škále ohodnotilo podporu poskytovanou řádovými sestrami na chirurgii cca 14 % respondentů, na interně cca 9 % respondentů. Celkem 45 % všech respondentů hodnotilo míru poskytované podpory řádovými sestrami od 5 – 7 v sedmistupňové škále hodnocení (viz. tab. č. 29).

Souhrn k položce č. 2: Kdo Vám nyní nejvíce poskytuje podporu ve snášení současné nemoci?

Podle četnosti respondentů, kteří odpověděli nejvyšší hodnotou odpovědi (č. 7), lze určit, že v pořadí osob, které nejvíce klientům poskytují podporu ve snášení nemoci je na prvním místě rodina, na druhém místě partner, po nich jsou to lékaři, za nimi sestry a přátelé, pak řádové sestry a nakonec duchovní. Podporu rodiny označilo číslem 7 na obou odděleních největší procento lidí (celkem 55 % respondentů) – viz. tab. č. 24, str. 58. Pacienti, kteří uvedli, že žijí v domově důchodců, však staví na první místo v poskytování podpory lékaře. Lékaři byli hodnoceni na třetím místě co do největší míry podpory, hned po rodině a partnerovi nebo partnerce. Na chirurgii ale velké procento pacientů uvádí osobu lékaře na nejvyšší místo v poskytování podpory v současné nemoci (26 %). Celkem 72 % pacientů z celkového počtu 100 dotazovaných hodnotilo lékaře v sedmistupňové škále čísly 5 – 7 (viz. tab. č. 26, str. 59), což je velmi zajímavý údaj, když uvážíme, že zdravotníci a řádové sestry jsou v tomto hodnocení daleko méně zastoupeny než lékaři, pouze menší rozdíly mezi lékaři a sestrami v podpoře pacientů jsou na interně (srov. tab. č. 28, str. 60 a tab. č. 29, str. 61). Ptali jsme se, zda u některých osob poskytuje nejvyšší míru podpory duchovní a zjistili jsme, že k našemu překvapení na chirurgii podporu duchovního hodnotilo nejvyšším číslem cca 9 % respondentů – což není nevýznamné číslo v přepočtu na velmi malé zastoupení věřících na tomto oddělení, na interně cca 11 % respondentů. Velké číslo (20 %) respondentů z celkového

počtu 100 dotazovaných podporu duchovního hodnotilo čísly 6 a 7 v sedmistupňové škále hodnocení poskytované podpory (srov. tab. č. 27, str. 60), což není neobvyklé pro výstup údajů z církevní nemocnice, ale přesto je to velmi zajímavé zjištění.

3) Položka č. 3: Jaké duchovní služby jste dosud využil/a zde v nemocnici?

Pro zkoumání této položky bylo důležité zjistit, v jaké míře využívají duchovních služeb zdravotnického zařízení klienti organizovaní v církvi a v jaké míře a za jakých okolností využívají duchovních služeb nemocnice klienti bez příslušnosti k církvi (jakou roli hraje v tomto případě věk, sociální situace a charakter onemocnění). K tomuto účelu výzkumu jsme tabulku č. 12 (str. 49), kde jsou respondenti rozděleni dle otázky č. 20 (víra), modifikovali podle věku respondentů – viz. tab. č. 30 a 31.

Tabulka č. 30: Rozdělení respondentů podle typu víry a věku – odd. chirurgie

Oddělení chirurgie		VĚK				Σ	
TYP VÍRY		do 39 let	40 - 59 l.	60 – 79 l.	nad 80 let		
a) věřící	a) žije v církvi	0	0	3	0	3	7 %
	a) nežije v církvi	0	1	1	0	2	5 %
celkem za a) věřící		0	1	4	0	5	12%
b) věří po svém		13	10	10	2	35	81%
c) tato otázka je nezajímá		1	1	1	0	3	7%
celkový součet		14	12	15	2	43	100 %

Tabulka č. 31: Rozdělení respondentů podle typu víry a věku – odd. interny

Oddělení interny		VĚK				Σ	
TYP VÍRY		do 39 let	40 - 59 l.	60 – 79 l.	nad 80 let		
a) věřící	a) žije v církvi	0	2	5	9	16	28 %
	a) nežije v církvi	0	1	4	5	10	18 %
celkem za a) věřící		0	3	9	14	26	46 %
b) věří po svém		3	5	15	7	30	53 %
c) tato otázka je nezajímá		0	0	0	1	1	1 %
celkový součet		3	8	24	22	57	100%

Údaje získané z tabulek č. 30 a 31:

- a) oddělení chirurgie: do 39 let na oddělení chirurgie nebyl nikdo věřící, v rozmezí od 40 – 79 let bylo věřících pouze 5 respondentů (tj. cca 12 %), ve věku nad 80 let nebyl nikdo věřící. Cca 81 % respondentů na chirurgii uvedlo, že věří po svém a 7 % respondentů na chirurgii tato otázka nezajímala.
- b) oddělení interny: do 39 let na oddělení interny nebyl nikdo věřící, v rozmezí od 40 – 79 let bylo věřících 12 (tj. 21 % respondentů), ve věku nad 80 let bylo věřících 14 respondentů (tj. 25 %). Z celkového počtu interních pacientů bylo věřících 46 %, 53 % interních respondentů uvedlo, že věří po svém a jednoho respondenta tato otázka nezajímala.

Souhrnně lze říci, že do 39 let věku nikdo z respondentů nebyl věřící. Na chirurgii bylo daleko menší procentuální zastoupení věřících než na interně. Na interních odděleních bylo 22 respondentů ve věku nad 80 let, z nichž bylo celkem 14 respondentů věřících, na chirurgii ve věku nad 80 let nebyl nikdo věřící, ale byli tam hospitalizováni pouze dva pacienti tohoto věku. Celkem uvedlo 65 (tj. 65 %) respondentů, že věří po svém a 31 (tj. 31 %) respondentů bylo věřících (viz. graf č. 19, str. 50).

Podle otázky číslo 13 našeho dotazníku jsme zkoumali využití duchovních služeb během hospitalizace:

Tabulka č. 32: Využití duchovních služeb

duchovní služba	CH		INT		Σ	
	R	%	R	%	R	%
rozhovor s knězem (duchovním)	6	14 %	19	33 %	25	25 %
zprostředkování svátostí	3	7 %	8	14 %	11	11 %
poslech bohoslužby	5	12 %	18	32 %	23	23 %
návštěva nemocniční kaple	8	19 %	7	12 %	15	15 %
z hospitalizovaných	43		57		100	

Z výsledků v tabulce č. 32 vyplývá, že pacienti hospitalizovaní na chirurgii využívali nejvíce návštěvu nemocniční kaple (19 % pacientů), na interně naopak pacienti nejvíce využívali rozhovor s duchovním a hned potom poslech bohoslužby. Návštěvu nemocniční kaple využilo na interně pouze 12 % respondentů. Zprostředkování svátostí využilo na chirurgii 7 % pacientů, na interně 14 % pacientů. V celkovém hodnocení využilo nejvíce respondentů rozhovor s duchovním (ve 25 případech ze sta dotazovaných), nejméně využívali respondenti zprostředkování svátostí (v 11 případech ze 100 dotazovaných).

Zajímali jsme se o to, kolik respondentů z řad věřících nevyužilo ani jednu duchovní službu a pakliže to půjde, zjistit, jaké je k tomu vedly důvody (viz. tab. č. 33).

Tabulka č. 33: Věřící, kteří nevyužili duchovní službu

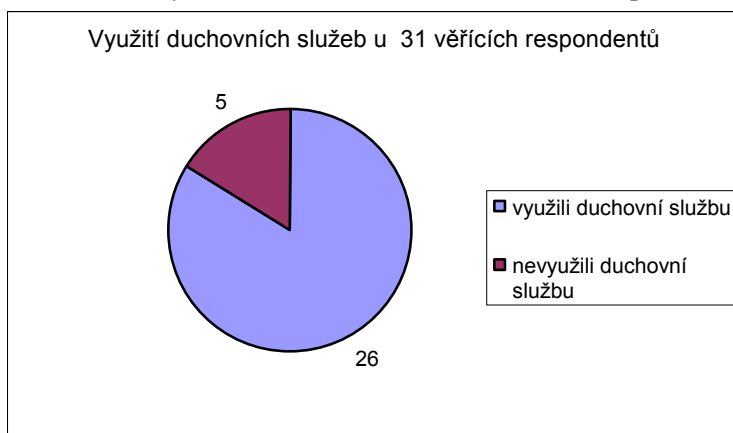
věřící	CH		INT		Σ	
	R	%	R	%	R	%
a) žije v církvi	0	0	2	-	2	6,45 %
b) nežije v církvi	1	-	2	-	3	9,67 %
celkem nevyužilo	1	-	4	-	5	16,12 %
z celkového počtu věřících	5	100 %	26	100 %	31	100 %

Zjistili jsme, že 16 % (5 respondentů) z celkového počtu věřících (tj. 31 respondentů) nevyužilo během hospitalizace duchovních služeb (viz. graf. č. 22, str. 64). Na chirurgii z celkového počtu 5 věřících duchovní službu nevyužil jeden respondent, na interně z celkového počtu 26 věřících nevyužili duchovní službu čtyři respondenti. Tři z pěti

respondentů, kteří nevyužili duchovní služby, věří v Boha, ale nejsou organizováni v církvi. Lze se tedy domnívat, že neměli zájem o duchovní služby z tohoto důvodu. Zbylí dva respondenti jsou věřící organizovaní v církvi. Zjistili jsme, že z této dvojice je jedna respondentka pravoslavná katolička, která nemá zájem o duchovní službu poskytovanou katolickými duchovními zdejší nemocnice, ani nemá zájem o zprostředkování kontaktu s duchovním své farnosti (viz. kazuistika č. 2). O druhém věřícím respondentu, který nevyužil duchovní službu, jsme nevypátrali nic bližšího.

Závěr: 26 věřících respondentů z 31 věřících respondentů využilo duchovní službu během hospitalizace.

Graf. č. 22: Využití duchovních služeb u věřících respondentů



Podle otázky č. 20 jsme se ve výzkumu dále zaměřili na 65 respondentů, kteří věří po svém. V otázce č. 13 jsme zkoumali odpovědi a) – f) této skupiny respondentů (viz. příloha č. 9). Podle odpovědi f) na otázku č. 13 jsme zjistili, že 35 ze 65 respondentů nevyužilo a nechce využít duchovních služeb nemocnice. U této skupiny 35 respondentů, kteří věří po svém a nechtějí využít duchovní služby nemocnice, jsme zjišťovali jejich věk (viz. tab. 34).

Tabulka č. 34: Respondenti, kteří věří po svém a nechtějí využít duchovní službu

věk	CH		INT		Σ	
	R	%	R	%	R	%
do 39 let	7	33,33 %	2	14,28	9	25,71
40 – 59 let	8	38,09 %	3	21,42	11	31,42
60 – 79 let	5	23,80 %	7	50,00	12	34,28
80 let a více	1	4,76 %	2	14,28	3	8,57
Σ	21	100 %	14	100 %	35	100 %

Zjistili jsme, že ve skupině 35 respondentů, kteří věří po svém a nechtějí využít duchovní službu, je 21 respondentů na chirurgii a 14 respondentů na interně. Z chirurgie v této skupině

35 lidí převažují respondenti ve věku 40 – 59 let (38 %), na interně v této skupině převažují respondenti ve věku 60 – 79 let (50 %) –viz. tabulka č. 34, str. 64.

Pakliže ve skupině 65 respondentů, kteří věří po svém, je 35 lidí, kteří nevyužili a nechtějí využít duchovní službu (podle ot. 13, odpověď f), 30 zbývajících respondentů této skupiny během hospitalizace využilo, nebo nevyužilo, ale mělo zájem využít duchovních služeb poskytovaných v nemocnici (podle ot. 13, odpovědi a – e). Abychom získali výsledný počet respondentů, kteří věří po svém, a využili duchovní službu, musíme od skupiny 30 respondentů oddělit skupinu lidí, kteří nevyužili duchovní službu, ale měli by zájem ji využít (viz tab. č. 35, modifikovaná opět podle věku).

Tabulka č. 35: Respondenti, kteří věří po svém, nevyužili, ale měli by zájem využít duchovní službu

věk	CH	INT	Σ	
	R	R	R	%
do 39 let	3	0	3	-
40 – 59 let	1	0	1	-
60 – 79 let	2	1	3	-
80 let a více	0	2	2	-
Σ	6	3	9	100 %

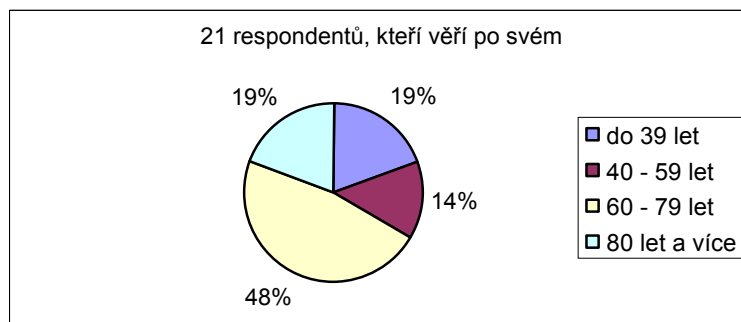
Z tabulky č. 35 vyplývá, že 9 respondentů, kteří věří po svém, by mělo zájem o využití duchovní služby během hospitalizace. To znamená, že respondentů, kteří věří po svém a využili alespoň jednu z duchovních služeb, je 30 – 9 : tj. 21 respondentů (viz. tab. č. 36, modifikovaná podle věku).

Tabulka č. 36: Všichni respondenti, kteří uvedli, že věří po svém a využili minimálně 1 z duchovních služeb

věk	CH	INT	Σ	
	R	R	R	%
do 39 let	3	1	4	19,04 %
40 – 59 let	1	2	3	14,28 %
60 – 79 let	3	7	10	47,61 %
80 let a více	1	3	4	19,04 %
Σ	8	13	21	100 %

Respondentů, kteří věří po svém a využili minimálně jednu z duchovních služeb během hospitalizace, je na chirurgii 8, na interně 13. Zajímavé je, že 47 % z těchto 21 lidí je ve věku mezi 60 – 79 lety a 19 % je ve věku do 39 let (viz graf. č. 23 na str. 66).

Graf č. 23: Respondenti, kteří věří po svém a využili alespoň jednu z duchovních služeb



Chtěli jsme vědět, zda v této skupině 21 respondentů je někdo, kdo během hospitalizace využil více než jednu z nabízených duchovních služeb (viz. tab. 37, modifikovaná podle věku).

Tabulka č. 37: Respondenti, kteří věří po svém a využili více než 1 z duchovních služeb

věk	CH	INT	Σ	
	R	R	R	%
do 39 let	0	1	1	-
40 - 59 let	1	0	1	-
60 - 79 let	2	3	5	-
80 let a více	0	0	0	-
Σ	3	4	7	100 %

Ve skupině 21 respondentů, kteří věří po svém a využili alespoň jednu duchovní službu, je 7 lidí, kteří využili více duchovních služeb. Pět z těchto sedmi pacientů, kteří využili více duchovních služeb, je ve věku mezi 60 – 79 lety, jeden respondent je ve věku do 39 let a jeden respondent je ve věku od 40 do 59 let. Víme tedy, že ze skupiny 65 respondentů, kteří nejsou věřící ale věří po svém, je 21 respondentů, kteří využili alespoň jednu z duchovních služeb během hospitalizace a mezi těmito 21 respondenty je 7 lidí, kteří dokonce využili více duchovních služeb. Chtěli jsme se proto u těchto 21 respondentů podívat na charakter jejich onemocnění (podle ot. č. 5 našeho dotazníku) a na jejich sociální situaci (podle ot. č. 4).

Tabulka č. 38: Charakter onemocnění 21 respondentů, kteří uvedli, že věří po svém a využili alespoň 1 duchovní službu

onemocnění	věk	CH	INT	Σ	%
krátkodobé	do 39 let	1	1	2	-
	40 - 59 let	1	1	2	-
	80 let a více	1	1	2	-
celkem za krátkodobé		3	3	6	28,57
dlouhodobé	do 39 let	2	0	2	-
	40 - 59 let	0	1	1	-
	60 - 79 let	3	7	10	47,61
	80 let a více	0	2	2	
celkem za dlouhodobé		5	10	15	71,42
Σ		8	13	21	100 %

Z tabulky č. 38 na str. 66 vyplývá, že mezi 21 respondenty, kteří nejsou věřící, ale využili minimálně jednu duchovní službu, je 6 pacientů s krátkodobým onemocněním, přičemž v této skupině chybí pacienti ve věkové kategorii mezi 60 – 79 lety, a 15 respondentů s onemocněním dlouhodobého charakteru, kde nejpočetnějšími jsou pacienti ve věkové kategorii mezi 60 – 79 lety (10 respondentů, tj. 47 % z 21 respondentů). Dále je zajímavé, že ve věkové kategorii do 39 let jsou čtyři respondenti, kteří věří po svém a využili alespoň jednu duchovní službu (srov. tab.č. 38, str. 66). Ze 3 respondentů tohoto věku z interny (viz. tab. č. 2, str. 40) je jeden respondent s krátkodobým onemocněním, který využil více než jednu duchovní službu (viz. tab. č. 37, str. 66) a žádný respondent s dlouhodobým onemocněním. Ze 17 respondentů z chirurgie, kterým je do 39 let (viz. tab. č. 2, str. 40) a jsou nevěřící, využil 1 respondent s onemocněním krátkodobého charakteru alespoň jedné duchovní služby, a 2 respondenti tohoto věku s onemocněním dlouhodobého charakteru využili též alespoň jedné duchovní služby (srov. tab. č. 38, str. 66).

Podle tab. č. 39 jsou ve skupině 6 lidí s krátkodobým onemocněním, kteří nejsou věřící a využili alespoň jedné duchovní služby, 3 respondenti, kteří bydlí s partnerem/kou a 3 respondenti, kteří bydlí s rodinou. Ve skupině 15 respondentů, jejichž onemocnění má dlouhodobý charakter, nejsou věřící a využili alespoň jedné duchovní služby, 4 respondenti žijí sami, 4 respondenti žijí s partnerem/kou, 6 respondentů žije s rodinou a 1 respondent žije v domově důchodců (viz. tab. č. 39).

Tabulka č. 39: Sociální situace 21 respondentů, kteří uvedli, že věří po svém

onemocnění	S kým žijete	CH	INT	Σ
krátkodobé	s partnerem/kou	2	1	3
	s rodinou	1	2	3
celkem za krátkodobé		3	3	6
dlouhodobé	bydlím sám/a	2	2	4
	s partnerem/kou	1	3	4
	s rodinou	2	4	6
	domov důchodců	0	1	1
celkem za dlouhodobé		5	10	15
Σ		8	13	21

Zastoupení respondentů v tabulce č. 39 podle jejich sociální situace je prakticky rovnoměrné, u této skupiny 21 respondentů nelze přesně určit, zda má jejich sociální situace vliv na fakt, že jako nevěřící využili minimálně 1 duchovní služby během hospitalizace.

Souhrn ke zjištěným údajům v položce č. 3:

Z 65 respondentů, kteří uvedli, že věří po svém, více než polovina (35) lidí nevyužila a nechce využít duchovní služby. Zbýlých 30 respondentů se dělí na dvě skupiny, a to na 9 respondentů, kteří sice nevyužili žádnou z duchovních služeb, ale měli by během hospitalizace zájem o využití alespoň jedné z nabízených duchovních služeb, a na 21 respondentů, kteří využili alespoň jedné duchovní služby. Respondenti ve věku mezi 60 – 79 lety jsou ve skupině 21 nevěřících, kteří využili minimálně jedné duchovní služby, zastoupeni nejvíce. Zde uvádíme přehled respondentů, kteří využili duchovní služby v nemocnici:

1) Věková skupina do 39 let: celkem 17 respondentů

- 0 věřících respondentů
- 1 respondenta otázka víry nezajímá
- 16 respondentů věří po svém:
 - 9 respondentů nevyužilo a nechce využít duchovní služby;
 - 3 respondenti nevyužili duchovní služby, ale mají zájem využít;
 - 4 respondenti využili alespoň 1 duchovní služby (1 pacient na interně s onemocněním krátkodobého charakteru využil více než jedné duchovní služby, a 3 pacienti na chirurgii - 2 s onemocněním dlouhodobého charakteru a 1 s onemocněním krátkodobým - využili alespoň 1 duchovní službu).

2) Věková skupina 40 – 59 let: celkem 20 respondentů

- 4 věřící respondenti
- 1 respondenta otázka víry nezajímá
- 15 respondentů věří po svém:
 - 11 respondentů nevyužilo a nechce využít duchovní služby;
 - 1 respondent nevyužil duchovní služby, ale má zájem využít;
 - 3 respondenti využili alespoň 1 duchovní služby (z nichž 1 pacient z chirurgie s onemocněním krátkodobého charakteru využil více než 1 duchovní službu a ostatní 2 interní pacienti - jeden s krátkodobým a druhý s dlouhodobým onemocněním využili alespoň jednu duchovní službu)

3) Věková skupina 60 – 79 let: celkem 39 respondentů

- 13 věřících respondentů
- 1 respondenta otázka víry nezajímá
- 25 respondentů věří po svém:

- 12 respondentů nevyužilo a nechce využít duchovní služby;
- 3 respondenti nevyužili duchovní služby, ale mají zájem využít;
- 10 respondentů využilo alespoň 1 duchovní služby: všech těchto 10 respondentů (3 z chirurgie a 7 z interny) trpí onemocněním dlouhodobého charakteru a 5 z nich (2 z chirurgie a 3 z interny) využilo více než jedné duchovní služby.

