

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav Ošetrovatelství

Bc. Jan Láníček

**Spirituální potřeby pacientů v nemocničním
prostředí**

Bakalářská práce

Praha 2023

Autor práce: **Bc. Jan Láníček**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., Ph.D.**

Oponent práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Datum obhajoby: **2023**

Bibliografický záznam

LÁNÍČEK, Jan. Spirituální potřeby pacientů v nemocničním prostředí. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2014. 61 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., Ph.D..

Abstrakt

Bakalářská práce „Spirituální potřeby pacientů v nemocničním prostředí“ se zabývá problematikou spirituálních potřeb pacientů a uspokojování těchto potřeb ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu. **Cílem práce** bylo zjistit význam spirituálních potřeb pro pacienty a zmapovat potenciální překážky při jejich uspokojování. **Teoretická část** práce uvádí přehled teorií potřeb a popisuje specifika spirituálních potřeb. Dále představuje ucelený přehled péče o duchovní potřeby v nemocničním prostředí. Popisuje roli spirituálních potřeb v ošetrovatelském procesu – hodnocení spirituálních potřeb a spirituální anamnéza, ošetrovatelská diagnostika, ošetrovatelské intervence, role multidisciplinárního týmu a dotazníky využívané při vyhodnocování spirituálních potřeb. **V empirické části** práce jsou uvedeny výsledky vlastního šetření a jejich komparace s výsledky jiných odborných výzkumů. **Metodou** výzkumného šetření byl standardizovaný dotazník FACIT Sp 12 doplněný dotazníkem vlastní konstrukce, který byl distribuován pacientům FN Motol. Do vlastní studie bylo zahrnuto 62 řádně vyplněných dotazníků. **Výsledky:** Byl prokázán pozitivní vztah mezi mírou uspokojení spirituálních potřeb a kvalitou života pacientů. Byl zjištěn pozitivní efekt příslušnosti k náboženskému vyznání a aktivní účasti na spirituálních praktikách. Efekt byl pozorován na schopnosti pacientů fungovat v každodenním životě a schopnosti užívat si života. U aktivních spirituálních praktik byl pozorován pozitivní vliv na emoční stav pacienta. **Závěr:** Z vlastního výzkumu vyplývá důležitost začlenění duchovní péče do ošetrovatelské praxe. Důležitá je podpora udržení duchovní komunity a podpora vykonávání spirituálních praktik pro jejich pozitivní vliv na kvalitu života pacienta

Klíčová slova:

Spirituální potřeby, duchovní péče v ošetrovatelství, teorie potřeb, FACIT Sp 12

Abstract

Bachelor thesis „Spiritual Needs of Patients in Hospital Setting“ deals with issue of patient's need and their saturation in healthcare facilities. **The objective of this thesis** was to determine importance of spiritual needs to patients and map obstacles in their saturation. **In theoretical section** is presented overview of theories of needs and description of specific aspects of spiritual needs. Next it is presented comprehensive overview of spiritual care in hospital setting. It describes importance of spiritual needs in nursing process – assessment of spiritual needs and patient's spiritual history, nurses diagnostics, nurses interventions, role of multidisciplinary team and questionnaires used in evaluation of spiritual needs. **In empirical section** are presented results of this respective investigation and their comparison with results of scientific papers. **Chosen Method** was standardized questionnaire FACIT Sp 12 supplemented with questionnaire devised by author, which was distributed among patient FN Motol. In this thesis were included 62 properly filled in questionnaires. **Results:** Positive relation between extent of saturation of spiritual needs and quality of life in patients were demonstrated. Positive relation was demonstrated between saturation of spiritual needs and patients spiritual creed and active spiritual practices. This effect was observed in ability of day-to-day function and life enjoyment. In patients who were spiritually active was demonstrated positive effect on emotional state of these patients. **Conclusion:** Resulting from this research is importance of integration of spiritual care into nurses practice. Important is maintenance of spiritual community and encouragement of spiritual practice for their positive effect on quality of patient's life quality.

Keywords

Spiritual need, spiritual care in nursing, theory of needs, FACIT Sp 12

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA
2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Jan Láníček**

Studijní program: **Všeobecné ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecné ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Spirituální potřeby pacientů v nemocničním prostředí**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

JAMES, William. The varieties of religious experience: a study in human nature. New York: Barnes & Noble Classics, 2004. xxix, 476 s. ISBN 1-59308-072-7.

JUNG, Carl Gustav a PLOCEK, Karel, ed. Duše moderního člověka. Překlad Karel Plocek. Vyd. 2. V Brně: Atlantis, [2000]. 378 s. ISBN 80-7108-213-9.

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.

KOENIG, Harold G., KING, Dana E. a CARSON, Verna Benner. Handbook of religion and health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2012. xv, 1169 s. ISBN 978-0-19-533595-8.

MARCINIÁK, Rafał. Mindfulness a spiritualita v kontextu kognitivního úbytku ve stáří. Brno, 2019. Dizertační práce. Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Vedoucí práce: Prof. PhDr. Petr Macek, CSc.

ŘÍČAN, Pavel. Psychologie náboženství a spirituality. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 326 s. ISBN 978-80-7367-312-3.

ŠARNÍKOVÁ, G., MALIŇÁKOVÁ, K., FÜRSTOVÁ, J., DUBOVSKÁ, E. a TAVEL, P. 2018. Psychometrická analýza škály funkčního posouzení terapie chronických nemocí - spirituální osobní pohoda (FACIT-Sp) v českém prostředí. Československá psychologie (Czechoslovak Psychology) [online], 62(Supplement_1), s. 114–128. 438 [cit. 2018-09-10] ISSN 0009-062X. Dostupné z: <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.3a0d3ed4-37e8-4c04-9e0d-7268755a43e9>.

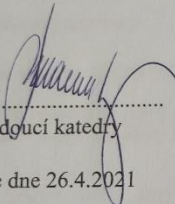
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, MPH, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 26.4.2021

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 26.4.2021


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Děkanát (5)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod PhDr. Šárky Tomové, MPH, Ph.D., Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiné ho nebo stejného akademického titulu.

V Praze

Bc. Jan Láníček

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárky Tomové, MPH, Ph.D., Ph.D., za její odborné vedení práce, trpělivost a empatický přístup.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	7
1 ÚVOD	8
1.1 CÍLE PRÁCE	10
2 TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1 TEORIE POTŘEB	11
2.1.1 Motivace	11
2.1.2 Motivační činitele	12
2.1.3 Potřeby a motivy	12
2.2 SPIRITUALITA A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	15
2.3 USPOKOJOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ	17
2.3.1 Spirituální potřeby a ošetrovatelský proces	18
2.3.2 Ošetrovatelské diagnózy a spiritualita	22
2.3.3 Spirituální intervence	25
2.3.4 Spirituální potřeby a péče multidisciplinárního týmu	27
2.3.5 Nástroje měření spirituálních potřeb	29
2.4 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ	30
3 EMPIRICKÁ ČÁST	32
3.1 CÍLE PRÁCE A STANOVENÍ HYPOTÉZ	32
3.2 METODIKA SBĚRU DAT	34
3.3 ORGANIZACE VLASTNÍHO VÝZKUMU	34
3.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	35
3.2 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE	43
3.2.1 Popisná statistika	44
3.2.2 Statistické vyhodnocení dat	68
3.3 DISKUZE	78
4 ZÁVĚR	85
4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	86
4.2 SILNÉ A SLABÉ STRÁNKY VÝZKUMU	86
REFERENČNÍ SEZNAM	88
SEZNAM OBRÁZKŮ	93
SEZNAM TABULEK	94
SEZNAM PŘÍLOH	96
PŘÍLOHY	97

SEZNAM ZKRATEK

CT – Computer Tomography = Výpočetní tomografie

ČR – Česká republika

Etc. – Et cetera= a tak dále

EWB – Emotional well-being = Citový stav (pacienta)

FACIT Sp 12 - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being

12 = Funkční posouzení terapie chronických nemocí – Spirituální modus

FN - Fakultní Nemocnice

FWB – Functional well-being = funkční stav (pacienta)

LF – Lékařská fakulta

MRI – Magnetic Resonance Imaging = Magnetická resonance

NANDA - North American Nursing Diagnostic Association=Severoamerická asociace ošetrovatelských diagnóz

Např. - Npříklad

PTSD – Post-traumatic Stress Disorder = Post-traumatická stresová porucha

PWB – Physical well-being = Fyzické zdraví (pacienta)

Str. - Strana

SHALOM – Spiritual Health and Life-Orientation Measure = Dotazník spirituálního zdraví a životní orientace

SIWB - Spirituality Index of Well-being = Dotazník Spirituality a kvality života

SWB – Social well-being = Společenské a rodinné vztahy (pacienta)

UK – Univerzita Karlova

WHOQOL - World Health Organization's Quality Of Life – Spirituality, Religion and Personal Beliefs = Dotazník Světové zdravotnické organizace- Kvalita Života – Spiritualita, náboženství a osobní přesvědčení

1 ÚVOD

Spirituální potřeby jsou často opomíjeny v zdravotnických zařízeních. Do holistického bio-psychologicko-sociálně-spirituálního modelu byly přidány jako poslední. Přesto duchovní aspekt byl spojen s ošetrovatelstvím od jeho počátku. Historicky bylo ošetrovatelství provozováno duchovními řády v klášterních špitálech, hospicích a chudobincích. V této době byla zdravotní a sociální péče na samotném počátku a byla považována za součást duchovního života – nezištnou službu druhým. Spirituální péče musí dnes překonávat stereotypy nepodložené pověřivosti, spojení pouze se smrtí a dalšími limitujícími faktory.

Vlivem součinnosti Asociace nemocničních kaplanů a Katolické asociace kaplanů (mající charakter blízký profesní komoře s povinným členstvím pro katolické nemocniční kaplany) byl formulován Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví o duchovní péči z roku 2017. Ten zajišťuje smluvní podmínky mezi církvemi a zdravotnickými zařízeními lůžkového charakteru. Díky těmto ustanovením jsou nemocniční kaplani standardními členy multidisciplinárního týmu realizujícího zdravotní a ošetrovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních.

Díky mé pracovní zkušenosti na Interní klinice 2 LF UK a FN Motol a následně na Jednotce intenzivní péče III. Chirurgické kliniky 1 LF UK a FN Motol jsem mohl pozorovat sestry pracující na těchto odděleních, a jejich přístup k duchovním potřebám pacientů. Většina z nich neměla tuto problematiku konceptuálně uchopenou. Pokud nabízely služby duchovního nebo služby psychologa, nebraly v potaz konkrétní potřeby pacienta, ale spíše situaci popisovali jako „pacient x se potřebuje vypovídat“.

Všimnul jsem si, že i pouhé vyslechnutí nebo aktivní přítomnost u pacientů prožívající duchovní nepohodu může mít pozitivní vliv na kvalitu jejich života během hospitalizace. Ne každá ze sester měla časový prostor takto se pacientovi věnovat nebo vlivem zátěže nebyla schopna si čas pro pacienta vyhradit. Často stačilo věnovat se pacientu pět až deset minut a jeho den se projasnil a lépe snášel diskomfort spojený s nemocí. Zajímalo mne, zda-li by v případě metodické podpory nebo vzdělávání v oblasti duchovní péče, byly sestry lépe schopny vyhodnocovat duchovní potřeby pacientů a zapojit jejich uspokojování do plánu ošetrovatelské péče. Jaký nástroj by jim mohl usnadnit tuto činnost?

Svůj výzkum jsem tedy koncipoval pro sestru, která by chtěla vyhodnotit spirituální potřeby pacienta a potřebovala by teoretický základ a metody, jak má toto

vyhodnocení provádět. Také mne zaujalo, co by ji mohlo pomoci odhadnout duchovní potřeby u konkrétního pacienta. U kterých skupin pacientů jsou duchovní potřeby důležité?

Po prostudování odborné literatury jsem zvolil pro tento výzkum dotazník FACIT Sp 12 The Functional Assessment of chronic Illness Therapy=Funkční posouzení terapie chronických nemocí, spirituální modul). Tento dotazník byl dle prostudované literatury používán pro posuzování spirituálních potřeb pacientů v nemocničním prostředí. Tento dotazník mi připadal jako vhodný nástroj k provedení výzkumu a potenciálně užitečný nástroj pro sestru při posuzování duchovních potřeb pacienta.

Teoretická část práce objasňuje teorie potřeb, definuje spirituální a duchovní potřeby a dále popisuje podporu jejich uspokojování ze strany multidisciplinárního ošetrovatelského týmu a zohlednění duchovních potřeb při stanovování plánu ošetrovatelské péče.

Výzkumné šetření bude sledovat vztah míry uspokojení spirituálních potřeb a kvality života pacientů. Výzkumně mne také zajímalo, do jaké míry souvisí uspokojení duchovních potřeb pacientů s různými demografickými údaji. Z tohoto důvodu jsem vytvořil vlastní dotazník, který tyto faktory mapuje (věk, bydliště, náboženské vyznání a víra, účast na duchovních praktikách, aj.). Vzájemná závislost pak byla předmětem zkoumání a další analýzy.

Během výzkumu bude posouzena možnost využití dotazníku FACIT Sp 12 v ošetrovatelské praxi. Dále budou prezentovány zkušenosti s tímto dotazníkem ve vědeckých studiích provedených v České republice i zahraničí.

Závěrem budou zmíněny silné a slabé stránky vlastního šetření a empirického výzkumu, doporučení k dalšímu možnému významu a možné aplikace poznatků z toho výzkumu a poznatků dříve provedených studií na podobné téma pro ošetrovatelskou praxi.

1.1 Cíle práce

Záměrem bakalářské práce je zmapovat spirituální potřeby pacientů v nemocničním prostředí. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny následující cíle bakalářské práce:

- prostudovat relevantní domácí i světovou literaturu včetně výzkumných studií na dané téma
- ke standardizovanému dotazníku vytvořit dotazník demografických údajů a administrovat určeným skupinám respondentů
- získaná data utřídit a analyzovat
- statisticky významná data interpretovat
- vyhodnotit závěry z vlastního výzkumu, porovnat se stanovenými hypotézami a vyvodit doporučení pro praxi

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Teorie potřeb

V této kapitole budou definovány základní aspekty lidské psychiky mající vliv na lidské potřeby. Dále bude následovat úvod do problematiky klasifikace potřeb, základní přehled hlavních teorií potřeb. Pozornost bude obzvláště věnována hierarchii potřeb Abrahama Maslowa, dodnes nejvýznamnějšího autora v oblasti zkoumání lidských potřeb.

2.1.1 *Motivace*

Má práce se zaměřuje na analýzu potřeb spirituálních, nejprve je ale potřeba si vyjasnit, co jsou to vlastně lidské potřeby a jak je ve společenskovedním kontextu nahlížíme. K tomu je ale nejprve zapotřebí objasnit obecný pojem motivace a jeho místo v psychologii, neboť právě sem potřeby obecně řadíme.

Psychologie je nauka o lidské psychice, což je obecný termín zahrnující komplexitu vnitřních procesů. Pojem psychika odvozujeme od řeckého *psyché*, což znamená duše. Psychické procesy se v obecné psychologii tradičně rozdělují na procesy kognitivní (poznávací), emocionální a motivační (Plháková, 2008, str. 45).

Potřeby zahrnujeme právě pod motivační procesy, event. motivační dispozice. Pojem motivace pochází z latinského *movere*, které znamená hýbat (Plháková, 2008, str. 319.). Motivační činitele jsou obecně takové vnitřní procesy, které shromažďují a zaměřují energii („hýbou“ s ní) směrem k žádoucímu cíli. Tento cíl může být jak vědomý, tak nevědomovaný. S motivací směřující k vědomému cíli souvisí pojem „vůle“, což je vědomě ovládaná, organizující složka psychického života (Plháková, tamtéž). Celkových teorií motivace existuje v psychologii velké množství. Podle některých tkví větší část motivačních sil v lidském nevědomí – např. psychoanalýza a jiné tzv. psychodynamické směry (Drapela, 2021). Jiné směry, jako např. humanistická psychologie, naopak kladou důraz na vědomé motivační činitele (Plháková, 2008, str. 45). Existují ovšem i směry v psychologii a psychiatrii, které poukazují na transpersonální motivaci (např. Stanislav Grof, Grof et al, 2015). Konečně jsou i teorie, které veškerou motivaci v lidském chování a celkově životě přisuzují vrozeným, evolučně vystaveným pudům (viz např. sociobiologie).

2.1.2 Motivační činitele

Motivačních činitelů můžeme rozlišit velké množství. Ve společenských vědách se setkáme s pojmy jako např. pud, instinkt, drive, pobídky či incentivy, potřeby a motivy. Prvních pět pojmů chápeme spíše jako nižší motivační činitele, které máme v podstatě společné se zvířaty. Pudem rozumíme jakousi motivační základní sílu, která se vymyká běžné, vědomé kontrole. Obvykle souvisí s vrozeným, hromadícím se napětím a snahou jej vybit, se současným dosažením rovnovážného stavu (Plháková, 2008, str. 362). Podobně instinkt je jakýmsi vrozeným automatismem, tj. zděděným vzorcem chování, který obchází vědomou kontrolu (tamtéž, str. 159). Incentivy, čili pobídky, představují vnější podněty, které probouzejí v člověku určitý drive – tyto pojmy vycházejí z tzv. behaviorismu a jejich autorem je známý psycholog Clark Hull. Dle jeho teorie je drive stavem obecného nahromaděného podráždění v organismu, který upozorňuje na určitý nedostatek a je ovlivňován právě percepcí nějakého cílového objektu (např. potravy), který představuje pobídku. Cílem tohoto motivačního systému je dosažení rovnováhy, tzv. homeostázy (Nakonečný, 1996, str. 19). Podle Nakonečného i Plhákové (2008, str. 319) je však tento „vnější“ pohled na lidský subjekt redukcionistický a dostatečně nediferencuje složitou skutečnost lidské motivace a obecně lidského duševního života.