4) Věková skupina 80 a více let: celkem 24 respondentů

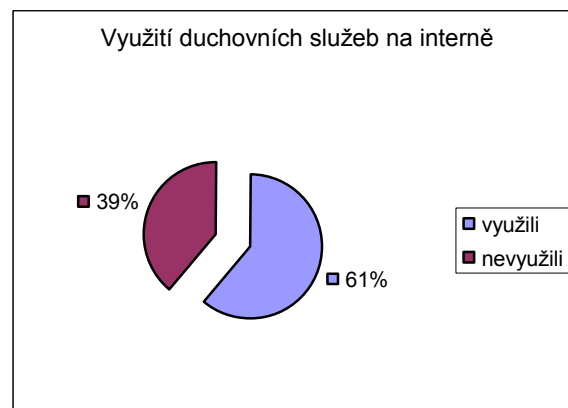
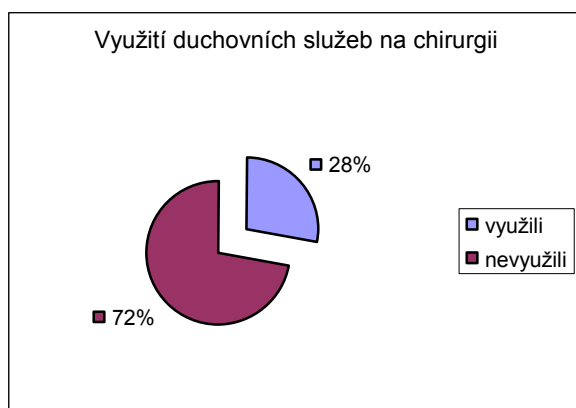
- 14 věřících respondentů
- 1 respondenta otázka víry nezajímá
- 9 respondentů věří po svém:
 - 3 respondenti nevyužili a nechtějí využít duchovní služby;
 - 2 respondenti nevyužili duchovní služby, ale mají zájem využít;
 - 4 respondenti využili alespoň 1 duchovní služby (jeden respondent je z chirurgie a trpí onemocněním krátkodobého charakteru a 3 respondenti jsou z interny - 2 mají onemocnění dlouhodobého charakteru a 1 trpí onemocněním krátkodobého charakteru), nikdo nevyužil více než 1 duchovní službu.

Shrnutí položky č. 3: celkový počet respondentů, kteří využili alespoň 1 duchovní službu, je 47 (tj. 26 věřících respondentů a 21 respondentů, kteří uvedli, že věří po svém) – viz. graf č. 24. Na chirurgii využilo duchovní službu 8 nevěřících a 4 věřící respondenti – tj. 12 pacientů (tj. cca 28 % pacientů). Na interně využilo duchovní služby 13 nevěřících a 22 věřících – tj. 35 respondentů (tj. cca 61 % pacientů) – viz grafy č. 25 a 26, str. 70.

Graf č. 24: Celkové využití duchovních služeb respondenty během hospitalizace



Graf č. 25: Využití duchovních služeb na chirurgii Graf č. 26: Využití duchovních služeb na interně



Ze skupiny 47 respondentů jich 25 využilo rozhovoru s duchovním, 23 respondentů využilo poslechu bohoslužby a 15 respondentů navštívilo nemocniční kapli. 11 respondentů ze skupiny 26 věřících, kteří využili duchovní službu, využilo svátostné služby (srov. tab. č. 32, str. 63). Dále jsme zjistili, že u skupiny respondentů, kteří uvedli, že věří po svém, má vliv na výskyt a uspokojování duchovních potřeb více věk a charakter onemocnění, než jejich sociální situace (viz. tab.č. 39, str. 67 a tab. č. 38, str. 66). Podle charakteru onemocnění a věku respondentů jsme zjistili, že u nevěřících ve věku mezi 60 – 79, kteří trpí dlouhodobým onemocněním, byl významný výskyt duchovních potřeb a že polovina těchto respondentů využila během hospitalizace více než jednu duchovní službu (srov. tab. č. 37 a 38, str. 66). V poslední tabulce k položce využití duchovních služeb (tab. č. 40) se zaměříme na to, jak vnímá celek 47 respondentů, kteří využili alespoň 1 duchovní službu, svůj zdravotní stav (podle ot. č. 8).

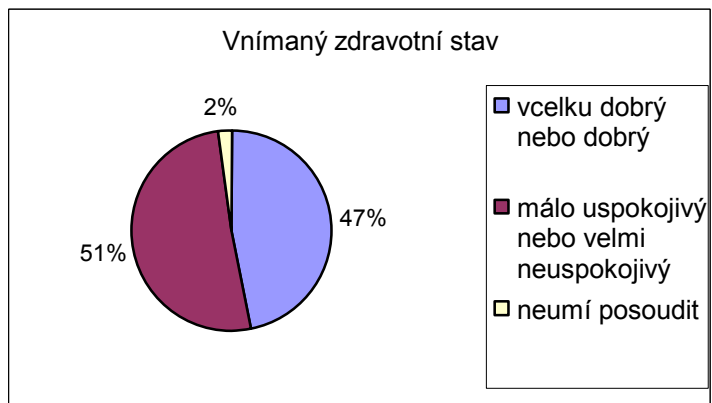
Tabulka č. 40: Vliv vnímání zdravotního stavu na výskyt duchovních potřeb

spiritualita	vnímání zdravotního stavu	CH	INT	Σ
věřící		R	R	R
	vcelku dobrý nebo dobrý	4	9	13
	málo nebo velmi neuspokojivý	0	12	12
	nemůže posoudit	0	1	1
celkem z věřících		4	22	26
věří po svém	vcelku dobrý nebo dobrý	4	5	9
	málo nebo velmi neuspokojivý	4	8	12
celkem z věří po svém		8	13	21
Σ		12	35	47

Údaje z tabulky č. 40 jsme podle skupin vnímání zdravotního stavu sečetli a vyšlo nám, že respondentů, kteří využili alespoň 1 duchovní službu a vlastní zdravotní stav hodnotili jako vcelku dobrý nebo dobrý bylo 22 (tj. 9 chir. + 13 int., cca 47 % z 47 respondentů) – srov. tab.č. 39. 24 respondentů (tj. 12 chir.+ 12 int., cca 55 % z 47) v této skupině hodnotilo svůj

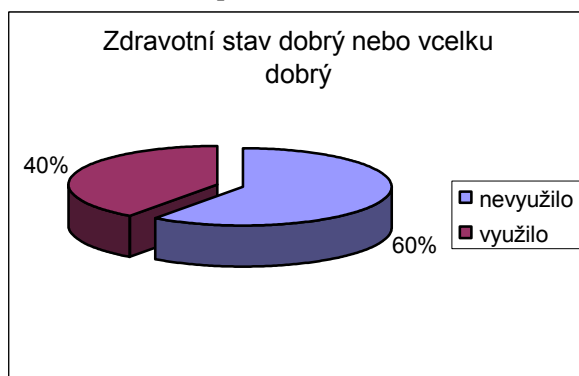
zdravotní stav jako málo nebo velmi neuspokojivý. Jeden respondent v této skupině neuměl svůj zdravotní stav posoudit. Údaje z tab. č. 40 uvádíme v grafu č. 27.

Graf č.27: Vnímaný zdravotní stav respondenty, kteří využili alespoň 1 duchovní službu.



Na závěr k položce č. 3 uvádíme, že z celkového počtu 55 respondentů, kteří hodnotí svůj zdravotní stav jako vcelku dobrý nebo dobrý (viz. tab. č. 8, str. 45 a graf č. 15, str. 46), je 22 respondentů (tj. 40 % z 55), kteří využili alespoň jednu duchovní službu. Z celkového počtu 43 respondentů, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý či velmi neuspokojivý (viz. tab. č. 8, graf č. 15, str. 46), jich většina využila alespoň jedné duchovní služby (tj. 56 %), což je podstatné zjištění (viz. graf č. 28 a 29).

Graf č. 28: 55 respondentů



Graf č. 29: 43 respondentů



Podle grafů č. 28 a 29 můžeme říci, že subjektivní vnímání zdravotního stavu má vliv na výskyt duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů. Obecně pacienti, kteří vnímali svůj zdravotní stav jako málo či velmi neuspokojivý, častěji využívali duchovní služby, než ti pacienti, jejichž zdravotní stav byl subjektivně vcelku dobrý nebo dobrý.

4) Položka č. 4: Jak vnímáte své onemocnění ?

Touto otázkou jsme zjišťovali u hospitalizovaných pacientů podobu duchovních potřeb, podmíněnou individuálním prožíváním nemoci a nahlížením na vlastní situaci během nemoci. Respondenty jsme rozdělili do 5 skupin podle odpovědí na otázku č. 9 použitého dotazníku (viz příloha č. 9), přičemž 4 možnosti odpovědí na otázku „Jak vnímáte své onemocnění?“ byly předem stanovené, pátou možností byla volná odpověď pro ty respondenty, jejichž vnímání vlastní nemoci nebylo možné zařadit do některé ze 4 nabízených odpovědí.

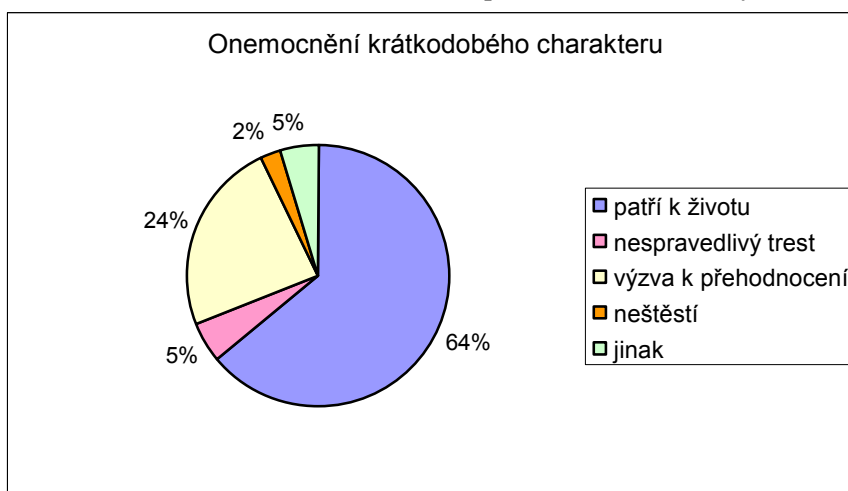
Tabulka č. 41: Jak respondenti vnímají své onemocnění

charakter onemocnění	subjektivní vnímání onemocnění	věk	CH	INT	Σ	Σ %	
krátkodobé	a) i nemoc patří k životu	do 39 let	5	0	5	-	
		40 – 59 let	7	2	9	-	
		60 – 79 let	4	5	9	-	
		80 let a více	1	3	4	-	
	<i>celkem z a) i nemoc patří k životu</i>			17	10	27	64,28
	b) jako nespravedlivý trest	do 39 let	1	0	1	-	
		60 – 79 let	0	1	1	-	
	<i>celkem z b) jako nespravedlivý trest</i>			1	1	2	4,76
	c) výzva přehodnotit život	do 39 let	2	1	3	-	
		40 – 59 let	2	3	5	-	
		60 – 79 let	1	1	2	-	
	<i>celkem z c) výzva přehodnotit svůj život</i>			5	5	10	23,80
	d) jako neštěstí	40 – 59 let	1	0	1	-	
	<i>celkem z d) jako neštěstí</i>			1	0	1	2,38
e) jinak: obtíž rodině	60 – 79 let	0	1	1	-		
	smůla	40 – 59 let	1	0	1	-	
<i>celkem z e) jinak</i>			1	1	2	4,76	
celkem z krátkodobé			25	17	42	100 %	
dlouhodobé	a) i nemoc patří k životu	do 39 let	4	1	5	-	
		40 – 59 let	0	1	1	-	
		60 – 79 let	7	10	17	-	
		80 let a více	0	15	15	-	
	<i>celkem z a) i nemoc patří k životu</i>			11	27	38	65,51
	b) jako nespravedlivý trest	do 39 let	1	1	2	-	
		80 let a více	0	1	1	-	
	<i>celkem z b) jako nespravedlivý trest</i>			1	2	3	5,17
	c) výzva přehodnotit život	do 39 let	1	0	1	-	
		40 – 59 let	0	1	1	-	
		60 – 79 let	0	2	2	-	
		80 let a více	1	1	2	-	
	<i>celkem z c) výzva přehodnotit svůj život</i>			2	4	6	10,34
	d) jako neštěstí	40 – 59 let	1	1	2	-	
60 – 79 let		3	3	6	-		
<i>celkem z d) jako neštěstí</i>			4	4	8	13,79	
e) jinak: Boží vůle	80 let a více	0	1	1	-		
	poučení	80 let a více	0	1	1	-	
	vyčerpanost	60 – 79 let	0	1	1	-	
<i>celkem z e) jinak</i>			0	3	3	5,17	
celkem z dlouhodobé			18	40	58	100 %	
Σ			43	57	100		

A) Onemocnění krátkodobého charakteru

Z údajů v tabulce č. 41 (str. 72) vyplývá, že respondenti s onemocněním krátkodobého charakteru vnímají toto onemocnění nejčastěji jako součást života (v 64 %), ovšem u 24 % pacientů vyvolává onemocnění krátkodobého charakteru výzvu k přehodnocení dosavadního života. Z těchto 24 % respondentů je převážná většina ve věku od 40 – 59 let a nikdo v této skupině není ve věku 80 let a více. Jako nespravedlivý trest vnímá své krátkodobé onemocnění 1 pacient na chirurgii ve věku do 39 let a 1 pacient na interně ve věku od 60 do 79 let. Za neštěstí považuje své onemocnění krátkodobého charakteru jeden pacient na chirurgii ve věku mezi 40 – 59 lety. Ti respondenti, kteří vnímali své onemocnění jinak, v jednom ze 2 případů uvedli, že jej vnímají jako obtíž své rodině (1 respondent na interně ve věku od 60 do 79 let) a jako smůlu vnímá své onemocnění chirurgický respondent ve věku mezi 40 – 59 lety (viz. graf č. 30)

Graf č. 30: Vnímání vlastní nemoci u respondentů s krátkodobým onem.

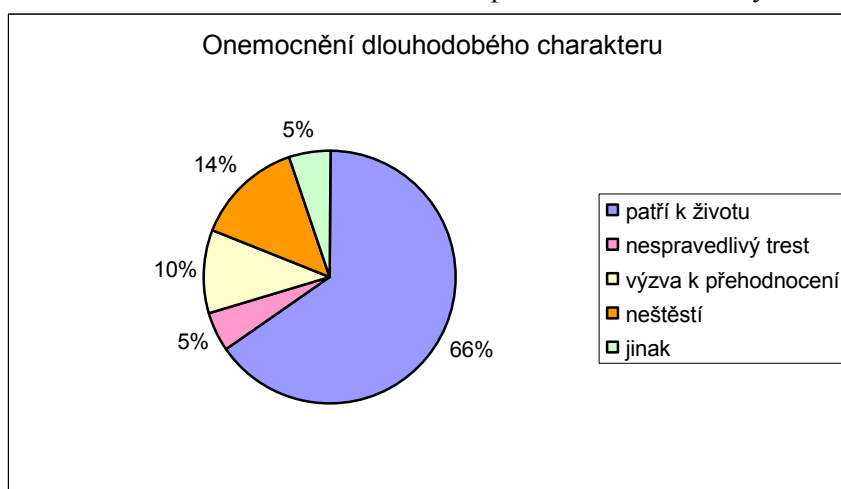


B) Onemocnění dlouhodobého charakteru

Z údajů v tabulce č. 41 na str. 72 dále vyplývá, že respondenti s onemocněním krátkodobého charakteru vnímají toto onemocnění též nejčastěji jako součást života (v 66 %), ale v porovnání s respondenty s onemocněním krátkodobého charakteru již výrazně méně vyvolává tento charakter onemocnění výzvu k přehodnocení dosavadního života (pouze v 10 %, ale paradoxně více u respondentů věkové kategorie od 60 let výše). Jako nespravedlivý trest vnímá své krátkodobé onemocnění 5 % pacientů (což je stejný poměr jako u onemocnění krátkodobého charakteru), z nichž 2 respondenti jsou ve věku do 39 let a 1 respondent ve věku nad 80 let. Za neštěstí považuje své onemocnění dlouhodobého charakteru plných 14 % pacientů, z nichž převážná většina je ve věku od 60 do 79 let, ostatní jsou ve věku mezi 40 – 59 lety (viz. graf č. 31, str. 74). Polovina z této skupiny respondentů, kteří vnímají svou

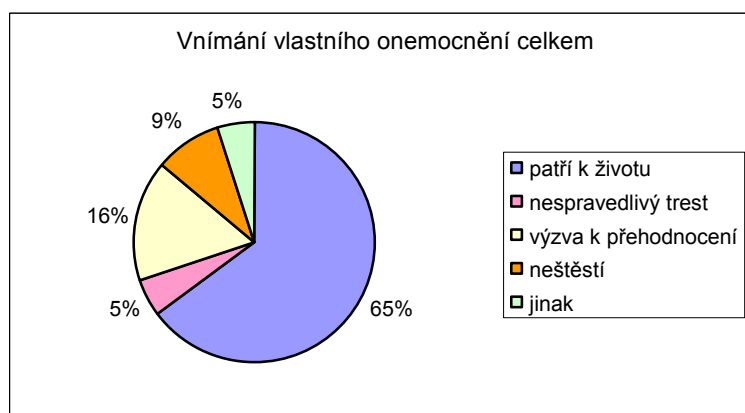
nemoc jako neštěstí, je hospitalizována pro dlouhodobé onemocnění na chirurgii. Dva respondenti ve věku 80 let a více napsali, že své onemocnění vnímají jinak, a to v jednom případě jako ponaučení a ve druhém případě jako Boží vůli. Třetí respondent, který vnímal své onemocnění jinak, byl ve věku od 60 – 79 let a vnímal svou nemoc jako vyčerpanost. Všichni tito tři respondenti byli hospitalizováni na oddělení interny.

Graf č. 31: Vnímání vlastní nemoci u respondentů s dlouhodobým onem.



Pro shrnutí položky č. 4 jsme získané údaje převedli na celkový počet 100 respondentů (viz. graf č. 32). Vynecháme –li ze součtu odpověď a) i nemoc patří k životu, zjistíme součtem ostatních odpovědí, že ve 35 % pacienti prožívali svou nemoc jinak, než říká odpověď a), tudíž se lze domnívat, že u těchto 35 % pacientů z celkového počtu 100 bude vyšší výskyt duchovních potřeb.

Graf č. 32: Vnímání vlastní nemoci u 100 respondentů bez rozdílu charakteru onemocnění



5) Položka č. 5: O čem v nemocnici nejvíce přemýšlíte?

V odpovědi na tuto otázku (otázka č. 16 použitého dotazníku) jsme respondentům ponechávali volnost, respondenti v této otázce odpověděli se 100 % návratností.

Tab. č. 42: O čem v nemocnici nejvíce přemýšlíte?

O čem v nemocnici nejvíce přemýšlíte?	R	%
o rodině	22	22 %
o návratu domů	12	12 %
o pobytu zde	1	5 %
o dění doma	1	
jak dlouho tu budu	1	
o návratu do civilního života	1	
abych byla soběstačná	1	
o uzdravení	8	
o zdraví a spěchu	1	6 %
o své nemoci	5	
o životě	10	12 %
o fenomenu čas	1	
o smyslu života	1	
o budoucnosti	6	9 %
jak žít dál	2	
o plánech do budoucna	1	
o sobě	3	4 %
o svém mládí	1	
o změně životního stylu	1	2 %
jak upravit svůj život	1	
o povinnostech a starostech	1	3 %
o nesplněných úkolech	1	
o práci	1	
o své zahradě a květinách	1	1 %
o lidech	2	8 %
o dětech	1	
o vnoučatech	2	
o zemřelém manželovi	1	
o vztazích	2	
o zlu a dobru	1	2 %
o věčnosti	1	
o Bohu	2	3 %
o Boží vůli	1	
o samotě	1	1 %
o běžných věcech	1	1 %
o sportu	1	1 %
Σ	100	100 %

Nejvíce respondentů uvedlo, že v nemocnici myslí na svou rodinu (22 %). Druhou početnou skupinou respondentů (12 %) byli ti, kteří uvedli, že přemýšlí o návratu domů a ti, kteří přemýšlí o životě (též 12 %). 9 % respondentů přemýšlelo o budoucnosti a o svých plánech do budoucna. 8 % respondentů přemýšlelo o svém uzdravení a v dalších 8 % respondenti přemýšleli o blízkých lidech a mezilidských vztazích. 6 % respondentů

přemýšlelo o své nemoci, 4 % respondentů přemýšlela o sobě. O Bohu a Boží vůli přemýšlela 3 % respondentů. Menší část respondentů přemýšlela např. o svých nesplněných úkolech, o samotě, o dobru a zlu, o věčnosti, ... (viz. tab. č. 42, str. 75).