2.1.3 Potřeby a motivy

Pro náplň této práci je důležité odlišit tyto dva pojmy: potřebu a motiv. Dle Nakonečného (1996, s. 28) jsou oba pojmy příliš často zaměňovány, což ale přináší zmatení pojmů. Potřebu chápe jako stav nedostatku vzhledem k dosažení cílového stavu nebo objektu. Motiv tvoří naopak smysl interakce motivovaného subjektu. Motiv jako takový je často spojen s emocionálním doprovodem. Jako příklad potřeby může být uveden hlad, kdežto motivem je kýžený stav nasycení. Oba pojmy jsou také často, dle Nakonečného, chybně užívány. Např. kriminalista může za motiv vraždy označit peníze, i když se z psychologického hlediska jedná o cílový objekt. Jde tedy o záměnu prostředku a cíle. Podobně ekonom může mluvit o „vzrůstající potřebě barevných televizorů“, což je vlastně příklad téhož (Nakonečný, 1996, s. 28). Záměna vnitřních činitelů a vnějších objektů může navádět k a-psychologickému pohledu na lidskou bytost, což je významnou redukcí a může vést k nejrůznějším chybným závěrům.

Potřebám pacientů ve zdravotnictví v různých ohledech bylo již výzkumně věnováno mnoho pozornosti. Je již stabilně prokázáno, že úzdrava pacienta (nebo lepší zvládnutí chronické či smrtelné choroby) souvisí s celkovým psychickým stavem

pacienta. Je tedy zřejmé, že péče o potřeby pacienta ve zdravotnictví by se neměla zaměřovat pouze na oblast fyzického zdraví. Naopak, záběr by měl být nejširší. Dokonce i pojem zdraví totiž zdaleka nezahrnuje pouze oblast fyzickou, nýbrž pocit homeostázy na biologické, psychické, sociální i spirituální úrovni (Trachtová, 2018, str. 21). I zde se přitom vyplatí důsledně dodržovat terminologický rozdíl mezi motivem a potřebou. Tak např. dvojice badatelů (Büssing a König, 2010) detekovala přítomnost spirituálních potřeb u pacientů trpících chronickým onemocněním. Tyto potřeby se překvapivě často projevovaly formou úzkosti, plynoucí z nedostatku odpovědí na kýžený motiv, kterým byla spirituální satisfakce.

Jelikož jsou tématem práce spirituální potřeby v kontextu zdravotnictví, měli bychom si takové potřeby definovat. Napřed je ale zapotřebí zmínit, že potřeby lze rozdělit na fyziologické a nižší na jedné straně a potřeby vyšší či komplexnější na straně druhé. Existuje více teoretických perspektiv, kterými bychom mohli potřeby takto rozlišovat. Asi nejnámější teorií potřeb je tzv. Maslowova hierarchie potřeb.

Abraham Maslow byl americký psycholog, který se, v 2. pol. dvacátého století, stal vůdčí osobností tzv. humanistické psychologie. Tento směr se vymezoval např. proti psychoanalýze a behaviorismu, a to především ve smyslu jejich redukcionismu. Tyto směry totiž chápaly člověka zúženou optikou svých axiomů, např. jakožto pouhý uzlíček pudů, řečeno s psychoanalýzou, nebo potom jako čistě zvířecí bytost, pouze v rovině chování, optikou behaviorismu. V roce 1954 Maslow vydal svojí slavnou knihu *Motivace a osobnost*, kde mimo jiné píše, že jádro lidských potřeb, navzdory biologické determinaci, nese potenciál k dalšímu rozvoji a působí na něj prostředí. *„Člověk má některé možnosti, které nenalzáme u jiných živočišných druhů. Patří k nim především potřeba seberealizace či sebeaktualizace (self-actualization). Maslow zdůrazňuje, že nosná teorie by měla vycházet především ze zkoumání zdravých a silných osob.“* (Plháková, 2008, str. 369). Ve své knize Maslow určil pět úrovní lidských potřeb, těmi fyziologickými počínaje a nejvyššími potřebami seberealizace konče. Vše ilustruje tzv. Maslowova pyramida potřeb:



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb

A kam bychom zařadili ony spirituální potřeby? V páté, nejvyšší třídě potřeb, nalezneme dle Maslowa mimo jiné potřeby vědění, porozumění a estetické potřeby. Jaký je rozdíl mezi nimi a vším, co se nachází ve spodních patrech pyramidy? Čtyři nižší úrovně totiž charakterizuje pocit nedostatku. Takové potřeby je třeba dosytit a souhrnně jim, dle autora, říkáme „potřeby deficitní“, krátce „D-hodnoty“ (tamtéž, str. 369). Pátá úroveň potřeb je ale jiná. Jedná se totiž o tzv. potřeby růstové – s uspokojováním se jejich intenzita nesnižuje, ale naopak vzrůstá. Autor těmto potřebám také říká „metapotřeby“ nebo „potřeby bytí“ (B-hodnoty). Leč neuspokojené potřeby nižší úrovně údajně vždycky zvítězí nad metapotřebou, jsou-li vzájemně v konfliktu. Až po uspokojení nižších pater může dojít řada na potřeby bytí. Maslow píše: „Bezpečí je nadřazenější či silnější, víc tlačící, vitálnější potřeba než například láska a potřeba potravy je obvykle silnější než obojí.“ (Maslow, str. 158, in Plháková, str. 369, 2008).

Podle Maslowa jsou B-potřeby vývojově (ontogeneticky) později nabyté. Jejich zdárný rozvoj je podmíněn tím, že jedinec byl v dětství v oblasti D-potřeb dostatečně saturován. V knize Psychologie bytí Maslow píše: „zdraví lidé dostatečně uspokojili svoje základní potřeby bezpečí, sounáležitosti, lásky respektu a sebeúcty, a jsou tedy primárně motivováni sklonem k sebeaktualizaci - dynamický proces bytí, stávání se (becoming)...“ (Maslow, 2021, str. 83). Pokud k saturaci v dětství a dospívání nedošlo ve správné míře, D-potřeby mají i v dospělosti nadvládu. Dotyčný jedinec pak posuzuje vnější objekty pouze skrze nedostatkové potřeby – buďto věci a lidé uspokojení potřeb slouží, nebo nikoli. Vše ostatní je ignorováno a opomíjeno (Plháková, 2008, str. 370). Pokud se však B-potřeby zdárně rozvinou, člověk je schopen jednat altruisticky a ne-egoisticky. Jeho

jednání se řídí hodnotami a vyššími principy. Svět zkoumá nezaujatě a zachovává větší objektivitu. Řečeno s filozofem a psychologem E. Frommem, pravá láska a poznání jedno jsou (Fromm, 2015, str. 38). Dle tohoto autora sobecká láska nepoznává milovaný objekt doopravdy, ale jen prizmatem svých potřeb, čímž ho spíše vtlačuje do vlastní škatulky. Teprve vyzrálá láska poznává podstatu milovaného objektu. Nemá na něm jakýkoli osobní zájem, ale těší se z toho, že objekt lásky sám a pro sebe samého prospívá (Fromm, 2015, str. 64).

2.2 Spiritualita a spirituální potřeby

Již jsme se seznámili s koncepcí vyšších, růstových potřeb v podání psychologa A. Maslowa. Tyto potřeby současně s jejich syčením neubývají na intenzitě, ale naopak rostou. Navyšují pocit smysluplnosti bytí. Potřeby spirituální, kterými se zde zabýváme, jistojistě tvoří podmnožinu této kategorie. Čím jsou vlastně specifické a jak je definovat? Za tímto účelem je nutné nejprve vysvětlit pojem spirituality.

Spiritualita je velmi abstraktní, mnohvrstevný pojem. Českým synonymem pojmu je duchovnost. Spiritualita je vždy definována uvědomováním si vyšší, transcendentní pravdy či instance, přesahující hranice každodenního světa. Tato vyšší instance je nazývána posvátnem (sacrum) a lidé ho mohou chápat i nazývat různě (Sovářiová Soosová, 2022, str. 16). Nejčastější představou je existence boha, a to v různých náboženstvích. Může se však jednat o různé systémy osobní víry – např. někdo může smysl života vnímat skrze vědu a vědecké poznání. Důležité je, že posvátno přináší do našeho života smysl, klid a harmonii. Vztah jedince s posvátnem však může paradoxně obsahovat i pocity negativní, např. hněv. V takových případech mluvíme o spirituální tísní (tamtéž, str. 16). V kontextu zdravotnictví se to může stát např. u nevléčitelných onemocnění nebo úmrtí blízké osoby (vztek na boha, pocit nesmyslnosti bytí, aj.).

Pro účely této práce je nezbytné chápat spiritualitu právě v širším smyslu slova, nikoli pouze s ohledem na institucionalizované náboženství. Podobně např. klasik hlubinné psychologie, C. G. Jung, mluví o nezbytnosti dialogického a pružného vztahu individuálního vědomí jedince s jeho nevědomím, a to i nevědomím kolektivním, které je obecné pro všechny živé bytosti. Toto kolektivní nevědomí je obrovský rezervoár možností a ovlivňuje každého z nás. Spiritualita je právě o postoji vědomí k této transcenci a o jeho ochotě a schopnosti absorbovat obsahy z kolektivního nevědomí. Pokud toho lidské vědomí není schopno (a tedy spirituálně „stagnuje“), přebírá nevědomí

moc nad jedincem: „*Pokud (takto) roste vliv kolektivního nevědomí, ztrácí vědomí svou vůdčí moc. Nepozorovaně se stává tím vedeným, přičemž vedení se postupně ujímá nevědomý a neosobní proces. Tak se vědomá osobnost, aniž to pozoruje, posouvá jako jedna z figurek na šachovém poli neviditelného hráče. A je to on, kdo rozhoduje tuto osudovou partii, nikoli vědomí a jeho úmysl.*“ (C. G. Jung, 2000, str. 54). Zdravé spirituální postoje či návyky tedy, řečeno s Jungem, představují významný nástroj udržování psychické rovnováhy. Omezit vnímání spirituality čistě na náboženství jako takové by bylo jistojistě redukcí celého významu.

V tomto kontextu bychom mohli rozlišovat pojmy „spirituální“ a „religiozní“. Religiosita podle Říčana (2002, str. 16) pochází z latinského *ligare*, což znamená vázat. Spojení *re-ligare* pak znamená vzájemné provázání. V tomto pojmu se skrývá vzájemný vztah člověka a boha. Přívlastek „religiozní“ tedy chápeme v tomto užším smyslu, byť existují i definice, které jej rovněž chápou v obecnější rovině (viz např. Štampach, tamtéž, str. 16). Lidská potřeba hledání vyššího smyslu (z definice výše tedy spirituální snaha) se logicky nemusí projevovat striktně náboženskými představami. C. G. Jung mluví o všeobecné potřebě řádu a celkového smyslu, který transcenduje každodenní život (C. G. Jung, 1993, str. 108). Tuto potřebu ozvláštňení či usouvztažňení mají dokonce i ateisté, ač si toho nemusí být nutně vědomi. Důležité je, že hledání posvátna v každodenním životě je inherentní lidskou potřebou, jejíž naplňování má nepochybný významný dopad na kvalitu života a celkového zdraví.

Spirituální potřeby jsou často konceptualizovány ve třech rovinách:

- Potřeba spojení s posvátnem, transcendentnem – Potřeba pocitu spojení s přítomností Boha, v tomto kontextu zažít pocit absolutní lásky, přijetí, pochopení, smíření a harmonie. Skrze pocit spojení s vyšší bytostí může pacient nalézt smysl vlastního životního směřování, smíření se s vlastní nedokonalostí skrze pocit milosti Boží.
- Potřeba spojení se sebou samým – Tato potřeba je spojena se sebezpřijetím, sebereflexí, nahlédnutím do vlastního nitra a propojením se s autentickým bytím jedinečnosti člověka. Onemocnění s sebou může přinášet překážky v přijetí sebe sama. Pacient může být konfrontován se ztrátou soběstačnosti, ztrátou schopnosti plně ovládat své tělo nebo ztrátou části těla. Potřeba spojení se sebou samým ovlivňuje sebeobraz pacienta a ovlivňuje jeho motivaci k péči o vlastní tělo.

- Potřeba spojení s jinými lidskými bytostmi – Zahrnuje potřebu kontaktu s blízkou osobou, láskou, soucitem, odpuštěním, respektem a úctou. Naplnění této potřeby může probíhat s blízkou osobou pacienta, ale i spojení s pečující osobou. Autentická přítomnost a aktivní naslouchání ze strany sestry pomáhá k uspokojení potřeby smysluplného kontaktu s druhým, obzvláště cítí-li se pacient opuštěn a osamocen (Sovářová Soosová, 2022, str. 17).

2.3 Uspokojování spirituálních potřeb v nemocničním prostředí

Pacient je během hospitalizace vytržen z vlastního prostředí a je nucen přizpůsobit se organizaci a chodu nemocnice. Uspokojování svých potřeb, které doposud určoval sám a svým vlastním tempem, je nyní nucen přizpůsobit mnoha dalším okolnostem. Samotná nemoc pacienta může omezit jeho schopnost samostatně uspokojovat svoje vlastní potřeby a vzniká závislost na dopomoci zdravotnického personálu (Trachtová, 2018, str. 17).

Při organizaci ošetrovatelské péče spadá uspokojování potřeb pacienta do základní náplně práce zdravotnického týmu. Moderní ošetrovatelství nahlíží na člověka skrze biologicko-psycho-sociální-spirituální model. Vychází z konceptu holismu-pohlížíme na člověka jako integrovanou jednotku biologických, psychologických, sociálních a spirituálních fenoménů, které musíme uchopovat celostně a individuálně. Opomenutí těchto rozměrů vede ke zkreslení poznatků a redukci komplexity lidského existence (tamtéž, str. 9).

Spirituální aspekt prožívání nemoci byl medicínou paternalistického stylu značně opomíjen. Velký problém pro integraci uspokojování spirituálních potřeb také představovala marxistická materiálně založená ideologie, která se aktivně snažila eliminovat tyto prvky ze společnosti a zdravotní péče. Tímto vývojem byly země východního bloku značně poznamenány a výzkum vztahů spirituality, zdraví a nemoci začal v těchto zemích probíhat později ve srovnání se státy Západní Evropy. I v Západní Evropě během osmdesátých a devadesátých letch museli výzkumníci překonávat negativní stereotypy a neochotu většinového proudu medicíny. Na univerzitách vznikaly programy zkoumající spiritualitu a její vliv na zdraví člověka a k roku 2000 celkem 124

univerzit zahrnuje zkoumání spirituálních potřeb a náboženství do výuky medicíny a ošetrovatelství (Koenig, 2012, str. 34).

Spirituální péče v ošetrovatelství však není nově vzniklým fenoménem. Ve středověku chronicky nemocní lidé byly odkázáni na služby klášterních hospiců a chudobinců, kde probíhala veškerá ošetrovatelská a sociálně péče o nemocné a osoby neschopné zaopatřit vlastní potřeby. Péče o spirituální dimenzi je integrálním komponentem mnoha ošetrovatelských teorií-Virginie Hendersonové, Calisty Royové, Marjory Gordonové, etc. Již Florence Nightingalová ve svém díle *Poznámky o ošetrovatelství* popisuje žádoucí způsob podpory pacienta ve zdrojích jeho sil, víry, přesvědčení raději než vzbuzovat planou a falešnou naději nebo zahlcovat jeho uši zbytečným klevetěním (Nightingale 1898, str. 56).

Integraci spirituální péče do ošetrovatelské praxe podporují profesionální pečovatelské organizace, včetně mezinárodní zdravotnická organizace (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2018; WHO, 1998).

2.3.1 Spirituální potřeby a ošetrovatelský proces

Velké množství odborných a vědeckých studií poukazuje na význam role sestry při posuzování spirituálních potřeb pacienta a benefity spirituální péče poskytované sestrami. Důležitou součástí je otevřený a empatický přístup, který se nespolehá pouze na intuici, ale také čerpá ze zkušenosti opřené o znalosti na důkazech založeného výzkumu a odborných znalostí ostatních členů multidisciplinárního týmu (Green, 2021).

Existují různé úrovně hodnocení spirituální dimenze: screening, anamnéza a hloubková anamnéza. Tyto úrovně se liší v hloubce obsahového zaměření a v časové dotaci věnované sběru informací od pacienta.