6) Položka č. 6: Vyberte slova, která jsou podle Vás nejbližší termínu „duchovní potřeba“

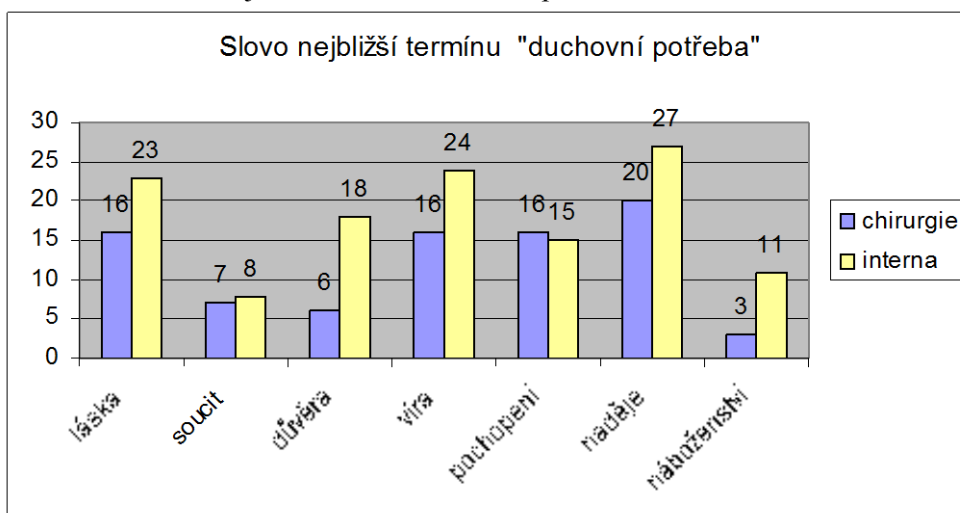
Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jak pacienti chápou termín „duchovní potřeba“ a zda existují rozdíly mezi výkladem termínu „duchovní potřeba“ u pacientů organizovaných v církvi a u pacientů, kteří uvedli, že věří po svém. Respondenti v dotazníku vybírali ze sedmi námi nabízených slov, většina respondentů zakroužkovala jedno slovo nebo kombinaci dvou slov, malá část respondentů kroužkovala též dvě a více slov. V tabulce č. 43 jsme sečetli počet slov, která respondenti vybírali. Výsledná čísla odpovídají počtu volby daného slova.

Tabulka č. 43: Vnímání termínu duchovní potřeba

vybraná slova	CH (43)		INT (57)		Σ (100)	
	R	%	R	%	R	%
láska	16	37,20	23	40,35	39	39 %
soucit	7	16,27	8	14,03	15	15 %
důvěra	6	13,95	18	31,57	24	24 %
víra	16	37,20	24	42,10	40	40 %
pochopení	16	37,20	15	26,31	31	31 %
naděje	20	46,51	27	47,36	47	47 %
náboženství	3	6,97	11	19,29	14	14 %

Na oddělení chirurgie nejvíce respondentů (20) určilo naději jako slovo nejbližší termínu „duchovní potřeba“. Stejně početně zastoupeny jsou po slovu naděje slova víra, pochopení a láska (respondenti je volili v 16 případech). Nejméně se podle chirurgických respondentů termínu „duchovní potřeba“ přibližuje slovo náboženství (toto slovo vybrali pouze 3 respondenti ze 43 dotazovaných na chirurgii) – srov. tab. č. 43, graf č. 33, str. 77. Na oddělení interny nejvíce respondentů (27) určilo stejně tak jako respondenti na chirurgii naději jako slovo nejbližší termínu „duchovní potřeba“, druhým nejčastěji vybíraným slovem na interně po naději byla víra (ve 24 případech), dále láska (ve 23 případech) a oproti chirurgii zde vysokého skóre dosáhla též důvěra (18) a pochopení (v 15 případech). Nejméně bylo na interně vybíráno slovo soucit (pouze v 8 případech), viz. tab. č. 43, graf č. 33. Větší procento respondentů na interně (cca 19 %) vnímalo pojem „duchovní potřeba“ jako pojem související s náboženstvím, oproti tomu respondenti na chirurgii toto slovo s pojmem „duchovní potřeba“ prakticky nespojovali (pouze asi v 7 % případů). Tento fakt může být podmíněn větším zastoupením věřících na odděleních interny (srov. tab. č. 12, str. 49).

Graf. č. 33: Slovo nejbližší termínu duchovní potřeba



Z tab. č. 43 a grafu č. 33 vyplývá, že respondenti s termínem „duchovní potřeba“ nejvíce spojovali naději (47 % respondentů), na druhém místě víru (ve 40 %), na třetím místě lásku (ve 39 %) a nejméně respondenti s termínem „duchovní potřeba“ spojovali náboženství (14 % respondentů).

Zajímalo nás, zda existují rozdíly v chápání pojmu „duchovní potřeba“ mezi pacienty, kteří věří v Boha a jsou organizováni v církvi a mezi pacienty, kteří uvedli, že věří po svém. Proto jsme tabulku č. 44 modifikovali podle otázky č. 20 v dotazníku (viz. příloha č. 9).

Tabulka č. 44: Rozdíly vnímání termínu duchovní potřeba podle typu víry

víra	vybraná slova	CH	INT	Σ	
		R	R	R	%
věřící (31)	láska	4	15	19	61,29 %
	soucit	0	3	3	9,67 %
	důvěra	0	8	8	25,80 %
	víra	3	11	14	45,16 %
	pochopení	1	5	6	19,35 %
	naděje	3	11	14	45,16 %
	náboženství	0	7	7	22,58 %
věří po svém (65)	láska	12	8	20	30,76 %
	soucit	6	5	11	16,29 %
	důvěra	6	10	16	24,61 %
	víra	13	13	26	40,00 %
	pochopení	13	10	23	35,38 %
	naděje	15	16	31	47,69 %
	náboženství	3	3	6	9,23 %
otázka víry je nezajímavá (4)	láska	0	0	0	-
	soucit	1	0	1	-
	důvěra	0	0	0	-
	víra	0	0	0	-
	pochopení	2	0	2	-
	naděje	2	0	2	-
	náboženství	0	1	1	-

Věřící respondenti jako nejbližší slovo termínu „duchovní potřeba“ volili v nadpočetné většině případů (cca v 61 %) slovo láska. Dalšími nejčastěji vybíranými slovy po lásce byla slova víra a naděje, obě ve stejném zastoupení (cca ve 45 %). Nejméně vybírali věřící pacienti jako slovo blízké termínu „duchovní potřeba“ slovo soucit (cca v 10 %) – viz. tab. č. 44, str. 77. Z 65 respondentů, kteří uvedli, že věří po svém, největší počet dotazovaných (cca 48 %) vybralo jako slovo nejbližší termínu „duchovní potřeba“ naději. Jako druhé nejvíce vybírané slovo po slově naděje bylo u respondentů, kteří uvedli, že věří po svém, slovo víra (ve 40 %), po slovu víra bylo třetím nejvíce vybíraným slovem pochopení (cca ve 35 %), čtvrtým nejčastěji vybíraným slovem byla láska (ve 20 %). Nejméně volila tato skupina respondentů jako slovo nejbližší termínu „duchovní potřeba“ slovo náboženství (cca v 9 %) – viz. tab. č. 44, str. 77.

3.1.2.2. Souhrn c cíli č. 1 - identifikace duchovních potřeb a jejich výskyt u respondentů

Ke zjištění duchovních potřeb a jejich výskytu u hospitalizovaných pacientů jsme se zabývali otázkami č. 7, 9, 13, 16 a 22 našeho dotazníku (viz. příloha č. 9 – Anonymní dotazník pro pacienty). Nejprve jsme chtěli zjistit, jaké obavy provázely pacienty, kteří byli hospitalizováni na lůžkových odděleních v nemocnici. Zjistili jsme, že na chirurgii nejvyššího skóre (tj. nejvyšší míry strachu) dosáhla ztráta soběstačnosti, ale velké procento lidí tu co do míry strachu též nejvíce uvádělo smrt, na třetím místě byla v hodnocení bolest, na čtvrtém místě samota a na pátém místě lhostejnost nejbližších. Ztráta přátel a ztráta zaměstnání trápila respondenty na chirurgii nejméně. Na interně bylo řazení v sedmistupňové škále odlišné. Nejvyššího skóre co do míry strachu dosáhla u interních respondentů stejně jako na chirurgii ztráta soběstačnosti. Na druhé místo však interní respondenti řadili samotu, na třetí místo lhostejnost nejbližších, na čtvrté místo bolest a až na páté místo smrt. Ze ztráty přátel a zaměstnání na interně stejně jako na chirurgii mělo obavy minimum pacientů) - srov. tab. č. 13 - 20, str. 52 – 55.

V položce č. 2 jsme chtěli zjistit, jaké postavení má podpora poskytovaná duchovním u hospitalizovaných pacientů. Cca jedna čtvrtina respondentů na interně míru podpory poskytované duchovním hodnotila vysoko (tj. číslem 6 a 7 v sedmistupňové škále) a cca 9 % respondentů na chirurgii hodnotilo míru podpory poskytované duchovním číslem nejvyšším, tj. č. 7. Celkem 20 % respondentů ze 100 dotazovaných ohodnotilo míru podpory poskytované duchovním čísly 6 a 7 v sedmistupňové škále hodnocení (viz. tab. č. 27, str. 60).

Zaměřili jsme se na skupinu respondentů, kteří žijí doma sami a skupinu respondentů, kteří žijí v domově důchodců. U skupiny 22 respondentů, kteří bydlí doma sami, dosáhla nejvyššího hodnocení v míře poskytované podpory rodina. Míru podpory duchovním hodnotili tyto respondenti velmi málo, ale vysoké hodnocení u těchto pacientů získali lékaři. Skupina sedmi respondentů z interny, kteří žijí v domově důchodců (srov. tab. č. 22, str. 56 – 57), na prvním místě v míře poskytované podpory hodnotí lékaře. Druhou nejvyšší hodnotu v míře poskytované podpory u této skupiny respondentů zaujímá rodina, přičemž prakticky na stejné místo v pořadí jako skupina pacientů, kteří bydlí sami, staví duchovního. Žádný z pacientů v této skupině nevedl podporu partnera. Z tohoto zjištění usuzujeme, že sociální zázemí respondentů neovlivňuje míru podpory poskytované duchovním.

V položce č. 3 jsme se zaměřili na využití duchovních služeb hospitalizovaných respondentů. Cílem bylo zjistit, v jaké míře a za jakých okolností využívají duchovních služeb respondenti, kteří uvedli, že věří po svém a zda a za jakých okolností nevyužil duchovních služeb během hospitalizace někdo ze skupiny věřících pacientů. Zjistili jsme, že 26 věřících respondentů z 31 věřících využilo duchovní službu během hospitalizace (srov. graf č. 22, str. 64). Tři z pěti respondentů, kteří nevyužili duchovní služby, uvedli, že věří v Boha, ale nejsou organizováni v církvi. Lze se tedy domnívat, že neměli zájem o duchovní služby z tohoto důvodu. Zbylí dva respondenti byli věřící organizovaní v církvi, z toho jedna žena byla pravoslavná katolička, která neměla zájem o duchovní službu ani o její zprostředkování nemocničním duchovním, o druhém respondentu jsme nezjistili nic bližšího.

Celkový počet respondentů, kteří využili alespoň 1 duchovní službu, bylo 47 (tj. 26 věřících respondentů a 21 respondentů, kteří uvedli, že věří po svém) – viz. graf č. 24, str. 69. Není to překvapující číslo pro výstup z církevní nemocnice, ale když se podíváme na tento údaj blíže, zjistíme, že na chirurgii využilo duchovní službu 8 nevěřících a na interně 13 nevěřících, a to je zajímavé. Ve skupině těchto 21 respondentů, kteří uvedli, že věří po svém a využili alespoň jedné duchovní služby, bylo 15 respondentů s onemocněním dlouhodobého charakteru, přičemž 10 z nich (a to je vysoké číslo) byli respondenti ve věku od 60 – 79 let a polovina z těchto 10 respondentů využila více duchovních služeb. (srov. tab. č. 37 a 38, str. 66).

V položce č. 4 jsme zjišťovali, jak respondenti vnímají své onemocnění. Ve skupině respondentů, kteří byli hospitalizováni pro onemocnění krátkodobého charakteru, většina (tj. 64 %) vnímala svou nemoc jako součást života. 24 % respondentů v této skupině vnímalo své onemocnění jako výzvu k přehodnocení dosavadního života, 5 % vnímalo onemocnění jako nespravedlivý trest a 2 % pacientů s onemocněním krátkodobého charakteru vnímalo

svou nemoc jako neštěstí (srov. graf č. 30, str. 73). Ve skupině respondentů, kteří byli hospitalizováni pro onemocnění dlouhodobého charakteru 66 % respondentů vnímalo svou nemoc jako součást života, pouze 10 % respondentů vedlo toto jejich onemocnění k přehodnocení dosavadního života, 14 % těchto pacientů však vnímalo svou nemoc jako neštěstí (srov. graf č. 31, str. 74).

V položce č. 5 jsme chtěli vědět, o čem hospitalizovaní pacienti nejvíce přemýšlí. Nejvíce respondentů uvedlo, že v nemocnici myslí na svou rodinu (22 %). Druhou početnou skupinou respondentů (12 %) byli ti, kteří uvedli, že přemýšlí o návratu domů a ti, kteří přemýšlí o životě (též 12 %). 17 % respondentů přemýšlelo o budoucnosti a o uzdravení –viz. tab. č. 42, str. 75.

V položce č. 6 nás zajímalo, zda existují rozdíly ve vnímání pojmu „duchovní potřeba“ mezi věřícími a těmi, kteří věří po svém. Věřící respondenti uváděli nejčastěji slovo láska jako nejbližší termínu „duchovní potřeba“, nevěřící respondenti považovali za slovo nejbližší termínu duchovní potřeba naději (srov. tab. č. 44, str. 77).

3.1.2.3. Cíl č. 2 - zjistit subjektivně pocíťovanou míru saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných klientů

Ke zjištění míry saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů jsme v dotazníku použili otázky č. 11, 15 a 19 (viz. příloha č. 9 – Anonymní dotazník pro pacienty).

1) Položka č. 1: Povídal si s Vámi někdo během Vašeho pobytu zde v nemocnici o Vaší víře, životních hodnotách, přesvědčení a o Vašem postoji vůči nemoci a průběhu léčby?

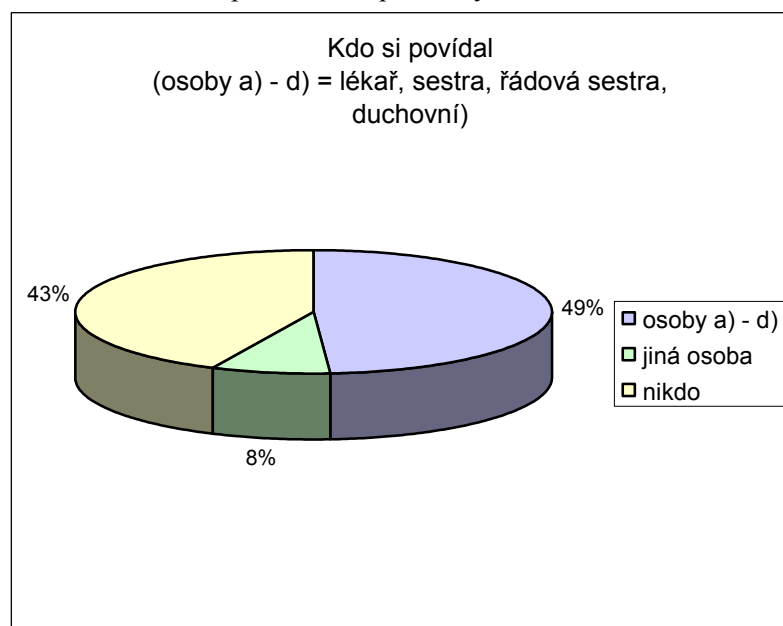
V této otázce respondenti odpovídali některou z šesti daných možností a) – f) - viz. otázka č. 11 anonymního dotazníku, mnozí respondenti zakroužkovali v odpovědi více možností (např. sestra a duchovní), z toho důvodu součty hodnot u každé položky k otázce č. 11 nesouhlasí s hodnotou celkového počtu respondentů na odděleních (43 respond. na chirurgii, 57 respond. na interně). Nás zajímalo, v kolika případech si s respondenty povídal duchovní.

Tabulka č. 45: Kdo si povídal s pacienty o jejich víře, hodnotách, postoji vůči nemoci a léčbě

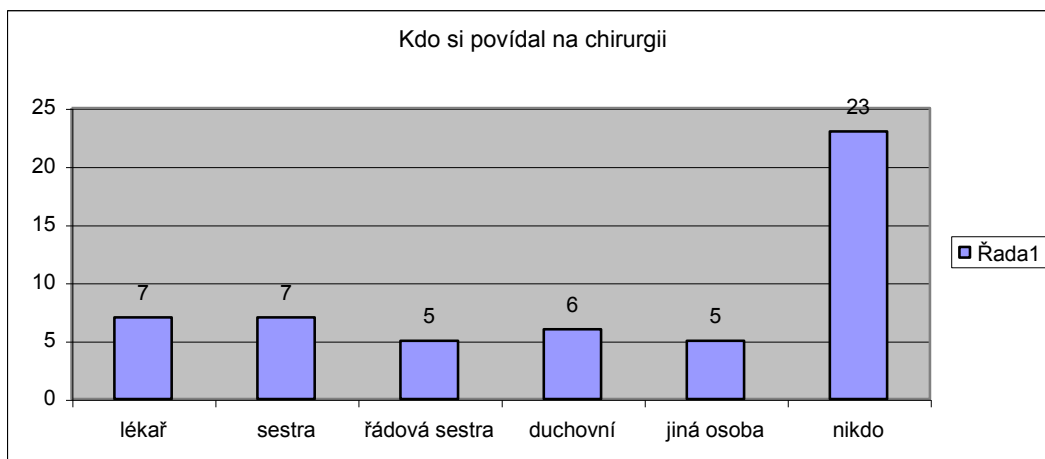
Povídal si s Vámi někdo	CH (43)		INT (57)		Σ (100)	
	R	%	R	%	R	%
a) lékař	7	16,27	15	26,31	22	22 %
b) sestra	7	16,27	11	19,29	18	18 %
c) řádová sestra	5	11,62	12	21,05	17	17 %
d) duchovní	6	13,95	22	38,59	28	28 %
jiná osoba	5	11,62	3	5,26	8	8 %
nikdo	23	53,48	20	35,08	43	43 %

Zjistili jsme, že ve 43 % případů si s respondenty na téma „víra, životní hodnoty, přesvědčení a postoj vůči nemoci a léčbě“ nikdo nepovídal a v 8 % případů si s respondenty na toto téma povídal někdo jiný, než osoby uvedené v nabídce odpovědí. Oproti tomu tyto osoby (lékař, sestra, řádová sestra, duchovní) si s respondenty povídaly na výše uvedené téma ve 49 % případů (viz. graf č. 34 a tab. č. 45).

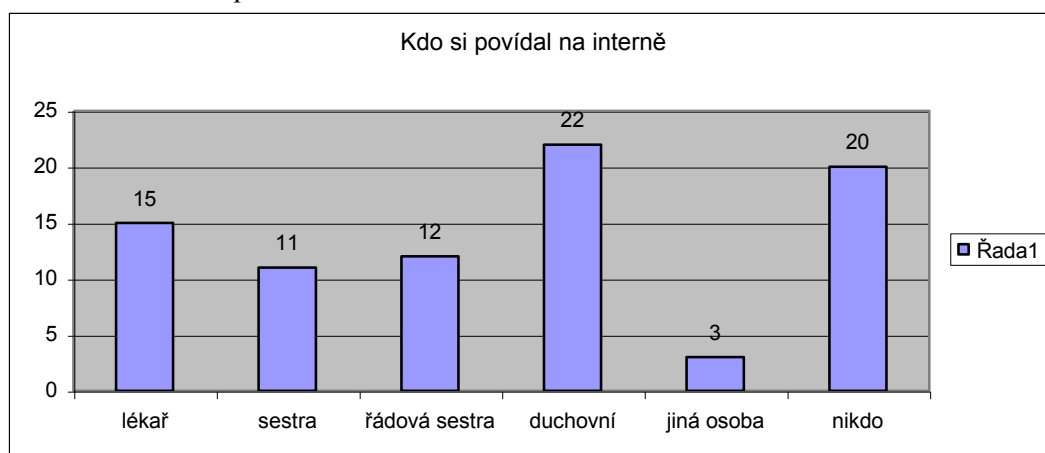
Graf č. 34: Kdo si povídal s respondenty



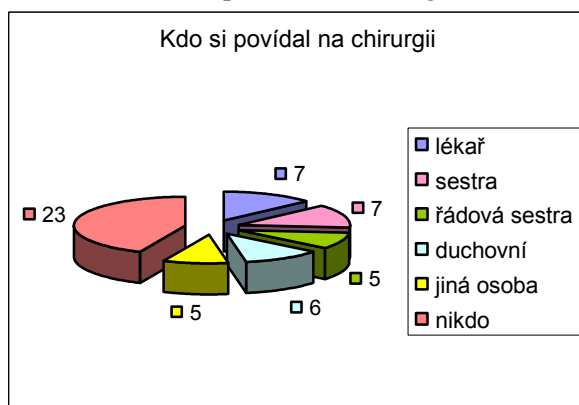
Graf č. 35: Kdo si povídal na chirurgii



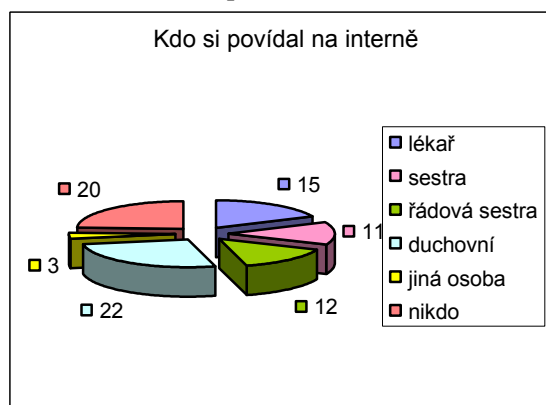
Graf č. 36: Kdo si povídal na interně



Graf č. 37: Kdo si povídal na chirurgii



Graf č. 38: Kdo si povídal na interně



Z tabulky č. 30 na str. 62 v předešlém textu víme, že na chirurgii bylo hospitalizováno 5 respondentů, kteří uvedli, že věří v Boha. V grafech č. 35 a 37 na str. 82 vidíme, že 6 pacientů z chirurgie mělo rozhovor s duchovním na téma víra, životní hodnoty, přesvědčení a postoj vůči nemoci a léčbě. Z tabulky č. 31 na str. 62 v předešlém textu víme, že na oddělení interny bylo hospitalizováno 14 respondentů, kteří uvedli, že věří v Boha. Na grafech č. 36 a 38 na str. 82 vidíme, že duchovní na interně hovořil na výše uvedené téma s 22 respondenty. Můžeme se tedy domnívat, že duchovní na chirurgii hovořil převážně s pacienty, kteří byli věřící, nebo s někým z 8 respondentů, kteří věří po svém ale využili některou z duchovních služeb (srov. tab. č. 36, str. 65). U 22 interních respondentů, kteří hovořili s knězem na výše uvedené téma se můžeme domnívat, že se jedná o někoho z 22 respondentů, kteří uvedli, že věří v Boha a využili duchovní službu (srov. tab. č. 33, str. 63), nebo z 13 respondentů, kteří nejsou věřící, ale využili některou z duchovních služeb (srov. tab. č. 36, str. 65). Vyšší počet respondentů, kteří na interně hovořili s duchovním, může být způsoben vyšším zastoupením věřících na tomto oddělení, vyšším procentem pacientů, jejichž zdravotní stav je málo nebo velmi neuspokojivý (cca 52 % - srov. graf. č.13 a č. 14, str. 45) a též faktem, že na jednom z oddělení interny pracuje duchovní přímo ve směnném provozu, kdežto na chirurgii duchovní docházejí.

Zajímavý je výsledek odpovědí u sester a řádových sester. Řádové sestry jsou mnohem méně početně zastoupeny na obou odděleních než civilní sestry, přesto jsou v odpovědích respondentů na výše uvedenou otázku zastoupeny téměř ve stejném množství jako civilní sestry, na oddělení interny dokonce řádové sestry v odpovědích respondentů převyšují (srov. graf 37, 38, str. 82). U odpovědi f) jiná osoba (odpovědělo tak 8 respondentů) si v 5 případech na výše uvedené téma s respondenty povídal jiný pacient, ve 2 případech partner/ka a v jednom z uvedených 8 případů si s pacientem na výše uvedené téma povídal dobrovolník pracující v nemocnici.

V položce č. 1 k cíli č. 2 nás ještě zajímalo, jaký má vliv fakt, že si s respondenty během hospitalizace na oddělení někdo z výše uvedených osob promluvil, na subjektivní pocit míry saturace duchovních potřeb respondentů (viz. tab. č. 46, str. 84). Pro tento účel jsme ot. č. 11 vztáhli k otázce č. 19 anonymního dotazníku (srov. tab. č. 48, str. 86).

Tabulka č.46: Vliv poskytnutí rozhovoru na míru saturace duchovních potřeb

míra saturace duchovních potřeb	osoby, které si promluvily	CH (43)	INT (57)	Σ (100)
uspokojeny v plné míře (45 respondentů)	lékař	3	7	10
	sestra	3	5	8
	řádová sestra	2	4	6
	duchovní	5	10	15
	jiná osoba	3	2	5
	nikdo	6	12	18
uspokojeny, ale ještě něco chybí (20 respondentů)	lékař	1	2	3
	sestra	2	3	5
	řádová sestra	1	6	7
	duchovní	1	7	8
	jiná osoba	1	0	1
	nikdo	3	2	5
uspokojeny asi z poloviny (10 respondentů)	lékař	0	4	4
	sestra	1	2	3
	řádová sestra	0	0	0
	duchovní	0	2	2
	jiná osoba	0	0	0
	nikdo	2	2	4
spíše neuspokojeny (2 respondenti)	lékař	0	0	0
	sestra	0	0	0
	řádová sestra	0	0	0
	duchovní	0	0	0
	jiná osoba	0	0	0
	nikdo	1	1	2
zcela neuspokojeny (2 respondenti)	lékař	1	0	1
	sestra	1	0	1
	řádová sestra	1	1	2
	duchovní	0	1	1
	jiná osoba	1	0	1
	nikdo	0	0	0
nerozumí otázce (21 respondentů)	lékař	2	2	4
	sestra	0	1	1
	řádová sestra	1	1	2
	duchovní	0	2	2
	jiná osoba	0	1	1
	nikdo	11	3	14
celkem lékař		7	15	22
celkem sestra		7	11	18
celkem řádová sestra		5	12	17
celkem duchovní		6	22	28
celkem jiná osoba		5	3	8
celkem nikdo		23	20	43

Ve skupině 45 respondentů, kteří uvedli, že jejich duchovní potřeby jsou plně uspokojeny, bylo 18 respondentů (cca 40 %), kteří nehovořili s nikým na téma víry, životních hodnot, postoje vůči nemoci a léčbě. Je tedy možné, že tito respondenti neměli potřebu s někým na toto téma hovořit, nebo pokud měli nějaký problém v duchovní oblasti, využili jinou

z nabízených duchovních služeb. Dále v této skupině 45 respondentů je však významné procento lidí, kteří uvedli, že s nimi na výše uvedené téma hovořil duchovní (15 pacientů, tj. cca 33 % ze 45 respondentů, nebo 15 % z celkového počtu 100 respondentů). V této skupině 45 respondentů je vedle duchovního ještě významně zastoupena osoba lékaře (u 10 pacientů). Ve skupině 4 pacientů, jejichž duchovní potřeby byly spíše nebo zcela neuspokojeny, ve dvou případech nikdo pacientům rozhovor na výše uvedené téma neposkytl, s jedním pacientem na chirurgii na výše uvedené téma hovořili lékař, sestra a řádová sestra a s jedním pacientem na interně na výše uvedené téma hovořil duchovní a řádová sestra (srov. tab. č. 46, str. 84).

2) Položka č. 2: Představuje pobyt v nemocnici ve Vašem případě nějaká omezení v náboženských praktikách?

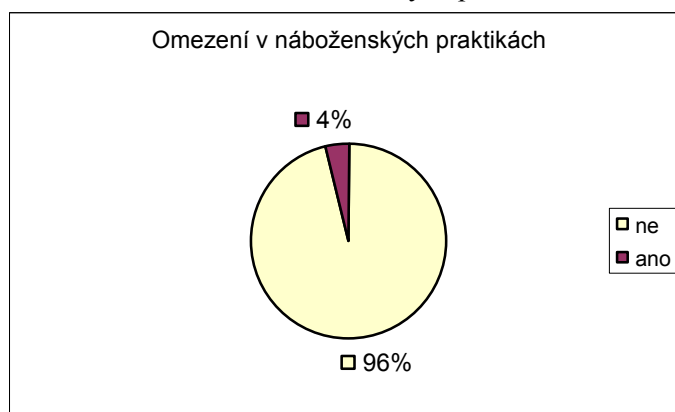
Na tuto otázku (č. 15 v dotazníku) odpovídali respondenti buď ano nebo ne, přičemž k odpovědi „ano“ měli dotazovaní prostor pro udání důvodu.

Tabulka č.47: Omezení v náboženských praktikách

omezení v náboženských praktikách	CH		INT		Σ	
	R	%	R	%	R	%
ne	42	97,67	54	94,73	96	96 %
ano	1	2,32	3	5,26	4	4 %
Σ	43	100 %	57	100 %	100	100 %

Zjistili jsme, že v 96 % respondenti uváděli, že pobyt v nemocnici pro ně nepředstavuje žádné omezení v osobních náboženských praktikách. Pro 4 % ze sta dotazovaných však pobyt v nemocnici takovéto omezení představoval (viz. tab. č. 47, též viz. graf č. 39, str. 86). Jednalo se konkrétně o jednoho respondenta na chirurgii a 3 respondenty na interně. Podívali jsme se tedy, jak svou odpověď „ano“ blíže specifikovali. Na interně jeden respondent (žena) uvedl, že se nemůže pro svůj zdravotní stav zúčastnit bohoslužby, další respondent v dotazníku sdělil, že nemá dostatek soukromí k osobní modlitbě. Třetí z respondentů na interně (žena), pro kterého pobyt v nemocnici představoval omezení v náboženských praktikách, byla věřící pravoslavné církve a nechtěla využít nabízené duchovní služby. Na chirurgii jeden respondent, pro něhož pobyt v nemocnici představuje omezení v náboženských praktikách, uvedl, že je židovské víry.

Graf č. 39: Omezení v náboženských praktikách



3) Položka č. 3: V jaké míře jsou při pobytu v nemocnici uspokojeny duchovní potřeby respondentů?

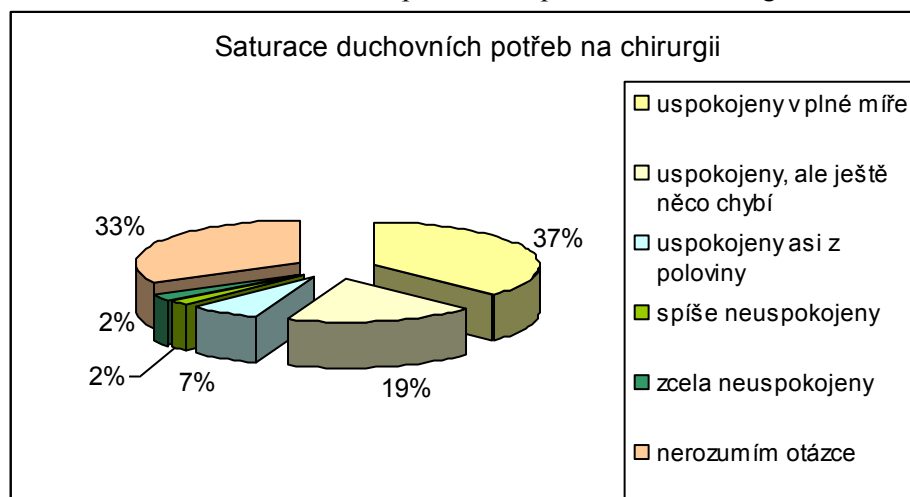
Pro zjištění míry saturace duchovních potřeb respondentů během hospitalizace jsme v dotazníku zařadili otázku č. 19 „Při pobytu zde v nemocnici máte pocit, že Vaše duchovní potřeby jsou...“, na kterou respondenti měli možnost odpovědět šesti danými možnostmi a) – f), (viz. příloha č. 9). Výsledky odpovědí uvádíme v tabulce č. 48.

Tabulka č. 48: Saturace duchovních potřeb

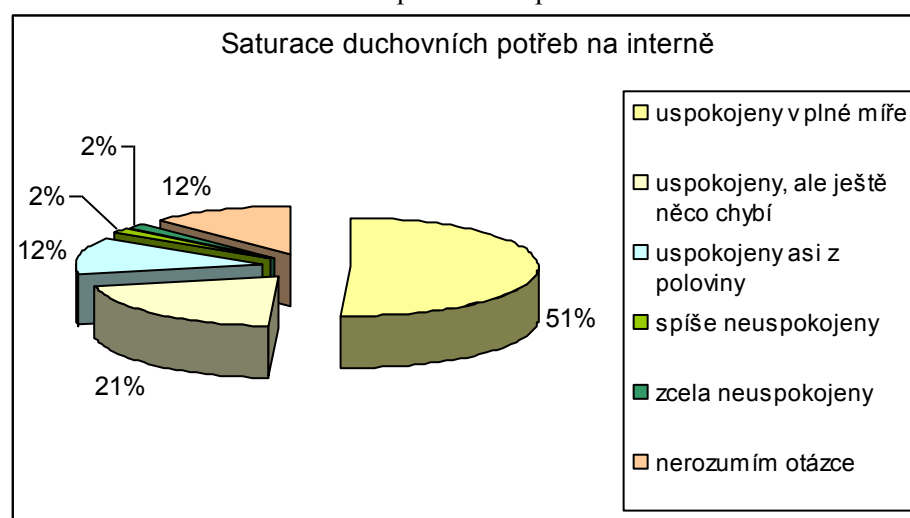
duchovní potřeby jsou:	CH		INT		Σ	
	R	%	R	%	R	%
uspokojeny v plné míře	16	37,20	29	50,87	45	45 %
uspokojeny, ale ještě něco chybí	8	18,60	12	21,05	20	20 %
uspokojeny asi z poloviny	3	6,97	7	12,28	10	10 %
spíše neuspokojeny	1	2,32	1	1,75	2	2 %
zcela neuspokojeny	1	2,32	1	1,75	2	2 %
nerozumím otázce	14	32,55	7	12,28	21	21 %
Σ	43	100 %	57	100 %	100	100 %

Z průzkumu saturace duchovních potřeb jsme se dozvěděli, že na oddělení chirurgie námi pokládané otázky nerozuměla více jak čtvrtina hospitalizovaných (cca 33 %), což může být dáno malým zastoupením věřících (5 věřících) na tomto oddělení a celkově nižším věkovým průměrem pacientů. Na oddělení interny nerozumělo námi pokládané otázky cca 12 % respondentů, což může být dáno podstatně vyšším zastoupením věřících na tomto oddělení (14 věřících) a celkově vyšším věkovým průměrem. Plně uspokojené duchovní potřeby uvedlo na chirurgii 37 % respondentů (srov. graf 40 – 42 na str. 87), přičemž cca 33 % nerozumělo otázce, na interně uvedla plně uspokojené duchovní potřeby nadpočetná většina respondentů (cca 51 %), přičemž pouze 12 % z interních respondentů nerozumělo otázce (srov. tab. č. 48, graf č. 40 - 42, str. 87).

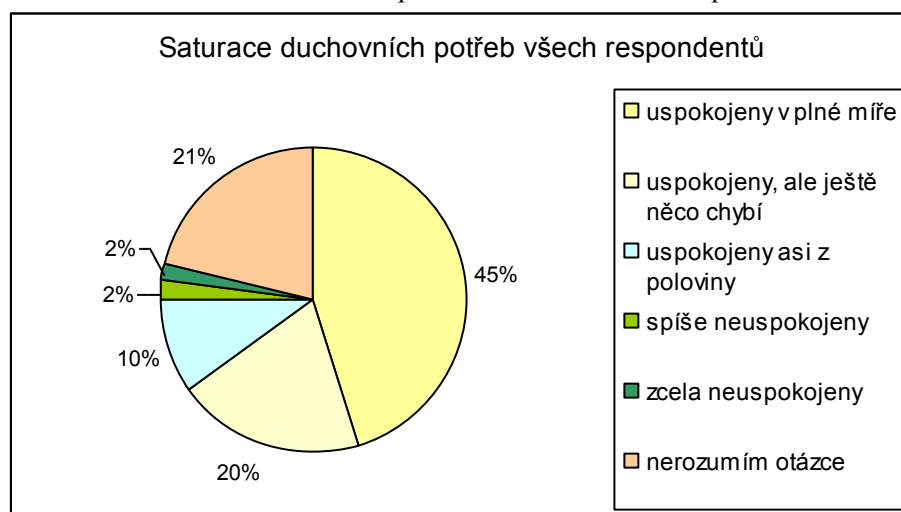
Graf č. 40: Saturace duchovních potřeb u respondentů na chirurgii



Graf č. 41: Saturace duchovních potřeb u respondentů na interně



Graf č. 42: Saturace duchovních potřeb celkem u všech respondentů



7 % chirurgických pacientů uvedlo, že jejich duchovní potřeby jsou uspokojeny pouze z poloviny, na interně takto hodnotilo míru saturace vlastních duchovních potřeb vyšší procento pacientů (cca 12 %). Na obou odděleních byly u cca 4 % respondentů duchovní potřeby neuspokojeny. Celkem tedy 45 % respondentů ze 100 odpovědělo, že jejich duchovní potřeby jsou plně uspokojeny (srov. grafy č. 40 – 42 na str. 87, srov. tab. č. 48 na str. 86).

3.1.2.4 Souhrn k cíli č. 2 - zjistit subjektivně pocíťovanou míru saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných klientů

V cíli č. 2 jsme měli za úkol zjistit subjektivně pocíťovanou míru saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů. K tomuto účelu jsme zkoumali celkem 3 položky podle použitých otázek v dotazníku (otázky č. 11, 15 a 19). V položce č. 1 jsme zkoumali, zda a v jakém procentuálním zastoupení si s respondenty povídal někdo z uvedených osob na téma: víra, životní hodnoty, přesvědčení o postoji vůči nemoci a průběhu léčby a v kolika případech si s pacienty na toto téma povídal duchovní. Zjistili jsme, že s pacienty si na výše uvedené téma v 57 % někdo povídal, přičemž v 8 % z těchto 57 % to byl někdo jiný, než osoby uvedené v možnostech odpovědí. Duchovní si na výše uvedené téma povídal s 6 pacienty z chirurgie a 22 pacienty z interny, celkem s 28 pacienty (srov. tab. č. 45, str. 81 a graf č. 37 a 38, str. 82). V položce č. 2 jsme zkoumali, zda představuje pro respondenty pobyt v nemocnici nějaká omezení v náboženských praktikách. V 96 % respondenti odpověděli, že pobyt v nemocnici, kde jsou právě hospitalizováni, pro ně omezení v náboženských praktikách nepředstavuje (srov. tab. č. 47, str. 85 a graf č. 39, str. 86). Ve 4 % respondenti uvedli, že omezení v náboženských praktikách pocíťují, tato omezení se týkala nemožnosti se účastnit bohoslužby, nedostatku soukromí k modlitbě, příslušnosti k jiné církvi a v jednom případě i příslušnosti k jinému náboženskému vyznání. V položce č. 3 jsme zjišťovali míru saturace duchovních potřeb respondentů během hospitalizace. 45 % respondentů ze 100 uvedlo, že jejich duchovní potřeby jsou uspokojeny v plné míře, 30 % respondentů uvedlo, že jejich duchovní potřeby jsou uspokojeny částečně nebo z poloviny, 4 % respondentů měla duchovní potřeby neuspokojeny a 21 % respondentů této otázce neporozumělo (srov. graf č. 42, str. 87). Ve skupině 45 respondentů, kteří uvedli, že jejich duchovní potřeby jsou plně uspokojeny, bylo 18 respondentů (cca 40 %), kteří nehovořili s nikým na téma víry, životních hodnot, postoje vůči nemoci a léčbě. Dále v této skupině 45 respondentů je však významné procento lidí, kteří uvedli, že s nimi na výše uvedené téma hovořil duchovní (15 pacientů, tj. cca 33 % ze 45 respondentů, nebo 15 % z celkového počtu 100 respondentů) – viz. tab. č. 46, str. 84.

3.1.2.5. Cíl č. 3 - identifikace faktorů, které u zkoumané skupiny posilují nebo naopak ohrožují uspokojování duchovních potřeb

K identifikaci faktorů, které by mohly ovlivnit uspokojování duchovních potřeb jsme zvolili otázky č. 12, 14, 17, 18 a 21 anonymního dotazníku (viz. příloha č. 9).

1) Položka č. 1: nabídl Vám někdo během pobytu zde v nemocnici duchovní pomoc ve smyslu zprostředkování duchovní služby (náboženský rozhovor, modlitba, účast na bohoslužbě, svátosti)? V této položce jsme se zaměřili na to, zda má vliv nabídka duchovních služeb na jejich využití a kdo nejčastěji pacientům duchovní službu nabízel.

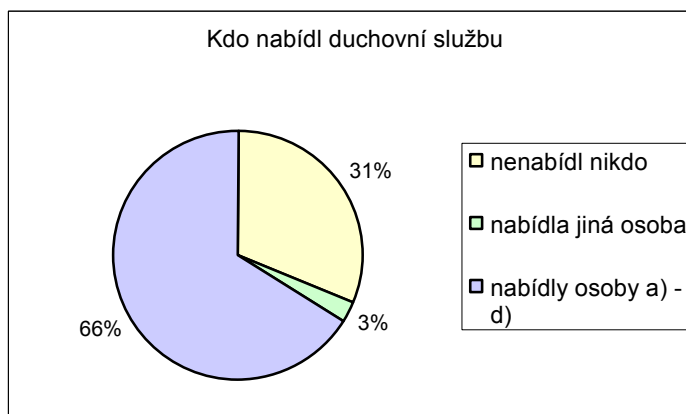
V této otázce respondenti odpovídali některou z šesti daných možností a) –g) - viz. otázka č. 12 anonymního dotazníku -, mnozí respondenti zakroužkovali v odpovědi více možností (např. lékař, duchovní), z toho důvodu součty hodnot u každé položky k otázce č. 12 nesouhlasí s hodnotou celkového počtu respondentů na odděleních (43 respond. na chirurgii, 57 respond. na interně).