Spirituální screening představuje základní metodu získávání informací o spirituálních potřebách pacienta. Většinou realizuje screening sestra při prvním setkání s pacientem. Jeho účelem je časná identifikace možné duchovní tísně u pacienta, pro případ nutných intervencí zaměřených na eliminaci diskomfortu pacienta (Taylor, 2020, str. 2). Definici duchovní tísně se bude blíže věnovat kapitola Ošetrovatelské diagnózy a spiritualita.

Spirituální anamnéza je součástí osobní anamnézy a měla by být provedena sestrou nebo lékařem během prvního dne hospitalizace. Častá redukce spirituální anamnézy v ošetrovatelské praxi na otázku příslušnosti k organizovanému náboženství

nepostihuje spirituální potřeby v jejich úplnosti. Návštěva kostela, čtení náboženských textů, členství v náboženské komunitě, či modlitba představují čistě religiózní část spirituální dimenze. Pro potřeby spirituální anamnézy je vhodné tyto informace zjistit, nesmíme však opomenout méně patrné aspekty spojené s každodenním prožíváním pacienta.

Otázky by měly být vedeny také na směřování a smysl života pacienta, jakým způsobem nemoc zasahuje do sebepojetí pacienta, do jeho vnímání smysluplně tráveného času a celkového směřování pacientova života čelícímu novým výzvám spojeným s nemocí. Měli bychom zjišťovat, co pacientovi přináší radost v jeho životě, jakým úskalím nyní čelí vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, jaké mají dopady nemoci vliv na smysluplné prožívání pacientova života (tamtéž, str. 3).

Hlubková spirituální anamnéza je intenzivním posouzením duchovních problémů. Vyžaduje složitější metody a diagnostické postupy např. počítačovou tomografií (CT) nebo magnetickou rezonancí (MRI). Je tedy v kompetenci lékaře a kněze (nemocničního kaplana věnujícího se pastorální medicíně) v rámci multidisciplinárního týmu (Sovářiová Soosová, 2022, str. 90).

Ve zdravotnictví se nejčastěji pracuje se třemi modely spirituální anamnézy, které blíže popíšu:

- FICA model – Tento model byl vyvinut na základě zkušeností v paliativní medicíně. Tvoří ho následující komponenty, které využívají písmena akronymu jako počáteční písmena:
 - F - Faith and beliefs = víra a přesvědčení. Tato část modelu je změřena na pacientův vlastní popis, co pro něj víra představuje, jak vypadá jeho víra v jeho životě, jaký má pro něj význam.
 - I - Importance and Influence = důležitost a vliv na život a nemoc. Změřeno na důležitost a priority pacienta. Zjišťuje jeho hodnoty a jejich souvislost s vírou a spiritualitou a jakou formu konkrétně nabývají v životě pacienta.
 - C - Community = náboženská komunita. Zjišťuje, zdali je pacient členem nějaké náboženské komunity či komunity, která sdílí jeho hodnoty a přesvědčení. Mapuje, jakou oporu získává pacient v této komunitě a potřebu a způsob, jak s touto komunitou udržovat odpovídající kontakt.

- A - Adress = Realizace péče, jak by měl poskytovatel zdravotní péče řešit spirituální potřeby pacienta během hospitalizace (Puchalski, Rommer, 2000, str. 131).
- SPIRIT model – Tento model byl vyvinut pro lékaře, pro usnadnění rozhovoru/získání spirituální anamnézy. Je využíván pro propojení plánování zdravotních a duchovních intervencí, tak aby byly v souladu a nezpůsobovaly pacientu diskomfort. Jednotlivé komponenty modelu využívají písmena akronymu jako počáteční písmena:
 - S - Spiritual beliefs system = Systém duchovních přesvědčení. Zaměřuje se na náboženské vyznání/spirituální přesvědčení, systém víry.
 - P - Personal spirituality = Osobní spiritualita. Zaměřuje se na osobní prožívání duchovního života pacienta
 - I - Integration and involment in spiritual comunity = Integrace, zahrnutí v duchovní komunitě. Zaměření na potřebu sdílení v duchovní komunitě, zda pacient získává ze společenství oporu a jak by měla být tato komunita zapojena řešení zdravotních problémů pacienta
 - R - Ritualised practices and restrictions = Rituály, praktiky, zvyky a omezení spojené s vírou nebo náboženstvím. Mapuje potřebu účasti na náboženských rituálech (mše, zpověď, přijímání), dále praktiky zlepšující životní styl, pravidla, která pacient dodržuje, a jaké restriktce ovlivňující zdravotní péči (druh stravy, krevní transfúze) pacient odmítá podstoupit na základě náboženského přesvědčení.
 - I - Implication for medical care = Význam, důsledky pro poskytování zdravotní péče. Tento bod se zaměřuje na duchovní intervence a možnosti realizace spirituálních praktik. Také mapuje překážky ve vztahu k poskytovateli péče založené na náboženském přesvědčení.
 - T - Terminal events planing = Plánování spirituální nebo náboženské péče v případě vážného či terminálního stavu. Tento

bod se zaměřuje na plánování spirituální a zdravotní péče v blízkosti smrti. Mapuje potřeby rituálů a možnosti participace rodiny a blízkých během posledních dní života pacienta. Dále zahrnuje duchovní péči o pozůstalé (Maugans 1996, str. 9).

- HOPE model byl formulován pro usnadnění sběru spirituální anamnézy pro lékaře a sestry. Publikován v časopise American Family Physician. Jednotlivé komponenty modelu využívají písmena akronymu jako počáteční písmena:
 - H - Hope-sources of hope, meaning, comfort = zdroje naděje, smyslu komfortu a vnitřního klidu. Zaměřuje se na vnitřní zdroje pacienta, z čeho čerpá naději, vnitřní sílu, vnitřní klid.
 - O - Organised Religion = organizované náboženství Tento bod mapuje příslušnost k náboženství, jakou roli hraje náboženská/duchovní komunita, jak pomáhá pacientovi zvládat obtíže spojené s nemocí.
 - P - Personal spirituality and Practice = Osobní duchovní přesvědčení a praktiky. Tento bod se zaměřuje na osobní vnímání spirituality a jejich každodenní realizaci při konkrétních rituálech a praktikách.
 - E - Effects on medical practice and end-of-life issues = vliv na ošetrovatelskou péči a záležitosti spojené s koncem života. Tento bod mapuje realizaci duchovních praktik v nemocničním prostředí, mapuje prostor pro účast zdravotnického personálu na spirituálních praktikách. Popisuje překážky a restrikce ve zdravotní péči (dietní omezení, krevní transfúze). Dále upřesňuje průběh posledních dnů života pacienta a s nimi spojených náboženských úkonů (Anandarajah, Hight, 2001, str. 87).

Pro spirituální anamnézu u verbálně nekomunikujících pacientů v intenzivní péči byla vyvinuta Komunikační karta pro duchovní péči jako nástroj pro komunikaci sester a duchovních (Berning et al., 2016). Skrze obrázky a piktogramy umožňuje neverbální

komunikaci zaměřenou na téma spirituality. V první části lze s pomocí obrázků identifikovat náboženskou příslušnost pacienta. V druhé části je možnost identifikovat pocity spojené s duchovním požíváním. Ve třetí části může pacient hodnotit duchovní bolest a tíseň. A ve čtvrté části může pacient identifikovat duchovní zásahy a náboženské rituály, na kterých by chtěl s duchovním participovat (Sovářiová Soósová, 2022, str. 93).

2.3.2 Ošetrovatelské diagnózy a spiritualita

Hlavní oporu pro diagnostiku v ošetrovatelství představuje taxonomie NANDA International (North American Nursing Diagnostic Association). Taxonomie sestává ze 13 domén, které jsou dále rozděleny do tříd, obsahujících specifické ošetrovatelské diagnózy. Oblast spirituality a duchovního života je zahrnuta do domény 10 – Životní principy. Posun výzkumu v oblasti spirituality odráží úpravy v nejnovější verzi taxonomie (Herdman et al., 2021, str. 460), kde dochází k úpravě diagnózy 00066 Duchovní tíseň. Nyní podrobněji popíšu jednotlivé třídy domény 10 Životní principy:

- Třída 1 Hodnoty – tato třída aktuálně neobsahuje žádné diagnózy
- Třída 2 Přesvědčení – Tato třída se zabývá názory očekávání a soudy o lidském chování, zvycích, rituálech a institucích nesoucích v sobě přirozenou a skutečnou hodnotu pro člověka.
 - 00068 Ochota zlepšit spirituální pohodu – pacient vykazuje ochotu zlepšení přijetí nemoci a sebezpřijetí. Pracuje na vnitřních zdrojích svých sil – naději, víře, smíření, lásce a přijetí druhých do svého života.
- Třída 3 Význam, víra a kongruence chování – Tato třída je nejobsáhlejší z celé domény. Více se zaměřuje na problémy a výzvy stojící před duchovním životem nemocných. Zabývá se vztahy, změnami a rovnováhou mezi hodnotami, přesvědčením a morálním jednáním člověka.
 - 00184 Odhodlání pro zlepšení rozhodování – Tato diagnóza je zaměřená na pacientovu snahu ovlivnit vzorce jeho chování spojené se smysluplným naplněním života, naplnění dlouhodobých