Tabulka č. 49: Kdo nabídl zprostředkování duchovní služby

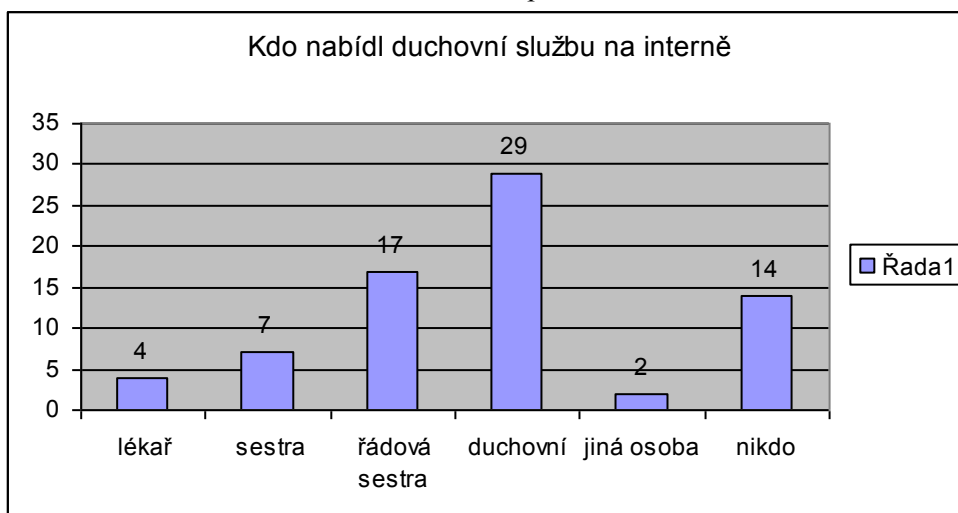
Nabídl Vám někdo zprostředkování....?	CH (43)		INT (57)		Σ (100)	
	R	%	R	%	R	%
a) lékař	0	0	4	7,01	4	4 %
b) sestra	5	11,62	7	12,28	12	12 %
c) řádová sestra	10	23,25	17	29,82	27	27 %
d) duchovní	17	39,53	29	50,87	46	46 %
jiná osoba	1	2,32	2	3,50	3	3 %
nikdo	17	39,53	14	24,56	31	31 %

Zjistili jsme, že 31 procentům dotazovaných nikdo duchovní službu nenabídl a 3 procentům dotazovaných nabídl duchovní službu někdo jiný, než osoby uvedené v nabídce odpovědí. V 66 procentech tedy respondentům nabídl duchovní službu někdo ze 4 osob uvedených v nabídce odpovědí (lékař, civilní sestra, řádová sestra nebo duchovní) a to je podstatný údaj pro náš výzkum – viz. graf. č. 43, tab. č. 49.

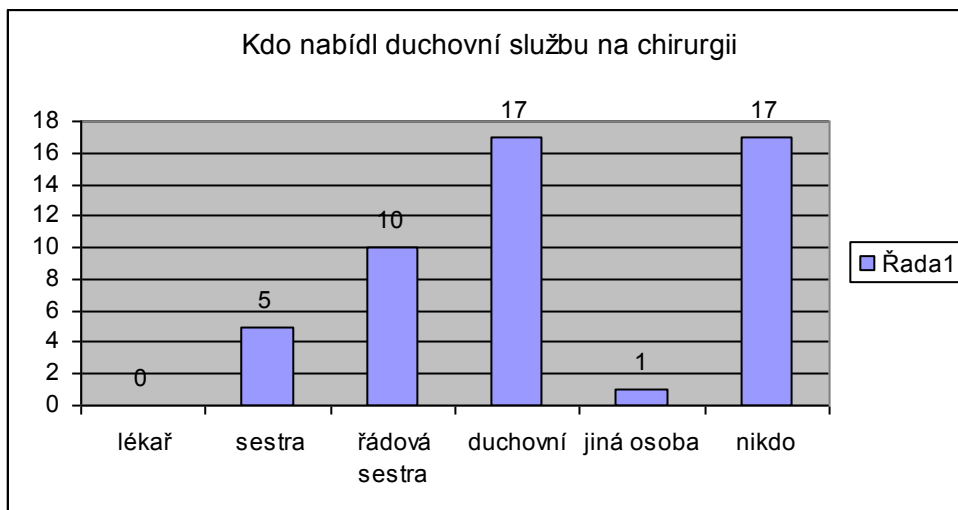
Graf č. 43: Kdo nabídl duchovní službu



Graf. č. 44: Kdo nabídl duchovní službu respondentům na interně



Graf. č. 45: Kdo nabídl duchovní službu respondentům na chirurgii



Z grafů č. 44 a 45 je viditelné, že osobou, která nabízela respondentům duchovní služby nebo jejich zprostředkování nejčastěji, byl duchovní, který takto učinil celkem u 46 respondentů. Na druhém místě (co do počtu případů, které respondenti uvedli) hned za duchovním je řádová sestra, která nabídla zprostředkování duchovní služby celkem 27 respondentům. Civilní zdravotní sestra nabídla duchovní službu pouze ve 12 případech ze 100 dotazovaných, na oddělení interny zprostředkování duchovní služby ve 4 případech nabídla osoba lékaře (pravděpodobně se jedná o některou z řádových lékařek, ale je to pozoruhodné).

Na interním oddělení nikdo nenabídl zprostředkování duchovní služby 14 respondentům a 2 respondentům zprostředkování této služby nabídl někdo jiný, než osoby a) – d). Osoby a) – d) tedy nabídky duchovní služby 41 respondentům na interně, což představuje cca 72 % interních respondentů. Podle grafu. č. 26 na str. 70 využilo duchovních služeb na interně 61 % respondentů. Na chirurgii nikdo nenabídl zprostředkování duchovní služby 17 respondentům a 1 osobě zprostředkování této služby nabídl někdo jiný, než osoby a) – d). Osoby a) – d) tedy

nabídl duchovní službu 58 % respondentů na chirurgii, lékař na chirurgii duchovní službu nenabízel nikomu. Podle grafu č. 25 na str. 70 využilo duchovních služeb na chirurgii pouze 28 % respondentů. I když na obou odděleních byla duchovní služba poměrně kvalitně nabízena, její využití na chirurgii bylo menší i přes fakt, že na chirurgii se respondenti velmi obávali smrti. Podporu ve snášení nemoci zde ale ve velké míře poskytoval lékař, na rozdíl od duchovního, který poskytoval velkou míru podpory respondentům na interně.

2) Položka č. 2: Vnímání religiálních prvků v nemocnici během hospitalizace

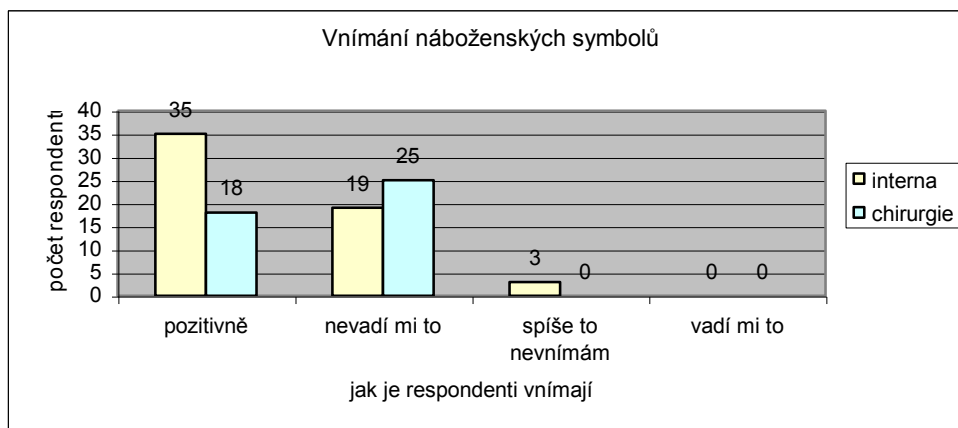
Podle otázky č. 14 anonymního dotazníku: „Jak na Vás působí zde v nemocnici přítomnost náboženských symbolů (kříže na zdech, obrázky svatých), pohyb některých zdravotníků v řeholních hábitech?“, jsme chtěli zjistit, zda si respondenti všímají přítomnosti religiálních předmětů a symbolů v nemocnici a jak na ni nahlízejí. Respondenti odpovídali na tuto otázku čtyřmi danými možnostmi a) – d) (viz. příloha č. 9).

Tabulka č. 50: Jak na Vás působí přítomnost náboženských symbolů

Jak působí	CH (43)		INT (57)		Σ (100)	
	R	%	R	%	R	%
a) pozitivně	18	41,85	35	61,40	53	53 %
b) nevadí mi to	25	58,13	19	33,33	44	44 %
c) spíše to nevnímám	0	-	3	5,26	3	3 %
d) vadí mi to	0	-	0	-	0	0 %
Σ	43	100 %	57	100 %	100	100 %

Z údajů uvedených v tabulce č. 50 jsme zjistili, že ze 100 respondentů neodpověděl nikdo na otázku č. 14 negativně (tj. odpověď d) vadí mi to). 53 % respondentů odpověděla možnostmi a) pozitivně, 44 % respondentů přítomnost náboženských symbolů a pohyb některých zdravotníků v řeholních hábitech nevadila. Pouhá 3 % respondentů uvedla, že religiální prvky v nemocnici spíše nevnímá.

Graf č. 46: Vnímání religiálních prvků v nemocnici během hospitalizace



Na grafu č. 46 na str. 91 vidíme, že zastoupení respondentů, kteří odpovídali možností b) nevadí mi to, je na oddělení chirurgie větší než na oddělení interny (cca 58 % chir. : cca 33 % int. – viz. tabulka č. 50, str. 91). Domníváme se, že tento rozdíl je způsoben menším procent. zastoupením věřících respondentů na chirurgii oproti oddělení interny. Na oddělení chirurgie však nebyl nikdo, kdo by religiozní prvky v nemocnici nevnímal, na oddělení interny spíše nevnímali tyto prvky 3 respondenti.

3) Položka č. 3: Představa o službě, kterou by měl poskytovat duchovní v nemocnici

Otázkou č. 17 anonymního dotazníku („Jaká je vaše představa o službě, kterou by měl poskytovat duchovní v nemocnici?“) jsme chtěli zmapovat názory respondentů na to, komu má být duchovní služba kněze určena. Respondenti na tuto otázku mohli odpovědět 6 danými možnostmi a) – f), nebo možností g), pokud jejich představa byla jiná, než jsou nabídky odpovědí (viz. příloha č. 9 – Anonymní dotazník). Několik respondentů zakroužkovalo v odpovědi více možností, z toho důvodu součty hodnot položek k otázce č. 17 nesouhlasí s hodnotou celkového počtu respondentů na odděleních (43 respond. na chirurgii, 57 respond. na interně).

Tabulka č. 51: Představa respondentů o službě, kterou by měl poskytovat duchovní

Jaká je představa	CH (43)		INT (57)		Σ (100)	
	R	%	R	%	R	%
a) návštěva každého pacienta	8	18,60	13	22,80	21	21 %
b) návštěva na požádání	18	41,86	29	50,87	47	47 %
c) návštěva pouze věřících pacientů	5	11,62	8	14,03	13	13 %
d) pomoc rodině	1	2,32	2	3,50	3	3 %
e) duchovní vedení zdravotníků	5	11,62	4	7,01	9	9 %
f) nemám žádnou představu	12	27,90	7	12,28	19	19 %
g) jiná představa	0	0	0	0	0	0 %

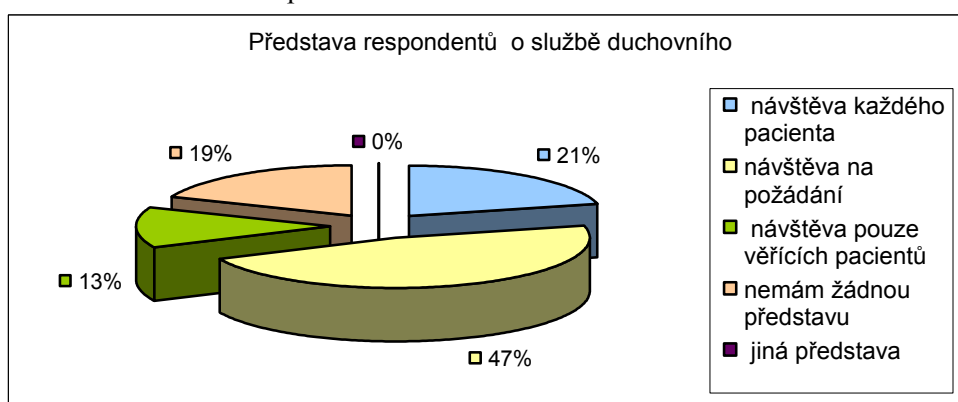
Z hodnot uvedených v tabulce č. 51 jsme zjistili, že 81 respondentů (tj. 81 %) odpovídalo možnostmi odpovědí a) – c), a z těchto 81 respondentů odpovědělo 12 respondentů ještě možnostmi d) a e). 19 respondentů (tj. 19 %) nemělo žádnou představu o službě, kterou by měl duchovní v nemocnici poskytovat (viz. graf č. 47, str. 93). Nikdo z respondentů nevyužil volné možnosti odpovědi g).

Na interně by zvolilo cca 51 % respondentů návštěvu duchovního na požádání, návštěvu pouze věřících pacientů by zvolilo 14 % respondentů, návštěvu každého pacienta by si představovalo cca 23 % respondentů, žádnou představu o službě duchovního nemělo na interně 12 % respondentů. Dva respondenti z těch, kteří měli nějakou představu o službě, kterou by měl poskytovat duchovní v nemocnici, zvolili ještě k možnostem odpovědí a) – c)

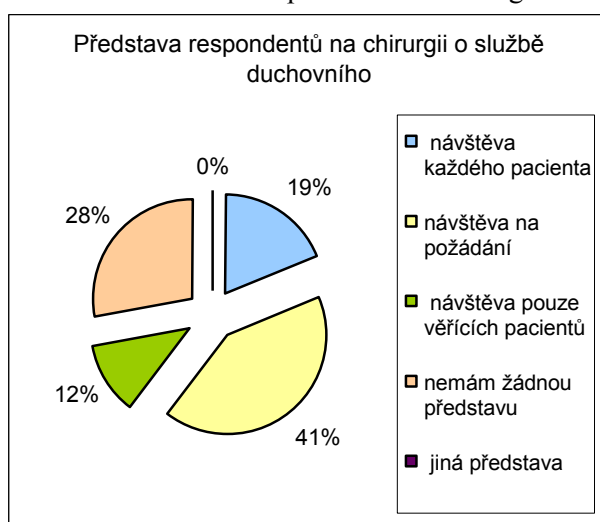
možnost d) – pomoc rodině, a čtyři respondenti uvedli též představu duchovního vedení zdravotníků (viz. graf č. 48)

Na chirurgii by zvolilo cca 42 % respondentů návštěvu duchovního na požádání, návštěvu pouze věřících pacientů by zvolilo cca 12 % respondentů, návštěvu každého pacienta by si představovalo cca 19 % respondentů, žádnou představu o službě duchovního nemělo na chirurgii cca 28 % respondentů. Jeden respondent z těch, kteří měli nějakou představu o službě, kterou by měl poskytovat duchovní v nemocnici, vybral ještě k možnostem odpovědí a) – c) možnost d) – pomoc rodině, a 5 respondentů uvedlo představu duchovního vedení zdravotníků. (též viz. graf č. 49)

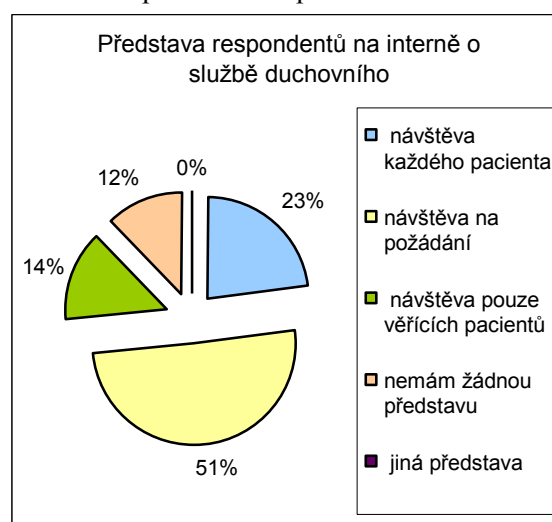
Graf č. 47: Představa respondentů o službě duchovního



Graf č. 48: Představa respondentů na chirurgii



Graf č. 49: představa respondentů na interně



4) Položka č. 4: Pomoc v duchovní oblasti

Otázkou č. 18: „Kdo z těchto lidí by Vám mohl být v duchovní oblasti nejvíce nápomocen?“ jsme chtěli zjistit, koho by si respondenti zvolili jako pomocnou osobu v jejich duchovní sféře. Respondenti měli na tuto otázku možnost odpovědět jednou ze čtyř možností a) – d) – viz. příloha č. 9. Několik respondentů zakroužkovalo v odpovědi více možností, z toho důvodu součty hodnot položek k otázce č. 17 nesouhlasí s hodnotou celkového počtu respondentů na odděleních (43 respond. na chirurgii, 57 respond. na interně).

Tulka č. 52: Kdo by mohl být nejvíce nápomocen v duchovní oblasti

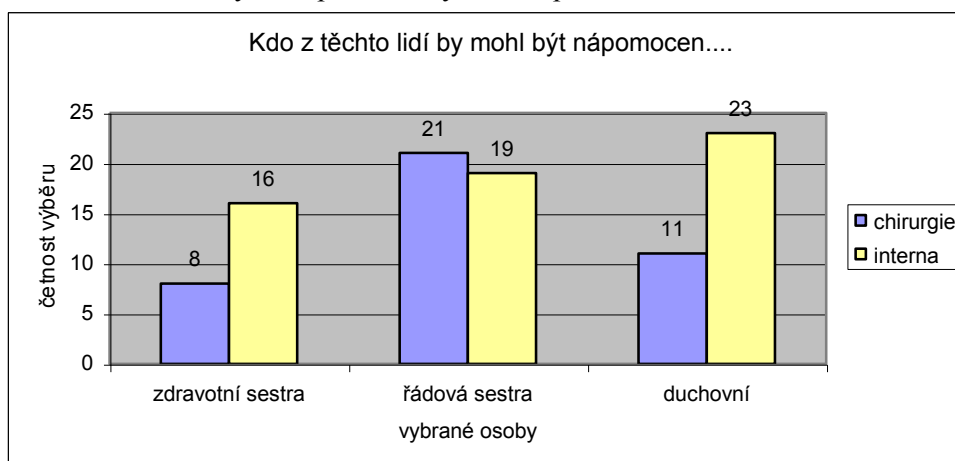
Kdo z těchto lidí	CH (43)		INT (57)		Σ (100)	
	R	%	R	%	R	%
a) zdravotní sestra	4	53,48 %	10	61,40 %	14	58 %
b) řádová sestra	13		9		22	
c) duchovní	6		16		22	
d) nikdo z těchto lidí	12	27,90 %	11	19,29 %	23	23 %
kombinace a), b)	3	18,60 %	4	19,29 %	7	19 %
kombinace a), b), c)	1		1		2	
kombinace a), c)	0		1		1	
kombinace b), c)	4		5		9	
Celkem odpovědělo	43	100 %	57	100 %	100	100 %
Σ a) zdravotní sestra	8	18,60 %	16	28,07 %	24	24 %
Σ b) řádová sestra	21	48,83 %	19	33,33 %	40	40 %
Σ c) duchovní	11	25,50 %	23	40,35 %	34	34 %

Z celkového počtu 43 chirurgických respondentů 12 dotazovaných (27,90 %) odpovědělo možnostmi d), tzn. že 31 respondentů z chirurgie odpovědělo možnostmi a) – c). 8 z 31 chirurgických respondentů odpovědělo na otázku č. 18 zakroužkováním více možností, tzn. že 23 respondentů z chirurgie odpovědělo výběrem pouze jedné z možností odpovědi (srov. tab. č. 52).

Z celkového počtu 57 interních respondentů 11 dotazovaných (19,29 %) odpovědělo možnostmi d), tzn. že 46 respondentů z interny odpovědělo možnostmi a) – c). 11 interních respondentů odpovědělo na otázku č. 18 zakroužkováním více možností, tzn. že 35 respondentů z interny odpovědělo výběrem pouze jedné z možností odpovědi (srov. tab. č. 52 a graf č. 50 na str. 95). Na chirurgii z celkového počtu 43 pacientů odpovědělo možnostmi d) 12 dotazovaných a 23 dotazovaných odpovědělo výběrem jedné možnosti.

Na chirurgii by si respondenti pro pomoc v duchovní oblasti ve většině případů vybrali řádovou sestru, na interně by respondenti pro pomoc v duchovní oblasti nejvíce volili duchovního (viz. graf č. 50, str. 95). Celkově největší počet odpovědí na výše uvedenou otázku získala řádová sestra, na druhém místě duchovní a na třetím místě zdravotní sestra (srov. tab. č. 52 a graf č. 50 na str. 95).

Graf č. 50: Koho by si respondenti vybrali na pomoc v duchovní oblasti



5) Položka č. 5: Jaký názor mají respondenti na poskytování duchovní péče v nemocnici
 Otázkou č. 21 anonymního dotazníku: „Jak se díváte na poskytování duchovních služeb v nemocnici?“ jsme chtěli zjistit, jak se respondenti dívají na poskytování duchovních služeb během hospitalizace v nemocnici. Na tuto otázku respondenti odpovídali jednou ze čtyř možností a) – d) – viz. příloha č. 9. Zajímalo nás, jak odpovídali respondenti na interně a na chirurgii.