- a krátkodobých plánů spojených s kvalitou života a zlepšením prožívání nemoci/zdraví.
- 00083 Konflikt v rozhodování – Tato diagnóza se opírá o pocit nejistoty, týkající se rozhodnutí mezi neslučitelnými jednáními spojenými s ohrožením, ztrátou nebo výzvou vůči zachovávanými hodnotami a přesvědčením. Mapuje vnitřní konflikt pacienta – napětí, váhání, stažení se do sebe.
 - 00242 Omezení samostatného rozhodování – Tato diagnóza je spojená s procesem rozhodování týkajícího se volby zdravotní péče, která je v rozporu se společenskými normami nebo naráží na limity přizpůsobení potřebám pacienta v nemocničním prostředí vedoucí k neuspokojivému rozhodnutí. Zde je zahrnuto nejistota volby formy zdravotní péče kvůli rozporům v přesvědčení pacienta a jeho životním prioritám, přílišné obavy odsouzení životního stylu či přesvědčení, omezené schopnosti verbalizovat problémy spojené se zdravotní péčí a hodnotami a přesvědčením pacienta.
 - 00244 Riziko omezení samostatného rozhodování – Tato potencionální diagnóza mapuje riziko a překážky v rozhodování pacienta o zdravotní péči v rámci jeho hodnot a přesvědčení. Zahrnuje nejistotu pacienta ve vyjádření vlastních postojů, nedostatečný prostor pro vyjádření výhrad pacienta vůči zdravotní péči a nedostatečné pochopení možností zdravotní péče a potencionálních konfliktů s vlastními zvyky.
 - 00243 Odhodlání pro zlepšení samostatného rozhodování – Tato podpůrná diagnóza mapuje snahu pacienta na zlepšení procesu rozhodování díky sebepoznání a podpoře zdravotního personálu. Zahrnuje zájem o zlepšení informovanosti o možnostech léčby a možnostech přizpůsobení zvykům, rituálům a hodnotám pacienta.
 - 00175 Morální tíseň – Diagnóza popisuje neschopnost pacienta jednat dle jeho etického přesvědčení. Týká se mnoha eticky komplikovaných oblastí jako například péče spojená s koncem života, interrupce a další eticky problematické rozhodování spojené se zdravotní péčí.

- 00169 Zhoršení religiozity – Tato diagnóza popisuje zhoršení schopnosti pacienta prožívat vlastní duchovní život a účastnit se na rituálech spojených s jeho vírou. Do této diagnózy jsou zahrnuty nejen negativní dopady na schopnost pacienta účastnit se duchovních rituálů, ale také vnitřní konflikt spojený se ztrátou víry a vyrovnávání se se ztrátou opory náboženské komunity.
- 00170 Riziko zhoršení religiozity – Potenciální diagnóza mapující riziko zhoršení duchovního prožívání. Může být spojeno s pocity sociálního vyloučení, kulturní odlišnosti, nedostatečném prostoru k vyjádření hodnot a přesvědčení.
- 00171 Odhodlání zlepšení religiozity – Tato podpůrná diagnóza se zaměřuje na pacientovu ochotu (znovu) zapojení do religiózní aktivity a rituálů duchovní tradice. Mapuje ochotu pacienta zaměřit se na jeho prožívání duchovního života a obnovení nebo prohloubení účasti na duchovních rituálech
- 00066 Duchovní tíseň
- 00067 Riziko duchovní tísně

Diagnóza Duchovní tíseň je zahrnuta do taxonomie I již od roku 1978. V nejnovějším vydání taxonomie NANDA byla v roce 2020 přepracována základě 18 mezinárodních studií. Definují ji jako „Stav utrpení spojený s omezením schopnosti integrovat význam a smysl v životě skrze spojení se sebou samým, ostatními lidmi, se světem a vyšší mocí.“ (tamtéž, str. 462).

Možné příznaky zahrnují nadměrný pocit viny, nadměrný hněv na sebe samého a na vyšší moc, konflikty systému hodnot, pocity prázdnoty, beznaděje, strachu, utrpení, pocity ztráty kontroly, odvahy a směřování a smyslu života. Pacient může pochybovat o své identitě, významu utrpení a vlastní důstojnosti. Pacient může prožívat kulturní konflikt, bariéru prožívání lásky, depresivní symptomy, obtíže s přijetím nemoci, pocity opuštění až zrady, problémy se sebekontrolou a vztahy s blízkými.

Tato ošetrovatelská diagnóza je velmi závažná a dramaticky snižuje kvalitu života pacienta. Zdravotnický personál by měl být schopen včas identifikovat problémy spojené s duchovní tísní.

Riziko duchovní tísně – Tato potenciální ošetrovatelská diagnóza mapuje náchylnost pacientů vůči duchovní tísní. Mezi rizikové faktory patří chronická bolest,

úzkost, depresivní příznaky, ztráta soběstačnosti, vytržení z podpůrných systémů bližních, socio-kulturní deprivace a užívání návykových látek.

Do rizikové skupiny patří pacienti prožívající: ztrátu partnera či blízké osoby, neplodnost, přechodové životní období (puberta, menopauza), vytržení z kulturního prostředí a mezikulturní konflikt, vystavení živelným katastrofám a vystavení traumatickým zkušenostem (oběti útoku, zneužívání, znásilnění). Další skupinu tvoří pacienti, pro které je nutný zdravotnický zásah traumatizující: amputace končetin, zážitky narušující tělesný sebeobraz, například mastektomie, stomický sáček.

Díky včasné diagnóze rizika duchovní tísně je možné provést spirituální intervence, které u pacienta mohou předejít rozvinutí duchovní tísně. Pacientovi je vhodné nabídnout službu duchovního nebo psychologa, aby ke zdravotnímu zotavení mohla napomáhat duchovní pohoda (Martins, 2020).

2.3.3 Spirituální intervence

Spirituální intervence jsou prostředek, který mohou zdravotníci využívat pro zlepšení duchovní pohody pacientů. Nemocniční kaplani a duchovní jako specializovaní pracovníci v pastorační péči o nemocné poskytují specifické náboženské úkony, které přísluší kněžskému stavu – svátost přijímání, zpověď, křest, poslední pomazání a další rituální náboženské praktiky.

Jádrem spirituálních intervencí je upřímná a autentická lidskost, otevřenost vůči smýšlení hodnotám a hodnotám druhých. Zde je velmi důležitá reflexe vlastních postojů vůči duchovnímu rozměru života. Pokud skrýváme vlastní postoje, ať už jsou pozitivně nebo negativně orientované k duchovnu, nevytváříme bezpečné prostředí pro sdílení prožitků, pocitů a přesvědčení pacienta. I když sestra v Boha nevěří, pokud tento postoj reflektuje a je ochotná sdělit ho pacientovi, vytváří u pacienta ochotu vyjádřit vlastní postoj, i když je opačný (Wu et al., 2015, str. 431). Otevřenost, upřímnost a sebereflexe jsou základními stavebními kameny pro úspěšné poskytování spirituální péče.

„Terapeutické“ prostředí – Vytvoření prostředí, kde může pacient prožívat svůj duchovní život bez předsudků. Cílem je vytvořit prostředí otevřené, prostor k introspekci a hlubšímu prožívání duchovních aspektů života. Dále by mělo být umožněno sdílení prožitků, prostor k svěřením se s trápením a práci s emocemi (Zborowsky, Kreitzer, 2022, str. 188).

Autentická přítomnost – Zde jde o přítomnost u nemocného, plně vnímající a sdílející jeho prožitky a pocity. Sestra by svou pozornost měla věnovat pacientovi a

reflektovat, co se díky její přítomnosti děje s emocionálním a duchovním stavem pacienta. Důležité je sdílení pocitů a podpora zdrojů naděje pacienta. Bez této intervence se může pacient cítit opomíjený, jen jako přítěž a upadat do pocitů zbytečnosti a beznaděje. Skutečně autentická přítomnost dodává pacientu naději. Pokud si není sestra jistá, co má říct, je vhodné mlčet, rozhodně není vhodné nutit se do rozhovoru. Je důležitá úplná přítomnost – ne poklizení stolu pacienta nebo přemýšlení, jak bude trávit čas po směně. Pacient neúplnou přítomnost vycítí a může přitížit pocitům, že je pacient na obtíž (Advocat et al., 2023, str. 37).

Aktivní naslouchání – Komunikační metoda využívající pečlivé naslouchání, pozorování neverbálních projevů pacienta a parafrázování sdělení, pro ujištění se ve vzájemném pochopení sdělení. Vyžaduje schopnost věnovat plnou pozornost formujícímu se sdělení pacienta ve verbální i neverbální součásti komunikace. Tato metoda je formována snahou o porozumění jako hlavní prioritou. Tréning této metody je tedy hlavně věnován udržení stability pozornosti (Vybíral, 2009, str. 123). Výsledkem aktivního naslouchání by mělo být posunutí v porozumění a obohacení pochopením na obou stranách účastníků se komunikace.

Tři nejčastější překážky aktivního naslouchání jsou nacvičování odpovědi, filtrování a snaha radit. U nacvičování odpovědi se sestra více zaměřuje na odpověď, kterou chce pacientovi dát než na jeho sdělení. Filtrování se projevuje vyslyšením pouze očekávaného sdělení a vypuštěním komplikujících obsahů sdělení. Snaha radit redukuje sdělení pacienta na problém, který za něj chce sestra vyřešit. Tyto bloky v komunikaci mohou vést k frustraci pacienta a opuštění jeho snahy sdělit své niterné pocity druhým. V oblasti duchovního života často panuje mezi zdravotnickým personálem mnoho předsudků, které dále narušují atmosféru důvěry a porozumění. Sebereflexe je hlavním nástrojem, jak zabránit vzniku komunikační bariéry.

Dotyk – Dotyk je jedním z nejpřirozenějších způsobů neverbální komunikace. Sestry jsou v intenzivním a často intimním kontaktu s pacienty a musí míru dotyku přizpůsobit prožívání pacienta. Během fyzické péče pacienti často vyjadřují úzkost, strach ze ztráty soběstačnosti a obavy spojené se závislostí na druhých. Také se mohou svěřovat s duchovními obtížemi a obavami (Clarke, Baume, 2019, str. 42). Dotyky můžeme dělit na instrumentální – probíhající během péče, zdravotnických výkonů, expresivní – komunikační (např. uchopení pacienta za rameno při sdělení varování spojené s rizikem pádu) a terapeutický – často spojený s alternativními léčebnými praktikami. Expresivní dotyk může být využíván pro uklidnění pacienta, vyjádření sdílené zkušenosti a blízkosti

druhé osoby. Potřeba dotyku je velice silná. V útlém dětství se projeví nedostatek dotyku rodičů zpomalením vývoje, v dospělosti byl prokázán negativní vliv nedostatku sociálního dotyku na pocit osamění (Araújo, 2020, str. 7).

Podpora vztahu k sobě, druhým a k Bohu – Tato intervence je spojená s podporou sebereflexe u pacienta, hledání duchovních zdrojů opory. Sestra může podpořit pacienta nebo doporučit služby nemocničního kaplana či jiného duchovního.

Společná modlitba – Intervence ve prospěch podpory spirituálních aktivit pacienta. Modlitba či meditace může pacientům přinést pocit znovunalezení směru v životě, smíření se sebou samým a bližními nebo pocit vnitřního klidu a rovnováhy. Modlit se může pacient s duchovním nebo v případě ochoty se může sestra pomodlit s pacientem sama. Modlitba může být doplněna o četbu náboženských textů nebo vystavení posvátných předmětů.

Návštěva posvátného prostoru – Tato intervence spočívá v doprovodu pacienta do nemocniční kaple nebo na jeho oblíbené místo k rozjímání. Pacientovi může ulevit již opuštění prostoru úzce spojeného s nemocí a změna prostředí. Posvátný prostor je často místem plným ticha a rozjímání. Pacient se zde může za účasti duchovních podílet na individuálních nebo skupinových rituálech. Například se může pacient účastnit křtu dítěte v rodině, může přijímat svátost oltární, využít zpovědi nebo přijmout poslední pomazání. Podpora účasti na rituálech pomáhá pacientovi k nabití vnitřního klidu, pocitu sounáležitosti s duchovní komunitou a blízkými a pocitu smyslu života zapadající do sféry Vyšší moci. Důležitá je spolupráce s nemocničním kaplanem - u pacientů jež nejsou schopni návštěvy kaple nebo preferující intimnější prostředí vlastního pokoje je docházková služba nemocničního kaplana vhodnější volbou realizace duchovního rozhovoru a náboženských rituálů.

2.3.4 Spirituální potřeby a péče multidisciplinárního týmu

Velmi důležitým aspektem integrace péče o spirituální potřeby pacientů je spolupráce multidisciplinárního ošetrovatelského týmu na jeho realizaci.

Role lékaře – Z hlediska spirituálních potřeb pacienta je důležité, aby bral lékař potenciální restriktce a specifické požadavky spojené s náboženským přesvědčením v potaz při formulování plánu péče. Někteří věřící pacienti mají specifické požadavky na zdravotní péči. Může jít o odmítání některých intervencí, např. odmítání transfúzí, transplantací nebo umělé plicní ventilace. V jiných případech jde o respektování specifických postupů a rituálů spojených s koncem života. Lékař by se měl snažit

odstraňovat potenciální problémy, které by kvůli rozporu s náboženským přesvědčením pacientů mohli vzniknout. Dále je nutné respektovat specifické zvyky a kulturní praktiky spojené s přesvědčením pacientů například dbaní na vyšetření lékařem stejného pohlaví. Úkolem lékaře je díky dobré komunikaci předcházet komplikacím spojeným s duchovním přesvědčením pacientů.

Roli lékaře ve vztahu k spirituálním potřebám pacientů na jednotkách intenzivní péče popisuje studie Zkoumání spirituality během kritického zdravotního stavu: Přehled současné literatury. „V průběhu 30 hodin po smrti blízké osoby odchází 14% rodin po smrti blízkého člena rodiny s příznaky post-traumatické stresové poruchy (PTSD). Včasné zapojení duchovního nebo psychologa a respektování náboženských zvyků spojených s koncem života a smrtí vedlo ke snížení příznaků PTSD a jejich případné včasné terapeutické zpracování těchto zátěžových situací.“ (Gordon et al., 2018, str. 79). Je zde zdůrazněna role lékaře jako odpovědné osoby za včlenění spirituální péče spojené s náhlým úmrtím a péčí o truchlící rodinu pacienta.

Role duchovního - Vlivem součinnosti Asociace nemocničních kaplanů a Katolické asociace kaplanů (mající charakter blízký profesní komoře s povinným členstvím pro katolické nemocniční kaplany) byl formulován Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví o duchovní péči z roku 2017. Ten zajišťuje smluvní podmínky mezi církvemi a zdravotnickými zařízeními lůžkového charakteru. Díky těmto ustanovením jsou nemocniční kaplani zapojeni do multidisciplinárního týmu realizujícího zdravotní a ošetrovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních (Němec, 2017).

Nemocniční kaplan je zapojen v případě zájmu pacienta do péče a koordinuje uspokojování duchovních potřeb pacienta. Specifická role duchovního vychází z jeho kněžského svěcení. V náboženských a duchovních záležitostech hraje roli zprostředkovatele mezi Bohem a člověkem. Pouze kněz provádět některé náboženské rituály, laikové se jich mohou pouze účastnit. Věřícím je takto zprostředkován kontakt s posvátnem spojený s unikátní rolí duchovního.

Kromě péče o duchovní potřeby pacientů mohou služby nemocničních kaplanů využívat i ostatní členové zdravotnického zařízení. Pokud chtějí sestry pomáhat uspokojovat spirituální potřeby nemocných, je vhodné, aby získaly reflexy vlastních postojů k duchovnímu životu. Nemocniční kaplan může také sloužit jako „supervizor“ pro spirituální intervence vykonávané sestrou.

Role sestry – Sestry jsou v každodenním kontaktu s pacienty a díky tomu jsou v první linii pomyslného boje za respektování a uspokojování spirituálních potřeb

pacientů. Měly by mít přehled o vyznání a spirituálních činnostech praktikovaných pacientem. V rámci shromáždění anamnézy by měla sestra provést vyhodnocení spirituální anamnézy. Na základě získaných informací by měla sestra zvážit nabídku služeb duchovního. V případě zájmu spadá na sestru povinnost informovat lékaře o spolupráci duchovního a sloužit jako koordinátor realizace duchovní péče.

Náplní práce sestry v péči o pacienta je podporovat jeho lidskou důstojnost. Mnohé výše zmíněné spirituální intervence nemusejí být prováděny jen u věřících pacientů. Autentická přítomnost, aktivní naslouchání, kongruence pečující osoby jsou všeobecné postupy odrážející principy péče založené na hodnotách empatie a pomoci bližním. Tyto hodnoty mají v historicky křesťanských zemích kořeny v křesťanské etice a tradici. Jsou tedy neoddělitelnou součástí péče všech zdravotních pracovníků.