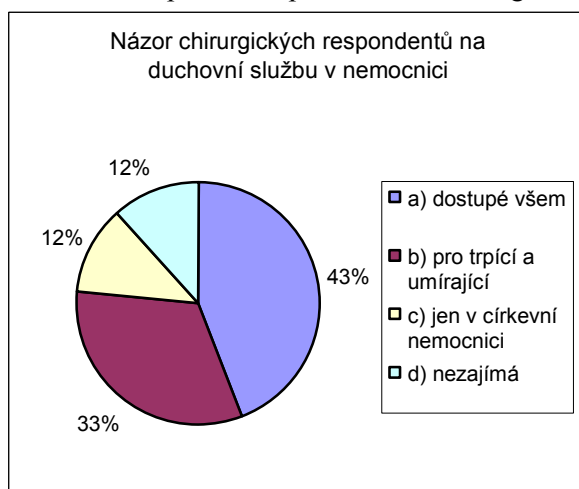
Tabulka č. 53: Názory respondentů na poskytování duchovních služeb v nemocnici

Jak se díváte na poskytování duchovních služeb v nemocnici?	CH (43)		INT (57)		Σ (100)	
	R	%	R	%	R	%
a) pozitivní součást péče, která by měla být dostupná ve všech nemocnicích	19	44,18	39	68,42	58	58 %
b) má svůj význam pro trpící a umírající	14	32,55	11	19,28	25	25 %
c) měla by být poskytována pouze v církevních nemocnicích	5	11,62	6	10,52	11	11 %
d) duchovní péče mě nezajímá	5	11,62	1	1,75	6	6 %
Σ	43	100 %	57	100 %	100	100 %

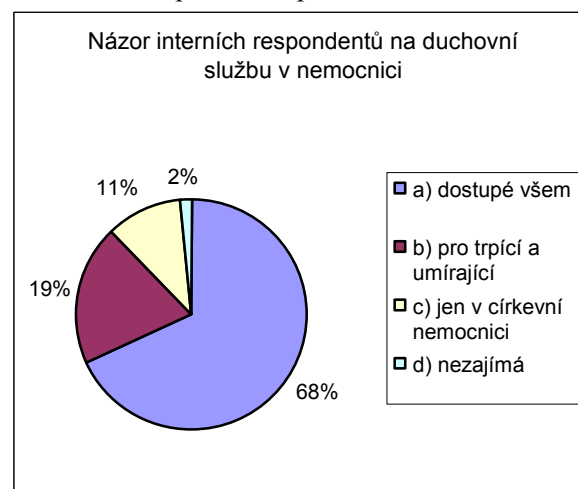
Nejvíce byla v odpovědích respondentů na výše uvedenou otázku zastoupena možnost a) – tj. že poskytování duchovních služeb v nemocnici je velmi pozitivní součástí péče, která by měla být dostupná pacientům ve všech nemocnicích. Tak odpovídalo na chirurgii 44 % pacientů, na interně 68 % pacientů, z celkového počtu 100 dotazovaných takto odpovídalo 58 % pacientů (viz. graf č. 53, str. 96). Na oddělení chirurgie bylo cca 33 % respondentů toho názoru, že duchovní péče má svůj význam pro trpící a umírající a cca 12 % respondentů bylo toho názoru, že by duchovní péče měla být poskytována pouze v církevních nemocnicích. Cca 12 % respondentů na chirurgii otázka poskytování duchovních služeb v nemocnici nezajímala (viz. graf č. 51, str. 96). Na oddělení interny bylo 19 % respondentů toho názoru, že duchovní péče má svůj význam pro trpící a umírající a cca 11 % respondentů bylo toho názoru, že by duchovní péče měla být poskytována pouze v církevních nemocnicích.

Otázka poskytování duchovní péče v nemocnici nezajímala na interně pouze jednoho respondenta (viz. graf č. 52).

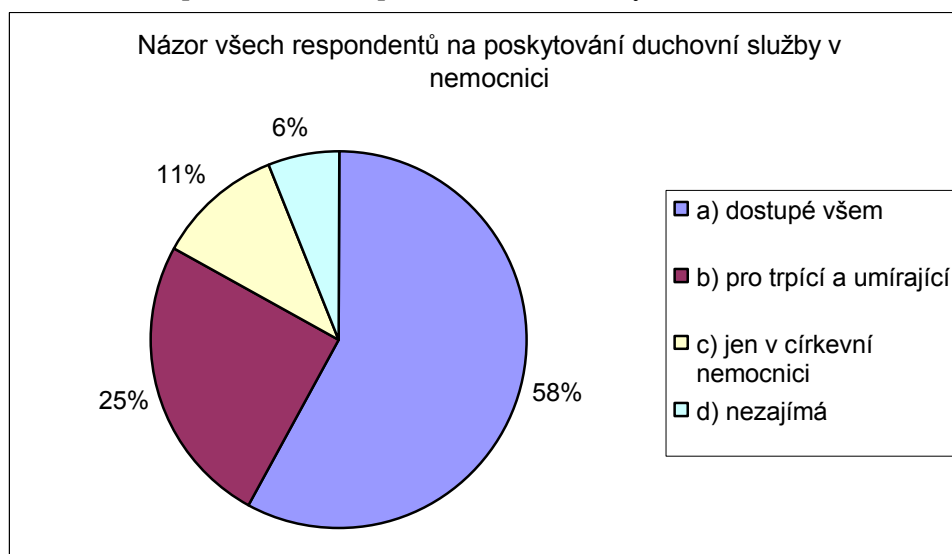
Graf č. 51: Odpovědi respondentů na chirurgii



Graf č. 52: odpovědi respondentů na interně



Graf č. 53: Odpovědi všech respondentů dohromady



I když na oddělení chirurgie bylo procentuálně menší zastoupení věřících respondentů oproti oddělení interny (srov. graf č. 20 a 21, str. 50), domnívali se téměř stejnou mírou jako interní respondenti, že duchovní péče by měla být poskytována pouze v církevních nemocnicích (pouze ve 12 % na chirurgii a v 11 % na interně). Nadpočetná většina všech dotazovaných respondentů je toho názoru, že poskytování duchovní služby by mělo být dostupné ve všech nemocnicích jako součást poskytované péče.

3.1.2.6. Souhrn k cíli č. 3 - identifikace faktorů, které u zkoumané skupiny posilují nebo naopak ohrožují uspokojování duchovních potřeb

Cíli č. 3 se týkal faktorů, které modifikují uspokojování duchovních potřeb. Položka č. 1 k cíli č. 3 zjišťovala vliv nabídky duchovních služeb na jejich využití a kdo nejčastěji pacientům duchovní službu nabízel. Na oddělení chirurgie byly podle otázky č. 12 duchovní služby nabídnuty osobami a) – d) v 58 % případů, pacienti využili duchovní služby ve 28 % případů. Na oddělení interny byly podle otázky č. 12 duchovní služby nabídnuty osobami a) – d) v 72 % případů, pacienti na interně využili duchovní služby v 61 % případů (viz. tab. č. 49, str. 89). Při porovnání s výsledky uvedenými v grafech č. 22 na str. 64, a v grafech 28 a 29 na str. 71 jsme došli k závěru, že nabídka duchovní služby či jejího zprostředkování má na její využití pozitivní vliv, který je však daleko menší, než vliv příslušnosti k církvi či subjektivního vnímání zdravotního stavu respondentů.

V položce č. 2 jsme se zajímali o to, zda pacientům nevádí, že se během hospitalizace setkávají se zdravotníky oděnými v řeholních hábitech a zda jim nevádí přítomnost religiózních prvků na pokojích a veřejných prostorách nemocnice. Zjistili jsme, že ze 100 respondentů nebyl nikdo, komu by výše uvedené prvky v nemocnici vadily. 53 % respondentů - tj. nadpočetná většina dotazovaných dokonce uvedla, že na ně přítomnost náboženských symbolů a zdravotníků v řeholních hábitech působí pozitivně. 44 procentům z dotazovaných religiózní prvky v nemocnici nevadily a pouhá 3 % respondentů výše popsané religiózní symboly spíše nevnímala (srov. tab. č. 50, graf č. 46, str. 91).

V položce č. 3 jsme zjišťovali, zdali mají respondenti nějakou představu o tom, jaká by měla být služba duchovního v nemocnici a pokud ano, komu by měla tato služba podle jejich názorů být určena. V našem zjištění pouze 19 % respondentů nemělo žádnou představu o službě poskytované duchovním v nemocnici. 47 % respondentů bylo toho názoru, že návštěva duchovního by měla být určena těm, kdo o ni požádá. 21 % respondentů uvedlo, že duchovní by měl navštívit každého hospitalizovaného pacienta a 13 % respondentů uvedlo, že duchovní by měl navštěvovat pouze věřící. Devět ze 100 dotazovaných ještě kromě odpovědí a) – c) uvedlo, že ve službách poskytovaných duchovním by mělo být zahrnuto též duchovní vedení zdravotníků, a ve 3 tři respondenti uvedli též pomoc rodině pacienta (viz. tab. č. 51, str. 92 a grafy č. 47 – 49 na str. 93).

Dále jsme chtěli zjistit, koho by si respondenti zvolili pro pomoc v duchovní oblasti. Respondenti na interně by se nejvíce obraceli na duchovního (23 respondentů), hned potom na řádovou sestru (19 respondentů) a v 16 případech by se respondenti obrátili na zdravotní sestru. Na chirurgii by se nejvíce respondentů obrátilo na řádovou sestru (21 respondentů), hned potom na duchovního (11 respondentů) a v 8 případech na zdravotní sestru (viz. graf

č. 50, str. 95). V celkovém shrnutí získaných údajů by se respondenti s duchovními problémy nejčastěji svěřili řádové sestře (ve 40 případech, tj. ve 40 %) – srov. tab. č. 52, str. 94.

V poslední položce k cíli č. 3 jsme se zabývali názory respondentů na poskytování duchovní péče v nemocnici. Dozvěděli jsme se, že plných 58 % respondentů vidí poskytování duchovních služeb jako velmi pozitivní součást péče a domnívá se, že by tato péče měla být dostupná pacientům ve všech nemocnicích. Celkem 11 % respondentů shledalo duchovní služby jako součást péče, která by měla být poskytována pouze v církevních nemocnicích (viz. grafy č. 51 – 53, str. 96).

3.1.3. Zobecnění a vyvození závěrů k cílům 1 - 3 výzkumu

Prvním cílem výzkumné části práce bylo identifikovat výskyt duchovních potřeb u klientů hospitalizovaných na standartních lůžkových odděleních interny a chirurgie. Většina dotazovaných pacientů byla hospitalizována pro onemocnění dlouhodobého charakteru a v nemocnici byla hospitalizována opakovaně. 14 % respondentů s onemocněním dlouhodobého charakteru vnímalo svou nemoc jako neštěstí. Na interním oddělení nejvíce respondentů hodnotilo svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý, na chirurgii největší procento zaujímali pacienti, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako dobrý. Nejpočetnější věkovou skupinou na interně byli pacienti ve věku 60 – 79 let (převážně muži) a ve věku 80 let a více (převážně ženy). Na chirurgii byla nejpočetnější věková skupina respondentů ve věku 60 – 70 let (převážně muži) a do 39 let (převážně ženy). Na obou odděleních se pacienti nejvíce obávali ztráty soběstačnosti, přičemž na druhém místě co do míry obav na chirurgii uváděli pacienti nejčastěji smrt, na třetím místě bolest. Na interně uváděli pacienti na druhém místě co do míry obav nejčastěji samotou, na třetím místě lhostejnost nejbližších. 17 % respondentů přemýšlelo o své budoucnosti a o uzdravení, 22 % respondentů myslelo na rodinu a 12 % respondentů myslelo na návrat domů. V odpovědích respondentů se pak jednotlivě objevují myšlenky o Boha, smyslu života, vztazích, o dobru a zlu, o věčnosti. Na interně využilo duchovní služby 35 respondentů (cca 61 %), z toho 13 bylo věřících, zde také cca 25 % pacientů uvádělo vysokou hodnotu podpory poskytované duchovním. Na chirurgii využilo duchovní služby 12 respondentů (cca 28 %), z nich 4 byli věřící. Ve skupině 7 respondentů, kteří uvedli, že věří po svém a využili více než jednu duchovní službu, bylo 5 lidí ve věku 60 – 79 let a dva respondenti ve věku do 60 let. Nadpočetná většina pacientů, kteří uvedli, že věří po svém a využili alespoň 1 duchovní službu byla ve věku od 60 – 70 let a charakter jejich onemocnění byl dlouhodobý. Z celkového počtu 43 respondentů, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako málo uspokojivý nebo velmi neuspokojivý, využilo 56 % alespoň jednu duchovní službu. Z těchto výsledků jsme došli k závěru, že věk, charakter

onemocnění a jeho subjektivní hodnocení má významný vliv na výskyt duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů. Vliv sociální situace na výskyt duchovních služeb se podle našeho výzkumu neprokázal.

V dotaze ohledně vnímání pojmu „duchovní potřeba“ byly rozdíly mezi respondenty, kteří uvedli, že věří po svém a mezi věřícími respondenty. Slovo láska uváděli nejčastěji věřící respondenti jako slovo nejbližší termínu „duchovní potřeba“. Respondenti, kteří uvedli, že věří po svém uváděli nejčastěji naději.

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit subjektivně pocíťovanou míru saturace těchto potřeb u hospitalizovaných klientů. Ptali jsme se otázkou, zda si s respondenty někdo během jejich současného pobytu v nemocnici povídal o otázkách víry, hodnot, přesvědčení a jejich postoji vůči nemoci a léčbě. Zjistili jsme, že v 57 % si s respondenty na výše uvedené téma někdo povídal a ve 49 % to byly osoby zdravotníků a duchovních. Ze 45 respondentů, kteří uvedli, že jejich duchovní potřeby jsou uspokojeny v plné míře, si s 15 z nich (cca 33 %) na toto téma promluvil duchovní. Z 20 respondentů, kteří uvedli, že ke spokojenosti v jejich duchovní oblasti ještě něco chybí, si v 8 případech povídal duchovní a v sedmi případech řádová sestra. Nejméně si ze zdravotníků u těchto osob povídal lékař. Naopak u 10 osob, které uvedly, že jejich duchovní potřeby jsou uspokojeny asi z poloviny, byl duchovní v rozhovoru zastoupen pouze dvakrát. Osobou, která si s respondenty v nemocnici povíдалa na výše uvedené téma nejčastěji, byla osoba duchovního (v cca 28 %) a na druhém místě osoba lékaře (v cca 22 %) ⁸⁵.

Na otázku, zda představuje pobyt v nemocnici pro pacienty nějaké omezení v náboženských praktikách odpovědělo 96 % respondentů, že nikoliv. Zbylá čtyři procenta respondentů, kterým pobyt v nemocnici činil omezení v náboženských praktikách, byli vesměs věřící organizovaní v církvi.

Třetím cílem bylo identifikovat faktory, které u respondentů posilují nebo naopak ohrožují uspokojování duchovních potřeb. Zjistili jsme, že nejčastěji (ve 46 %) během pobytu v nemocnici nabízel respondentům zprostředkování duchovní služby nemocniční duchovní, a to na interně u cca 51 % respondentů, na chirurgii u cca 40 % respondentů. Celkem na interně bylo nabídnuto (osobami zdravotníků a duchovních) využití duchovní služby v cca 72 % a 61 % respondentů duchovních služeb využilo. Na chirurgii bylo nabídnuto využití duchovní služby osobami zdravotníků a duchovních v 58 % a duchovní službu zde využilo jen 28 %

⁸⁵ Na odděleních interny pracují dvě řádové lékařky. Na odděleních chirurgie pracují jen civilní lékaři, přesto si tam nejvíce s respondenty na výše uvedené téma povídal lékař (viz. tab. č.45, str. 81).

respondentů. Při výzkumu využití duchovních služeb musíme však zohlednit věkovou skladbu respondentů, kteří duchovní službu využili a povahu jejich onemocnění. Můžeme ale s jistotou říci, že nabídka duchovních služeb během hospitalizace zvyšuje možnost jejich využití a tím pozitivně ovlivňuje uspokojování duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů.

V otázce, jak na respondenty působí přítomnost religiózních symbolů v prostorách nemocnice a pohyb některých zdravotníků v řeholních hábitech, respondenti ve většině případů odpověděli, že pozitivně a ani jeden respondent neuvedl, že by mu to vadilo.

Největší procento dotazovaných (47 %) by si pod službou duchovního v nemocnici představilo jeho návštěvu na požádání, 13 % respondentů by službu duchovního zaměřilo pouze na věřící pacienty, v 9 % respondenti uvedli, že by služba duchovního v nemocnici mohla spočívat též v duchovním vedení zdravotníků. Nejvíce respondentů uvedlo, že pomoc v duchovní sféře by hledali u řádové sestry a největší procento respondentů hodnotilo duchovní péči jako pozitivní součást poskytované péče, která by měla být dostupná ve všech nemocnicích, nejen v církevních.

3.1.4. Diskuse

V kapitole diskuse budeme srovnávat výsledky získané zpracováním dotazníku v našem výzkumu s výsledky, k nimž došla ve své práci Foglová.⁸⁶, která srovnává duchovní potřeby 25 respondentů z církevní nemocnice s 25 respondenty z nemocnice necírkevní. V dotaze na předmět víry ve výzkumu Foglové uvedlo v církevní nemocnici 46 % respondentů, že věří v Boha, v necírkevní nemocnici takto uvedlo pouhých 16 % respondentů. V našem výzkumu uvedlo 31 % respondentů, že věří v Boha, z toho 19 % respondentů byli věřící organizovaní v církvi. Důvodem vyššího procentuálního zastoupení věřících v církevní nemocnici může být fakt, že si tyto lidé v církevní nemocnici vybírají přednostně z důvodu možnosti využití duchovních služeb v tomto zdravotnickém zařízení a tím i možnosti saturace svých duchovních potřeb. Ve výzkumu Foglové by respondenti z církevní nemocnice nejčastěji požádali o pomoc v duchovní sféře nemocničního duchovního, v necírkevní nemocnici by respondenti čekali pomoc od duchovního pouze ve 4 %. Na zdravotní sestru by se v necírkevní nemocnici obrátilo 56 % respondentů, což potvrzuje tvrzení Škrlové⁸⁷, která uvádí, že více jak 75 % pacientů se svěřuje se svými otázkami a problémy v duchovní oblasti těm osobám ze zdravotnického personálu, se kterými mají důvěrný vztah (což jsou většinou

⁸⁶ Srov. Foglová, M. *Saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, r. 2003.

⁸⁷ Srov. Škrlová, M., *Role sestry v duchovní dimenzi pacienta*, 2002, str. 3

sestry, které o pacienty pečují). Náš výzkum vcelku potvrdil, že v církevní nemocnici by respondenti ve většině případů zvolili pro pomoc v duchovní oblasti osobu duchovního nebo řeholní sestry. Přispívá k tomu fakt, že tito lidé jsou v nemocnici neustále přítomni. Zdravotní sestru by podle našeho výzkumu v církevní nemocnici o pomoc v duchovní oblasti požádalo 24 % respondentů. Otázkou zůstává, zda je tento údaj podmíněn přítomností duchovních a řeholních sester u lůžka pacientů v církevní nemocnici, nebo zda nedochází k záměrnému přesouvání kompetencí týkajících se péče o spirituální potřeby pacientů zdravotními sestrami na tyto řeholní pracovníky. Podle výsledků výzkumu Foglové by většina z jí oslovených respondentů spatřovala ve službě poskytované duchovním návštěvu na požádání (ve 26 %) ⁸⁸, což se potvrdilo i v našem výzkumu (ve 47 %). Ostatní výsledky výzkumu Foglové se pro rozdílné zaměření otázek dají jen velmi obtížně porovnat.

3.2. Prezentace kazuistik

Kazuistika č. 1

Žena 83 let, svobodná, bezdětná, má středoškolské vzdělání. Byla hospitalizována pro zhoršení renálních funkcí, dehydrataci a minerálovou dysbalanci při chronické renální insuficienci na standartní lůžkové interní oddělení Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Tato žena je bývalou řadovou – zdravotní sestrou, pracovala ve zdravotnictví do 65 let, nejprve jako zdravotní sestra na pooperační kardiologii u prof. Procházky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, odkud byla v r. 45 spolu s ostatními řeholními sestrami převelena do jižních Čech, kde pracovala v domově důchodců. Pacientka je polymorbidní (chron. srdeční selhání, stenóza RIA, ICMS) v 90. letech byla operována pro meningiom na front. laloku vlevo. Objektivně pacientka zvládne s pomocí hygienickou péči, oblékání a stravování. Pro celkovou slabost nezvládne chůzi. Svou nemoc vnímá jako Boží vůli, největší podporu ve snášení současné nemoci jí poskytují sestry z kláštera a duchovní. Nejvíce by jí mohl v duchovní sféře pomoci duchovní, její představa o službě duchovního spočívá v návštěvě na požádání a v duchovním vedení zdravotníků. Tato pacientka uvedla, že její potřeby jsou uspokojeny, ale k plné spokojenosti jí něco chybí.

1. Co Vás přivedlo do nemocnice? Jaké máte obtíže nyní?

„Zhoršovalo se mi dýchání, cítila jsem se celkově slabá. Mívám vodu na plicích a špatně mi fungují ledviny. Sestry, které se o mně starají, mi zavolali lékaře a ten mě doporučil k hospitalizaci.“

2. Jak si myslíte, že se bude nemoc vyvíjet? Máte nějakou časovou představu?

„Jsem tu čtvrtý den. Doufám, že tu nebudu dlouho a brzy se vrátím ke svým sestram.“

⁸⁸

3. Z čeho máte největší strach, čeho se při obtížích nejvíce bojíte?

„Největší strach bych měla ze sedmi hříchů. Jinak nemám strach. Vše, co mě čeká, je Boží vůle.“

4. Máte někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity, které zde prožíváte?

„Navštěvují mě spolusestry z kláštera a jsou tu duchovní, se kterými se můžu společně pomodlit.“

5. Co je náplní Vašeho života?

„Od mládí jsem měla náklonnost k ošetřování. Jako malá jsem už v jedenácti letech psala, že bych chtěla do kláštera, cítila jsem to jako povolání od Boha. Rodiče zpočátku byli proti tomu, hlavně otec to nesl těžce a nikdy se s tím nesmířil, ale když člověk něco dělá z lásky a pro Pána Boha, považuje to za jedinou možnou cestu. Celý život jsem se starala o nemocné a tato služba mě velmi obohatila. Pacienti o mně říkali, že jsem sestra, která na nic nezapomene a co slíbí, to splní. O všechny nemocné jsem se starala s láskou, ale nikdy jsem nikoho nenutila k víře, často nebyl ani čas se ptát, jaké má nemocný vyznání.“

6. Co má v životě pro Vás velkou hodnotu? „Víra v Boha a láska mezi lidmi.“

7. Co je pro Vás nyní zdrojem síly a naděje? „Víra v Boha a Boží vůle.“

8. Věříte v Boha?

„Ano.“

Kazuistika č. 2

Žena 58 let, původem z Ruska, je pravoslavná katolička. V České republice žije již 18 let, je vdaná, má jednoho syna. V nemocnici je hospitalizovaná pro gastroduodenální vředovou chorobu na standartním interním oddělení se zaměřením na gastroenterologii. Tato žena má středoškolské vzdělání humanitního směru, bydlí s partnerem a pro své onemocnění je hospitalizována opakovaně. Svůj zdravotní stav hodnotí jako málo uspokojivý. Nyní přemýšlí o uzdravení, největší podporu jí ve snášení současné nemoci poskytují lékaři, na druhém místě sestry a přátelé, minimální podporu jí poskytuje manžel, se kterým žije. Nejvíce se bojí ztráty soběstačnosti. V její duchovní oblasti by jí zde v nemocnici nemohla pomoci žádná z osob uvedených v dotazníku. Nejvíce by jí v duchovní oblasti pomohla modlitba v kostele a svaté přijímání, ale nechce povolat duchovního své fary. Podle jejího sdělení jsou její duchovní potřeby uspokojeny asi z poloviny.

1. Co Vás přivedlo do nemocnice? Jaké máte obtíže nyní?

„Málo jím a hubnu, bolí mě žaludek a mám málo krvinek. Také mám vysoký tlak, špatné žíly a jsem diabetička. V nemocnici jsem poslední dobou více než doma.“

2. Jak si myslíte, že se bude nemoc vyvíjet? Máte nějakou časovou představu?

„Myslím si, že se toho už nikdy nezbavím. Může to být jen stejné, moc si od toho neslibuji, že to bude lepší, ale doufám, že se brzy vrátím domů.“

3. Z čeho máte největší strach, čeho se při obtížích nejvíce bojíte?

„Že zůstane všechno jen na mém muži a já nebudu schopná nic obstarat. Muž není zvyklý doma něco dělat, pomáhá mu syn, ale ten má také svoji rodinu a má náročnou práci.“

4. Máte někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity, které zde prožíváte?

„S něčím se můžu svěřit muži, ale většinou si své starosti řeším sama v sobě. Život mě tak naučil, byla jsem dlouho odloučená od své rodiny a teď jsou mí rodiče již po smrti.“

5. Co je náplní Vašeho života? „Rodina a práce.“

6. Co má v životě pro Vás velkou hodnotu? „Zdraví, láska.“

7. Co je pro Vás nyní zdrojem síly a naděje? „Pozitivní zprávy od lékařů, vnoučata.“

8. Věříte v Boha? „Ano.“

Kazuistika č. 3:

Žena 85 let, hospitalizovaná na interním JIP pro plicní edém s progresí chronického srdečního selhání. Žena hospitalizována pro stejnou diagnózu na JIP opakovaně, vždy přivezena RZP pro akutní respirační insuficienci. Pacientka je polymorbidní, s významnou kardiologickou anamnézou (EF LK 15 %, kardiostimulátor, ICHS, choroba 3 tepen, plicní hypertenze). Pacientka je bývalá scénografka, žije sama, má adoptovanou dceru, se kterou nemá moc dobrý vztah. Nejvíce se obává ztráty soběstačnosti a lhostejnosti nejbližších. Podporu ve snášení současné nemoci jí nejvíce poskytují lékaři. Z duchovních služeb nemocnice nic nevyužila, ale měla by zájem o návštěvu nemocniční kaple. Nyní nejvíce přemýšlí o životě, který prožila, o koloběhu života a o pojmu „čas“. Tato pacientka věří po svém a udává, že její duchovní potřeby jsou plně uspokojeny. Pod službou kněze si představuje návštěvu těch, kdo o ní požádají.

1. Co Vás přivedlo do nemocnice? Jaké máte obtíže nyní?

„Stalo se mi to venku, když jsem ráno venčila psa. Může se mi to stát prakticky kdykoliv. Měla jsem náhlou dušnost a pozbyla jsem vědomí. Už dva dny před tím jsem nebyla ve své kůži, ale přičítala jsem to chřipkám, které teď začínají. Pořádila jsem si takového malého pejska kvůli svému srdci, protože kdybych měla velkého psa a něco se mu stalo, nemohla bych ho se svým srdcem unést. Dělá mi potíže už jenom to venčení, bydlím ve druhém patře bez výtahu. Vždycky jsem měla psa, nemohla bych bydlet sama.“

2. Jak si myslíte, že se bude nemoc vyvíjet? Máte nějakou časovou představu?

„Časová představa je něco, na co jsem se odnaučila myslet. Můj další život závisí na rychlosti příjezdu sanitky. Může se stát, že jednou přijedou pozdě, ale já jsem měla dost času se na to

připravit. Víte, mám na okně do kuchyně takové krmítko pro sýkorky a teď v zimě jim sypu a pozoruji, jaká je to krása, když přilétnou. Mají hezky zbarvené peří. V tu chvíli mi přijde líto, když si představím, že jim můžu sypat naposledy a pak mě napadne, kdybych se tak ještě dožila toho jara a léta a že na světě je moc krásných věcí, které ještě stojí za to vidět.“

3. Z čeho máte největší strach, čeho se při obtížích nejvíce bojíte?

„Že se budu dlouho dusit a bude to bolet k nevydržení.“

4. Máte někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity, které zde prožíváte?

„Teď se svěřuji Vám. Někdy o tom promluvíme s mým doktorem. S mou dcerou se o těchto věcech mluvit nedá. Jsem ráda, že spolu vůbec nějakým způsobem komunikujeme. Mám ještě pár dobrých přátel, i když většina z nich je už dávno po smrti.“

5. Co je náplní Vašeho života? „Asi žít, vnímat krásno, umění a něco tvořit.“

6. Co má v životě pro Vás velkou hodnotu? „Jednoznačně lidská jedinečnost.“

7. Co je pro Vás nyní zdrojem síly a naděje? „Výtvarné umění, poučení se z dějin.“

8. Věříte v Boha? „Ne. Věřím v to, že existuje jakýsi vyšší řád, princip, na kterém je vše postaveno, ale nepojmenovala bych to Bohem a nemám důvěru v žádnou církev, stačí se podívat do historie. Přestože neodříkávám modlitby a nekropím se svćenou vodou, ráda občas zajdu do kostela nasát tu atmosféru a uvědomit si, že jsme jen kapkou v moři času a že existuje spousta věcí, které nás daleko přesahují.“

Kazuistika č. 4:

Muž, 23 let, přivezen na JIP pro akutní intoxikaci amfetaminy a následné tonutí při suicidiálním pokusu. Jednalo se o suicidiální impuls, jehož motivem byly zraněné city a touha zranit milovanou osobu. Při přijetí byl muž podchlazený, ale při vědomí a spontánně ventilující, při tonutí susp. aspirace říční vody. Jeho stav byl po třech dnech hospitalizace na JIP stabilizován natolik, že bylo možné jej přeložit na standartní oddělení. Při příjmu na JIP byl přítomen i duchovní, který za pacientem poté docházel denně za účelem tzv. krizové intervence. Zmíněný muž byl profesionálním tanečníkem latinsko-amerických tanců, přivydělával si jako číšník. Podnětem k suicidiu bylo ukončení vztahu s mužem, kterého miloval a s nímž se nechtěl rozejít. Rozhovor s pacientem byl proveden třetí den hospitalizace. I přes odstup tří dnů od sebevražedného pokusu byl tento rozhovor pro pacienta po psychické stránce značně náročný.

1. Co Vás přivedlo do nemocnice? Jaké máte obtíže nyní?

„Chtěl jsem spáchat sebevraždu. Nevím, co mě to napadlo. Strašně se stydím za to, co jsem udělal. Chtěl bych to všechno vrátit zpátky. Je mi strašně při představě, že bych teď byl mrtvý.“

2. Proč jste to chtěl udělat? Myslel jste to vážně?

Byl to náhlý impuls. Asi to bylo i tou drogou, kterou jsem si vzal a taky jsem dva dny vůbec nespál. Měl jsem velkou krizi, myslel jsem na to, že to skončím a zřejmě jsem to chtěl opravdu udělat. Je to všechno kvůli mně....“

3. Z čeho máte největší strach? „Jak teď budu moci být před lidmi, které znám. Jak se na mě budou dívat? Všichni to vědí, v práci byla kriminálka, mámě, která bydlí na Moravě, už to volali taky a ta se trápí. Nikdy ze mě nebyla příliš šťastná ale vždycky se za mě postavila. Bojím se, že se bude moc zlobit a úplně mě opustí. Naši jsou rozvedení, s tátou jsem nikdy neměl dobré vztahy a potom co se dozvěděl, že jsem gay, mě nechtěl vůbec vidět. Tady v Praze bydlím už 4 roky, máme byt s několika lidmi.“

4. Máte někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity, které zde prožíváte?

„Mámě jsem mohl vždycky říct všechno, ale teď jsem tady a nejde to. Mám jednu výbornou přítelkyni z práce, už mi sem taky volala a ptala se, jak mi je, nabídla mi pomoc...“

5. Co je náplní Vašeho života?

„Dříve to bylo tancování, měl jsem velké plány. Chtěl bych něco dokázat, ale je to těžší, než jak se zdálo. Budu se muset dát nějak dohromady.“

6. Co má v životě pro Vás velkou hodnotu? „Vztahy s lidmi.“

7. Co je pro Vás nyní zdrojem síly a naděje? „Momentálně nic.“

8. Věříte v Boha? „Nejsem věřící, ale mám svého boha, ve kterého věřím.“

Kazuistika č. 5

Muž, 80 let, má vysokoškolské vzdělání, bydlí doma sám, není rozvedený, ale s manželkou, která je cizinka, nebydlí kvůli špatným vztahům. Pečuje o něj ošetřovatelka. Nyní je hospitalizován pro krvácení do zažívacího traktu, pro celkovou slabost, anémii, dehydrataci. Nejvíce se obává ztráty soběstačnosti a samoty, svůj zdravotní stav hodnotí jako dobrý. Největší podporu ve snášení současné nemoci mu poskytují přátelé a duchovní, který za pacientem dochází denně na krátké rozhovory. Z duchovních služeb nemocnice využil rozhovoru s duchovním, zprostředkování svátostí a poslechu bohoslužby. Udává, že jeho duchovní potřeby jsou uspokojeny v plné míře a o pomoc v duchovní oblasti by požádal duchovního. Jako slovo nejbližší termínu „duchovní potřeba“ uvedl lásku, službu duchovního v nemocnici by spatřoval v návštěvě každého pacienta a v duchovním vedení zdravotníků.

1. Co Vás přivedlo do nemocnice? Jaké máte obtíže nyní?

„Byl jsem slabý, nic jsem nepil a odmítal jsem jíst. Nebylo mi moc dobře a špatně se mi dýchalo.“

2. Jak si myslíte, že se bude nemoc vyvíjet? Máte nějakou časovou představu?

„Snad to nebude tak dlouhé. Mám před sebou ještě spoustu nesplněných úkolů. Typuji to na dva týdny.“

3. Z čeho máte největší strach, čeho se při obtížích nejvíce bojíte?

„Že mi tělo vypoví službu a hlava zůstane v pořádku.“

4. Máte někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity, které zde prožíváte?

„Mám dobré přátele, jsou to kvalitní lidé. Se svými pocity tady se mohu svěřit duchovnímu.“

5. Co je náplní Vašeho života?

„Po smrti mého syna jsem se celý život věnoval dárcovství krve. To byla náplň mého života.“

6. Co má v životě pro Vás velkou hodnotu? „Láska, přátelství a vzdělání – to Vám nikdo nemůže vzít. Samozřejmě také zdraví.“

7. Co je pro Vás nyní zdrojem síly a naděje? „Že existují mladí, krásní a chytrí lidé.“

8. Věříte v Boha? „Ano.“

Kazuistika č. 6

Žena, 45 let, přeložena na JIP z lůžkového rehabilitačního oddělení, kde byla hospitalizována pro parézu až plegii dolních končetin po Borelióze, která byla zjištěna v červnu 2006. Od července 2006 je pacientka střídavě doma a v nemocnici, její zdravotní stav se neustále zhoršuje. Pacientka má dvě dospívající děti, je vdaná a doposud pracovala jako účetní a každou sezónu s manželem provozovali kemp. Pacientka byla přeložena na JIP pro febrilii, dehydrataci, průjemy, tachykardii a nevolnost k úpravě vnitřního prostředí, zavedení parenterální výživy a realimentaci. Pacientka byla velmi trpělivá, vše snášela dobře, po několika dnech hospitalizace na JIP však začala být plačtivá, úzkostná a zlobila se na sebe a na své nohy. Sdělovala, že se necítí po psychické stránce dobře, že potřebuje něco na uklidnění. O noční směně jsme spolu měli několikahodinový rozhovor o jejím životě. Pacientka mluvila dlouho o své rodině, o svých zálibách a práci, potom o svých obavách a o tom, jak to všechno prožívá ona, její muž a děti. Během tohoto rozhovoru několikrát plakala, ale byla moc ráda, že se mohla někomu svěřit.

1. Co Vás přivedlo do nemocnice? Jaké máte obtíže nyní?

„K lékaři jsem šla poprvé kvůli slabosti dolních končetin a prudké bolesti, která mi probíhala páteří až do nohou. Neměla jsem v tu dobu ani před tím na sobě žádný štípanec, proto mě překvapila diagnóza, kterou lékař stanovil. Byla jsem tehdy před rokem přijata do nemocnice, kde mě vyšetřovali, odebírali mi mozkomíšní mok, podávali mi antibiotika a další léky, cítila jsem se celkem dobře. Po několika týdnech mě propustili. Vrátila jsem se domů, do práce a všechno se zdálo být zase normální. Za necelý měsíc mě začala pobolívat hlava. V den, kdy mě manžel se synem nakládali do auta a odváželi do nemocnice, jsem si chtěla ráno dojít

nakoupit. Došla jsem z koupelny k šatní skříni, kde jsem padla na zem jako podřátá a už jsem nevstala. Musela jsem se doplazit do kuchyně k telefonu a zavolat manželovi do práce, že nemůžu hýbat nohama a že mně bude muset odvézt do nemocnice. To byl poslední den, kdy jsem byla doma.“

2. Jak si myslíte, že se bude nemoc vyvíjet? Máte nějakou časovou představu?

„Mám ty nejčernější představy a tuším, že mě nečeká už mnoho změn k lepšímu. Lékaři mi řekli, že mám tu míchu úplně pryč, myslím si ale, že to není všechno, co mi říkají, protože jsem byla několikrát na tomografii a nějaký nález mám nejspíš i v mozku. Pomalu se začínám smířovat s tím, že už nikdy nebudu chodit. Nejhorší je, že mi začíná slábnout i levá ruka. Nic v ní neudržím a horší se mi v ní cit. A teď do toho ty průjmy a horečky. Je to čím dál tím horší, sestřičko, vůbec nevím, co bude dál.“

3. Z čeho máte největší strach, čeho se při obtížích nejvíce bojíte?

„Bojím se, že se můj stav trvale zhorší a bojím se, že se nebudu moci o sebe vůbec postarat. Děsí mě představa, že bych měla až do smrti zůstat v nemocnici upoutaná na lůžku. Mám dvě dospívající děti a nemůžu být doma. Manžel všechno zvládá dobře, nejvíc mu pomáhá babička. Ta se stará o domácnost spolu s dcerou. Manžel teď běhá po úřadech a vyřizuje mi invalidní důchod. Je to velmi nepříjemný pocit, když víte, že už se nikdy nevrátíte do práce.“

4. Máte někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity, které zde prožíváte?

„Velkou oporou je mi rodina a můj muž. Ale před ním nechci dávat tolik najevo, jak to se mnou ve skutečnosti je. Nechci mu přidělovat starosti.“

5. Co je náplní Vašeho života?

„Rodina, děti. Každé léto jsme s mužem provozovali takový malý kemp, bylo to náročné, ale mě to bavilo. Jezdila jsem tam z práce na kole se psem, pak jsme se k večeru chodili koupat. Na to všechno teď můžu zapomenout, budu ráda, když se zvládnou postarat sama o sebe.“

6. Co má v životě pro Vás velkou hodnotu? „Zdraví a rodina.“

7. Co je pro Vás nyní zdrojem síly a naděje? „ Moje děti. Naději na uzdravení nechci ztratit, moc bych si to přála, víc než cokoli jiného, abych mohla být zase doma a normálně fungovat. Ale kde mám tu naději pořád brát? Vždy, když se zdá, že by se to mohlo zlepšit, přijde něco nového, co mě znovu vrátí zpátky na začátek.“

8. Věříte v Boha? „To je složitá otázka. Jestli Bůh je, tak proč mě takhle zkouší?“

Kazuistika č. 7

Muž, 19 let, svobodný, student, diabetik I. typu na inzulínu, oba rodiče vysokoškolsky vzdělaní, babička je dětská lékařka. Pacient byl přijat do nemocnice na standardní interní lůžkové oddělení pro hyperglykemii 29,5 mmol/l, polyurii, polydipsii, minerálový rozvrat.

Situaci odůvodnil tím, že v pátek mu došel inzulín a v sobotu mu nikdo inzulín nepředepsal, tak si inzulín do pondělí nepíchal. Pacient byl komunikativní, plně orientovaný, s hospitalizací se jevil vcelku spokojený z jeho vystupování před zdravotníky i před jeho rodinou bylo zřejmé, že této situace plně využívá. Nejvíce by se bál tento muž smrti a lhostejnosti nejbližších, svůj zdravotní stav zhodnotil jako vcelku dobrý. Svou nemoc vnímá jako určitou výzvu přehodnotit svůj život, největší podporu ve snášení současné nemoci mu poskytuje rodina. Pacient nevyužil a nechce využít žádné z duchovních služeb, duchovní službu tomuto pacientovi nikdo nenabídl. Službu duchovního v nemocnici by si představoval jako návštěvu na požádání, v duchovní oblasti by mu nepomohl nikdo z lidí pracujících v nemocnici ani nikdo z rodiny. Termín „duchovní potřeba“ by připodobnil ke slovu víra.

1. Co Vás přivedlo do nemocnice? Jaké máte obtíže nyní?

„Mám diabetes a trochu jsem to podcenil. Měl jsem takovou delší pauzu v dávkování inzulinu, prostě mi došel a nikdo mi ho o víkendu nepředepsal.“

2. Jak si myslíte, že to ovlivní váš zdravotní stav, když budete přistupovat ke své léčbě tímto způsobem? „Já to všechno vím, nemusíte mi nic říkat. Udělal jsem hloupost. Budu se snažit léčbu dodržovat.“

3. Děláte si selfmonitoring? Znáte svou nemoc? „Ano, ale někdy se mi do toho moc nechce. Mám problém se přinutit.“

4. Víte jaké jsou komplikace špatně kompenzované cukrovky? „Ano, vím co je diabetes.“

5. Z čeho máte největší strach, čeho se při obtížích nejvíce bojíte?

„Obtíží se zatím nebojím. Teď jsem udělal chybu, ale to byla více méně shoda okolností.“

6. Máte někoho blízkého, komu se můžete svěřit se svými pocity, které zde prožíváte?

„No, když je mi nejhůř, začne se o mně rodina více zajímat. Jinak se nikomu nesvěřuji.“

7. Co je náplní Vašeho života? „Teprve ji hledám.“

8. Co má v životě pro Vás velkou hodnotu? „Zdraví, pravda.“

9. Věříte v Boha? „Ne, ale považuji za důležité v něco věřit. Já věřím v osud.“

3.2.1. Zhodnocení kazuistik

Kazuistiky byly předloženy pro dokreslení obrazu o tom, jaké podoby mohou mít duchovní sféry pacientů a co pacienti hospitalizovaní v nemocnici prožívají. Výsledkem našich sedmi kazuistik je fakt, že duchovní sféra každého člověka je naprosto individuální a nelze ji tudíž zachytit žádnou z plošných výzkumných metod. Proto, abychom pochopili duchovní dimenzi jednotlivých lidí správně, musíme poznat jejich životní příběhy, jejich osobnosti, a brát v potaz skutečnost, že se každý z jednotlivců potýká se svou nemocí svým osobitým způsobem.

ZÁVĚR

Spirituální potřeby jsou velmi obtížné na odhad, protože není snadné je měřit a z tohoto důvodu se jim též přisuzuje i menší význam. Při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení mohou navíc být přehlédnuty a zanedbány, jelikož se zpravidla neprojevují navenek a zdravotnický personál se na ně většinou ani cíleně neptá. U pacientů, kteří svoji spirituální dimenzi spojili s příslušností k určité náboženské skupině jsou duchovní potřeby lépe definovatelné a tito pacienti při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení zpravidla vědí, kam se obrátit o pomoc. Při rozhovoru s nemocničním duchovním nebo řádovou sestrou jsou tito respondenti též ve výhodě v tom, že pakliže potřebují vyřešit nějaký problém ve své duchovní sféře, většinou jej umí pojmenovat a hovoří s těmito osobami stejným jazykem (ve smyslu spirituality). U pacientů, kteří stojí mimo jakýkoliv náboženský systém, je pomoc v jejich duchovní oblasti věcí komplikovanější, jelikož jejich duchovní potřeby mohou nabývat rozličných podob a signalizace těchto potřeb může být natolik individuální, že nemusí být zdravotníky nebo duchovním vůbec pochopena. Jak dokladuje tento výzkum, pacienti mimo náboženský systém mají duchovní potřeby a velmi často mohou být tyto potřeby na prioritních místech. Výsledky ukazují, že existuje jasná vazba mezi zdravotním stavem hospitalizovaných pacientů a využitím duchovních služeb v nemocnici. Pacienti trpící onemocněním dlouhodobého charakteru, kteří vnímají svůj zdravotní stav jako trvale zhoršený, trpí problémy i v duchovní sféře a často sahají po duchovní službě a to bez rozdílu, zda jsou organizováni v církvi, či nikoliv. Výzkum potvrdil výskyt duchovních potřeb i u pacientů mladšího věku, neorganizovaných v církvi, s krátkodobým onemocněním, a to převážně na odděleních chirurgie, kde se též tito pacienti ve velké míře obávali smrti. U této skupiny respondentů poskytoval největší podporu partner, v mnoha případech to byl i lékař, koho respondenti uvedli na nejvyšší místo v poskytování současné podpory v nemoci a velmi málo touto osobou byl duchovní, i přesto, že tito pacienti využili duchovní službu, někteří z nich i vícekrát. Dále výsledky ukazují, že potřeba spirituality se zvyšuje se stoupajícím věkem pacientů. Pacienti vyšších věkových kategorií jsou více než jiné věkové skupiny pacientů ohroženi ztrátou soběstačnosti a zároveň bývá jejich somatická stránka více propojena se stránkou psycho -sociální. Výzkum potvrdil, že pacienti vyšší věkové skupiny se nejvíce obávají ztráty soběstačnosti, samoty a lhostejnosti nejbližších. Smrti se tito pacienti obávají kupodivu málo. U žen je v literatuře popisovaná i větší religiozita a vzhledem k tomu, že převážná většina respondentů ve věku nad 80 let byly ženy, v této věkové kategorii byl i rapidní nárůst využití duchovních služeb, nejčastěji rozhovoru s duchovním a poslechu bohoslužby. Na interních odděleních, kde byla převaha žen vysokého věku a převaha žen

vůbec, si dotazovaní pro pomoc v duchovní oblasti nejčastěji vybírali duchovního a velké procento respondentů by chtělo, aby duchovní navštívil každého nemocného. Na chirurgii, kde věkový průměr respondentů byl daleko menší než na interně a zastoupení věřících tam bylo mnohem menší, by respondenti o pomoc v duchovní oblasti požádali nejčastěji řádovou sestru a jejich představa o službě duchovního, pokud nějakou měli, spočívala ve většině případů v návštěvě na požádání. Výzkumem se nám potvrdilo, že nabídka duchovní služby některou z osob zdravotníků či řeholních osob významně zvyšuje incidenci jejich využití, a to i u některých kategorií pacientů, u kterých bychom to nepředpokládali. V církevní nemocnici je realitou poměrně kvalitní nabídka duchovních služeb jako kompenzace duchovních potřeb, vyvstává však otázka, zda se personál nemocnice stejně dobře také o duchovních potřebách svých pacientů dozvídá. Povětšinou z výzkumu vyplynulo, že o duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů měl nejvíce zájem duchovní, řádová sestra nebo některá z řádových lékařek. Z mých vlastních zkušeností při práci v církevní nemocnici vím, že zdravotní sestry se zpravidla orientují pouze na to, zda se pacient hlásí k některé z církví a podle toho usuzují též na jeho duchovní sféru a výskyt duchovních potřeb. Myslím si, že kompetence a odpovědnost v oblasti saturace duchovních potřeb by neměla být svalována pouze na duchovní nebo na církevní zdravotníky a zvláště pak ne v církevním zdravotnickém zařízení. Tím nemyslím, že by zdravotnický personál měl zastupovat roli duchovního, ale měl by (jak je uvedeno v teoretické části této práce) umět poskytovat laickou spirituální péči, která spočívá ve schopnosti naslouchání a měl by umět s duchovními v nemocnici spolupracovat, neboť zdravotní sestry jsou u lůžka pacientů ze všech zdravotníků nejčastěji, mají tudíž i nejvíce možností zaregistrovat duchovní potřeby pacienta a jsou kompetentní osobou k intervenci přivolání duchovního a předání informací o problémech v duchovní sféře pacienta duchovnímu.

Tato práce zdaleka neobsáhla ani polovinu z problematiky duchovních potřeb pacientů. Dokonce si myslím, že pro zkoumání duchovních potřeb, jak ukazují kazuistiky uvedené v této práci, by byla mnohem vhodnější kvalitativní metodika výzkumu. Chtěli jsme touto prací pouze podat svědectví o duchovní sféře člověka a o duchovních potřebách pacientů, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici. Na druhou stranu bych nechtěla, aby tato práce ve čtenáři vyvolala pocit, že duchovní potřeby jsou něčím tak složitým a neuchopitelným, že není možné se jimi v rámci našeho povolání u lůžka pacienta zabývat. Naopak, těmito potřebami bychom se jako profesionálové ve svém oboru ošetřovatelství zabývat měli a měli bychom se též snažit tyto potřeby u svých pacientů saturovat.

ANOTACE

Autor:	Libuše Vyšínová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů
Vedoucí práce:	Ing. ThLic. Aleš Opatrný, Th.D.
Počet stran:	118
Počet příloh:	9
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	duchovní potřeba, spiritualita, duchovno, víra, náboženství, důstojnost

Bakalářská práce pojednává o duchovních potřebách hospitalizovaných pacientů. Poukazuje na duchovní svět člověka a na význam spirituality ve snášení nemoci. Těžiště práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření, jež porovnává výskyt duchovních potřeb u pacientů organizovaných v církvi a u pacientů, kteří se nehlásí k žádné náboženské instituci. Zkoumaný vzorek tvoří pacienti hospitalizovaní na chirurgických a interních lůžkových odděleních církevní nemocnice.

The goal of bachelor's thesis deals with the spiritual needs of the patients in hospital and it refers to an importance of human spirituality at the time of being ill. In the thesis there are given details of spiritual needs which occurs by the patients who report for any religion or by the patients with no religious affiliation. A quantitative observational study was carried out by the patients during their stay at the Surgical Wards and a General Medicine Department of the church hospital.

LITERATURA A PRAMENY

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, 1.vyd.: Hradec Králové: Nucleus, 2003.104s., ISBN 80-86225-33-X
2. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDVPZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7313-311-2.
3. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál s.r.o., 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
4. CARPENTIO, L.J., *Handndbook of Nursing diagnosis.*, 11th.ed. Philladelphia: J.B.Lippincott Co., 2006. 752s. ISBN 07-8174-355-9.
5. DAŇHELOVÁ, K. *Subjektivní pojetí pacientovy nemoci*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2005. 58 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
6. DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. 1295 s. ISBN 80-7192-338-9.
7. DOENGES, M., E.a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé přeprac. a rozšíř. vydání. přel. I.Sucharlová. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. DUROZOI, G., ROUSSEL, A. *Filosofický slovník*. Praha: EWA Edition, 1994. 352 s. ISBN 80-85764-07-5.
9. FILEC, V. *Současné podmínky poskytování spirituální péče ve zdravotnických zařízeních v České Republice*. [online]. [cit.2007-04-21]. <http://www.hospice.cz/hospice1/>.
10. FLAVO, D.R.: *Medical and psychological aspects of chronic illness and disability*. Maryland, Aspen Publishers 1999, ISBN 0-8342-1198-8.
11. FRANKL, V.E.: *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
12. FOGLOVÁ, M. *Saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, vedoucí práce Mgr. Špirudová. 2003. Depon in: Archiv Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství Lékařské fakulty Univerzity palackého v Olomouci.
13. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2005. 248s. ISBN 80-247-1212-1
14. GALLAGHER, A., McHALE, J., *Nursing Ethics*. Elsevier Health Sciences, 2003. 204s., ISBN 0-7506-5296-6.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000 ISBN 80-7262-034-7.
16. KALVÍNSKÁ, M. *Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím. Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o. 2006. roč. 2, č. 3, str. 111 – 112. ISSN 1801 – 1349.

17. KODEX KANONICKÉHO PRÁVA, *Codex iuris canonici*: úřední znění textu a překlad do češtiny : latinsko-české vydání s věcným rejstříkem / auctoritate Ionnis Pauli PP. II ; z lat. přel. Miroslav Zedníček, Praha: Zvon 1994. 811s. ISBN 80-7113-0826
18. KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. Bakalářská práce obhájená na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2003. 89 s. Depon in: Archiv Katedry antropologie a zdravotní vědy na Pedagogické fakultě Univerzity palackého v Olomouci.
19. KOZIEROVÁ,B.,ERBOVÁ,G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovatelstvo 1*. Martin: Osveta, 1995. 837 s. ISBN 80-217-0528-0.
20. KOZIEROVÁ,B.,ERBOVÁ,G.,OLIVIEROVÁ, R. : *Ošetrovatelstvo 2*. Martin: Osveta, 1995. 635 s. ISBN 80-217-0528-0.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
22. LUKASOVÁ,E. *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Cesta, 1998. 191s. ISBN 80-85319-79-9.
23. MALIŠ, F., *Duchovní průvodce pro nemocné*. 1. vyd. Praha: Concordia Pax, 2002. 31s. ISBN 8085650-13-4.
24. MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164s. ISBN 80-4013-324-4.
25. MASTILIAKOVÁ,D. *Úvod do ošetrovatelství*. Systémový přístup- 2.díl. Praha: Karolinum 2002. ISBN 80-246-0428-0.
26. MAŠÁT,V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o. 2006. roč. 2, č. 3, s. 103 – 104. ISSN 1801 – 1349.
27. MEZINÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE. Komentovaný oficiální překlad (Joint Commission International, přeložil Šprangl.Z., vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 172s. ISBN 80-247-1003-X.
28. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*. Brno: Vydavatelství MU, 2000. 67 s. ISBN 80-210-2416-X.
29. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy z lékařské etiky a jiná etická doporučení*. Brno: Vydavatelství MU, 2000. 55 s. ISBN 80-210-2417-8.
30. MURRAY,R.,ZENTER,J. *Health Assessment and Promotion Strategies Through the Life*. SpanAppleton & Lange, Stamford, CT, U.S.A.,1997.896s. ISBN: 0838569870.
31. OPATRŇÁ,M., Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o.. 2006. roč. 2, č. 3, str. 105 -108 ISSN 1801 – 1349. cit. a)

32. OPATRŇÁ,M., Klinická pastorační péče a její poskytovatel. *Sborník z odborné konference s mezinárodní účastí na téma „Multidisciplinární tým“*. Brno: NCONZO, 2006. vyd. 1., 49s. ISBN 80-7013-437-2. cit. b)
33. OPATRŇÝ,A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko. 1995. 47 s. ISBN neuvedeno
34. OPATRŇÝ, A. *Péče o existenciální spirituální potřeby pacienta*. In: Kořeny a vykořenění, Ed. D. Heller, I. Sobotková, J. Šturma, Sborník z Psychologických dnů 2002, Praha 2003, s. 48-51.
35. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, Pastorační středisko Praha, 2005.[online].[cit.2007-04-21]. http://www.fatym.com/abcd/k/000214/0054_t.htm
36. OPATRŇÝ,A. Spirituální péče o nemocné v ekumenické perspektivě.Teologická východiska a praktická provedení. Katolická Teologická fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Dosud neuveřejněný rukopis.
37. PERA, H., WIENERT, B. *Nemocným na blízku (Mit Liebenden unterwegs)*. Přel. Munzar, P. Praha: Vyšehrad, 1996. 200s. ISBN 80-7021-152-0.
38. PRÁŠILOVÁ, M. *Duchovné a pastorálne sprievádzanie chorých a zomierajúcich v nemocnici (Štúdiá o klinickom pastorálnom vzdelávaní na základe skúseností v Kanada a doterajšej praxe na Slovensku)*. Vyd. Evanjelická diakonia Evanjelickej cirkvi a.v. na Slovensku, 2003 (náklad: 500 ks) ISBN neuvedeno.
39. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*.Praha:Portál, 2002.325 s. ISBN 80-7178-547-4.
40. SLABÝ, A., *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Karolinum, Praha, 1991, 185s., ISBN 80-7066-411-8.
41. SMĚKAL,V. Spiritualita a psychoterapie. *Psychoterapie dnes*. Roč. 7. č. 7-8. 2001. 26-27 s. ISSN 1211-5886
42. STOLL, R.T., The essence of spirituality. *American Journal of Nursing* 79: 1574 – 77 [online].[cit.2007-04-21]. <http://www.blackwell-synergy.com/>
43. SVATOŠOVÁ,M., *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.
44. SVOBODOVÁ,H. Důstojnost lidské existence v péči o nemocné. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o. 2006. roč. 2, č. 3, str. 115-117. ISSN 1801 – 1349
45. ŠIMEK,J. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o. 2006. roč. 2, č. 3, s. 102. ISSN 1801 – 1349.
46. TRACHTOVÁ, E.a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 112 s. ISBN 80-7013-285-X.

47. VANÍČKOVÁ, K. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR*. . [online]. [cit.2007-04-21]. <http://www.hospice.cz/hospice1/>.
48. VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2005. 544s. ISBN 80-7178-696-9.
49. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H. Pomoc nemocným při vyznání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersonové, *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o. 2006. roč. 2, č. 3, str. 133. ISSN 1801 – 1349.
50. VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, Září 2004, Koncepce Ošetrovatelství, ZN:21581/04/VVO [online]. [cit.2007-04-21]. Dostupné na: http://www.nspm.cz/osetrovatelstvi/strategie_ospece/koncepce_ospece.htm

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů
Tabulka č. 2: Věkové složení respondentů
Tabulka č. 3: Rozložení věkových skupin mužů a žen na odděleních
Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů
Tabulka č. 5: Charakter onemocnění všech respondentů
Tabulka č. 6: Sociální zázemí respondentů
Tabulka č. 7: Sociální zázemí respondentů ve věku nad 60 let
Tabulka č. 8: Dojem ze současného zdravotního stavu
Tabulka č. 9: Pohlaví a věk resp., jejichž zdrav. stav byl málo usp. nebo velmi neuspokojivý
Tabulka č.10: Charakter onemocnění resp., jejichž zdrav. stav byl málo usp. nebo velmi neuspokojivý
Tabulka č.11: Charakter hospitalizace respondentů
Tabulka č.12: Rozdělení respondentů podle otázky víry
Tabulka č.13: Úroveň odpovědí na otázku strach
Tabulka č.14: Bolest
Tabulka č.15: Soběstačnost
Tabulka č.16: Samota
Tabulka č.17: Smrt
Tabulka č.18: Ztráta zaměstnání
Tabulka č.19: Ztráta přátel
Tabulka č.20: Lhostejnost nejbližších
Tabulka č.21: Úroveň odpovědí na otázku podpory
Tabulka č.22: Úroveň odpovědí na otázku podpory podle sociální situace
Tabulka č.23: Partner
Tabulka č.24: Rodina
Tabulka č.25: Přátelé
Tabulka č.26: Lékaři
Tabulka č.27: Duchovní
Tabulka č.28: Sestry
Tabulka č.29: Řádové sestry
Tabulka č.30: Rozložení respondentů podle typu víry a věku na oddělení chirurgie
Tabulka č.31: Rozložení respondentů podle typu víry a věku na oddělení interny
Tabulka č.32: Využití duchovních služeb
Tabulka č.33: Věřící, kteří nevyužili duchovní službu
Tabulka č.34: Respondenti, kteří uvedli, že věří po svém a nechtějí využít duch. službu
Tabulka č.35: Respondenti, kteří uvedli, že věří po svém a měli by zájem využít duch. službu
Tabulka č.36: Respondenti, kteří uvedli, že věří po svém a využili minimálně 1 z duch. služeb
Tabulka č.37: Respondenti, kteří uvedli, že věří po svém a využili více než jednu z duch. služ.
Tabulka č.38: Charakter onemocnění respondentů, kteří uvedli, že věří po svém a využili alespoň jednu duchovní službu
Tabulka č.39: Sociální situace respondentů, kteří uvedli, že věří po svém a využili alespoň jednu duchovní službu
Tabulka č.40: Vliv vnímání zdravotního stavu na výskyt duchovních služeb
Tabulka č.41: Jak respondenti vnímají své onemocnění
Tabulka č.42: O čem v nemocnici respondenti nejvíce přemýšlí
Tabulka č.43: Vnímání termínu duchovní potřeba
Tabulka č.44: Rozdíly vnímání termínu duchovní potřeba podle typu víry
Tabulka č.45: Kdo si povídal s pacienty o jejich víře, hodnotách, postoji vůči nemoci a léčbě
Tabulka č.46: Vliv poskytování rozhovoru na míru saturace duchovních potřeb

Tabulka č.47: Omezení v náboženských praktikách
Tabulka č.48: Saturace duchovních potřeb
Tabulka č.49: Kdo nabídl zprostředkování duchovní služby
Tabulka č.50: Jak na respondenty působí přítomnost náboženských symbolů
Tabulka č.51: Představa respondentů o službě duchovního
Tabulka č.52: Kdo by mohl být nejvíce nápomocen v duchovní oblasti
Tabulka č.53: Názory respondentů na poskytování duchovních služeb v nemocnici

SEZNAM GRAFŮ

Graf.č. 1: Celkové množství respondentů
Graf č. 2: Pohlaví respondentů
Graf č. 3: Pohlaví respondentů na chirurgii
Graf.č. 4: Pohlaví respondentů na interně
Graf č. 5: Věkové složení respondentů na interně
Graf č. 6: Věkové složení respondentů na chirurgii
Graf č. 7: Rozložení věkových skupin mužů a žen na interně
Graf č. 8: Rozložení věkových skupin mužů a žen na chirurgii
Graf č. 9: Charakter onemocnění na interně
Graf č.10: Charakter onemocnění na chirurgii
Graf č.11: Sociální zázemí respondentů na interně
Graf č.12: Sociální zázemí respondentů na chirurgii
Graf č.13: Dojem interních respondentů z jejich současného zdravotního stavu
Graf č.14: Dojem chirurgických respondentů z jejich současného zdravotního stavu
Graf č.15: Dojem ze současného zdravotního stavu všech respondentů
Graf. č.16: Charakter hospitalizace na interně
Graf č.17: Charakter hospitalizace na chirurgii
Graf č.18: Charakter hospitalizace všech respondentů
Graf č.19: Celkové rozložení respondentů podle otázky víry
Graf č.20: Spiritualita respondentů na interně
Graf č.21: Spiritualita respondentů na chirurgii
Graf č.22: Využití duchovních služeb u věřících respondentů
Graf č.23: Respondenti, kteří věří po svém a využili alespoň 1 z duchovních služeb
Graf č.24: Celkové využití duchovních služeb respondenty během hospitalizace
Graf č.25: Využití duchovních služeb na chirurgii
Graf č.26: Využití duchovních služeb na interně
Graf č.27: Vnímání zdravotní stavu respondenty, kteří využili alespoň jednu duchovní službu
Graf č.28: 55 respondentů
Graf č.30: 43 respondentů
Graf č.31: Vnímání vlastní nemoci u respondentů s krátkodobým onemocněním
Graf č.32: Vnímání vlastní nemoci u respondentů s dlouhodobým onemocněním
Graf č.33: Vnímání vlastní nemoci u 100 respondentů bez rozdílu charakteru onemocnění
Graf č.34: Slovo nejbližší termínu duchovní potřeba
Graf č.35: Kdo si povídal s respondenty na chirurgii
Graf č.36: Kdo si povídal s respondenty na interně
Graf č.37: Kdo si povídal s respondenty na chirurgii
Graf č.38: Kdo si povídal s respondenty na interně
Graf č.39: Omezení v náboženských praktikách
Graf č.40: Saturace duchovních potřeb na chirurgii
Graf č.41: Saturace duchovních potřeb na interně
Graf č.42: Saturace duchovních potřeb u všech respondentů

Graf č.43: Kdo nabídl duchovní službu
Graf č.44: Kdo nabídl duchovní službu na interně
Graf č.45: Kdo nabídl duchovní službu na chirurgii
Graf č.46: Vnímání religiózních prvků v nemocnici během hospitalizace
Graf č.47: Představa respondentů o službě duchovního
Graf č.48: Představa respondentů na chirurgii o službě duchovního
Graf č.49: Představa respondentů na interně o službě duchovního
Graf č.50: Kdo by mohl být nejvíce nápomocen v duchovní oblasti
Graf č.51: Odpovědi respondentů na chirurgii
Graf č.52: Odpovědi respondentů na interně
Graf č.53: Odpovědi všech 100 respondentů
Diagram č. 1: dojem ze současného zdravotního stavu - shrnutí

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Lidská bytost z hlediska holistického přístupu
Příloha č.2 – Maslowova pyramida potřeb
Příloha č.3 – Stádia duchovního vývoje podle Fowlera
Příloha č.4 – Škála duchovního blaha (Ellison, Paloutzian), otázky k posouzení spirituality
Příloha č.5 – Ošetřovatelská diagnóza Duchovní tíseň
Příloha č.6 – Koncepční model V. Hendersonové
Příloha č.7 – Přehled svátostné péče o nemocné v katolické církvi (*p.Opatrný*)
Příloha č.8 – Ošetřovatelská anamnéza Nemocnice Milosrdných sester sv.karla Boromejského
Příloha č.9 – Anonymní dotazník pro pacienty