2.3.5 Nástroje měření spirituálních potřeb

Používání měřicích nástrojů v plánování ošetrovatelské péče je jedním ze základních prvků na důkazech založené ošetrovatelské péče. Standardizované dotazníky představují vhodný nástroj objektivního posouzení spirituálních potřeb pacientů. Zde budou uvedeny nejčastěji používané dotazníky:

SHALOM – (Spiritual Health and Life-Orientation Measure) Dotazník obsahuje dvacet položek seřazených do čtyř domén: osobní (vztah k sobě samému), sociální (vztah k ostatním), environmentální (vztah k životnímu prostředí) a transcendentální (vztah k Bohu, či k jiné podobě transcendentna)

WHOQOL - (World Health Organization's Quality Of Life – Spirituality, Religion and Personal Beliefs). Dotazník se skládá z 32 položek s hodnocením na Likertově stupnici (od 0 = vůbec až 5 = velmi) a obsahuje osm oblastí – duchovní spojení, význam a smysl života, zkušenosti s hrůzou a se zázraky, celistvost a integrace, spirituální síla, vnitřní mír, víra, naděje a optimismus. Tento dotazník byl validován mezinárodně. Studie byly provedeny nejen v prostředí Evropy a Severní Ameriky, ale také z prostředí Číny, Indie a Blízkého Východu. Ještě nebyl proveden oficiální překlad tohoto dotazníku do češtiny.

FACIT Sp 12 - (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being) Dotazník měří míru uspokojení spirituálních potřeb ve vztahu s kvalitou života pacientů. Součástí dotazníku jsou tři subškály spirituality: Smysl (života), Smíření a Víra a čtyři subškály kvality života Fyzické zdraví (PWB), Společenské a rodinné vztahy (SWB), Emocionální stav (EWB) a Funkční stav (FWB). V analýze využití dotazníku

měření spirituality v nemocničním prostředí bylo odhaleno nejčastější používání právě tohoto dotazníku (Monod et al., 2011, str. 1355).

SIWB - (Spirituality Index of Well-being) obsahuje 12 položek: 6 z domény vlastní schopnosti a 6 z domény schématu života. Využíván je často u seniorské populace (Lee a Salman, 2016, s. 421).

Škála spirituální tísně – Tento dotazník je obzvláště vhodný k posouzení ošetrovatelské diagnózy duchovní tíseň. Obsahuje 30 položek rozdělených do čtyř domén - vztah k sobě samému, vztahy k druhým, vztah k Bohu a vztah ke smrti. (Ku et al., 2010)

2.4 Přehled dříve realizovaných studií

Bail a Lazenby provedli v roce 2014 studii Systematický přehled Spojitosti mezi spirituální pohodou a kvalitou života u škálových a faktorových studií u pacientů s rakovinou. Srovnávali 32 studií provedených několika dotazníky FACIT Sp, SWBS (Spiritual Well-Being Scale) a dalšími (Bai, Lazenby, 2014).

Monod et al. ve studii Nástroje měřící spirituality v klinickém výzkumu z roku 2011 provedl analýzu používání standardizovaných dotazníků ve výzkumných studiích spirituálních potřeb pacientů v nemocničním prostředí (Monod et al., 2011).

Alverenga et al., ve studii Důkazy o validitě vnitřní struktury dotazníku FACIT Sp 12 v Brazílii na dospělých pacientech trpících chronickým onemocněním došli k závěru, že kvalita života pacientů byla pozitivně ovlivněna mírou uspokojení spirituálních potřeb měřených dotazníkem FACIT Sp 12 (Alvarenga et al., 2022).

První studii v českém prostředí provedli Tavel et al., v Československé Psychologii. Psychometrická analýza škály posouzení terapie chronických nemocí – Spirituální osobní pohoda (FACIT Sp 12) v českém prostředí z roku 2018. Na náhodně vybraném vzorku 1000 respondentů z celkové populace ČR mapovali korelace demografických údajů a míru uspokojení spirituálních potřeb respondentů (Tavel et al., 2018).

Dalším výzkum provedl Marciniak ve své dizertační práci Mindfulness a spiritualita v kontextu kognitivního úbytku ve stáří. Dizertační práce obsahuje dvě studie zabývající se religiozitou a spiritualitou ve stáří, dále o vlivu mindfulness a delších spirituálních praktik na život, duševní zdraví a spirituální pohodu u osob s mírným kognitivním deficitem. Také obsahuje bohatou teoretickou část, osvětlující význam religiózních a spirituálních praktik pro život člověka se zvláštním zaměřením na stáří a druhou polovinu života (Marciniak, 2019).

Studie Šetření integrace spirituální péče do programu vzdělávání na německy mluvících lékařských fakultách mapuje posun v začleňování spirituální péče do náplně vzdělávání lékařů a sester (Taverna et al., 2019).

Studie Efekt edukační intervence na postoje vztahující se ke spiritualitě ve zdravotnictví provedený Smothers et al., v roce 2019 popisuje změny postojů mediků po začlenění přednášek věnující se spirituálním potřebám nemocných a efekt na jejich další působení v roli lékařů (Smothers et al., 2019).

Gordonová v čele autorského kolektivu publikovala studii Řešení spirituality v průběhu kritické nemoci z roku 2018 zabývající se integrací spirituální péče do prostředí jednotek intenzivní péče (Gordon et al., 2019).

Poznatky z těchto studií budou srovnávány s poznatky získanými zpracováním vlastním výzkumem práce a budou prezentovány v Diskuzi.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V úvodu empirické části budou uvedeny cíle práce a pracovní hypotézy vztahující se ke kvantitativnímu výzkumu, který byl proveden ve Fakultní nemocnici v Motole. Dále bude prezentována metodika sběru dat a charakteristika výzkumného souboru. Získaná data budou popsána a v závěru empirické části bude uvedena diskuse, ve které budou zhodnoceny výsledky vlastní práce ve vztahu k pracovním hypotézám.

3.1 Cíle práce a stanovení hypotéz

V této podkapitole jsou popsány cíle empirické části práce a pracovní hypotézy.

- Cíl č. 1: Sestavit dotazník vlastní konstrukce a zadat ho určené skupině.
- Cíl č. 2: Vyhodnotit statisticky významná data.
- Cíl č. 3: Statisticky významná data interpretovat.
- Cíl č. 4: Vyvodit závěry z vlastního šetření a stanovit doporučení pro praxi.

Na shora uvedené cíle navazují následující pracovní hypotézy:

H1 Lze předpokládat, že kvalita života respondentů bude souviset s uspokojením jejich spirituálních potřeb.

H1₀ - Neexistuje souvislost mezi kvalitou života respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H1_A-Existuje souvislost mezi kvalitou života respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H2 Lze předpokládat, že pohlaví respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb

H2₀ - Neexistuje souvislost mezi pohlavím respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H1_A - Existuje souvislost mezi pohlavím respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H3 Lze předpokládat, že vyznání respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H3₀ - Neexistuje souvislost mezi vyznáním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H3_A - Existuje souvislost mezi vyznáním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H4 Lze předpokládat, že účast respondentů na spirituálních praktikách bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H4₀ - Neexistuje souvislost mezi účastí respondentů na spirituálních praktikách a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H4_A - Existuje souvislost mezi účastí respondentů na spirituálních praktikách a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H5 Lze předpokládat, že vzdělání respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H5₀ - Neexistuje souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H5_A - Existuje souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H6 Lze předpokládat, že věk respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H6₀ - Neexistuje souvislost mezi věkem respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H6_A - Existuje souvislost mezi věkem respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

3.2 Metodika sběru dat

Pro získání potřebných dat k provedení bakalářské práce byla vybrána kvalitativní metoda šetření. Využito bylo dvou dotazníků-standardizovaný dotazník FACIT SP 12, licencovaný společností FACIT.org a dotazníkem vlastní konstrukce. Dotazník vlastní konstrukce obsahoval 13 otázek, z nichž 11 bylo uzavřených a 2 otázky polouzavřené. U polouzavřených otázek byl zpřístupněn prostor v dotazníku pro vlastní odpovědi respondentů v případě, že jim nevyhovovaly nabízené varianty. Ke dvěma polouzavřeným otázkám se vázaly dvě odpovědi podmíněné odpovědi na předchozí otázku. V případě volby varianty žádné u polouzavřených otázek nemuseli respondenti odpovídat na navazující otázky.

V úvodu dotazníku je prezentováno oslovení respondentů, popis účelu šetření a vysvětlení smyslu výzkumu, a instrukce pro vyplnění dotazníku. U standardizovaného dotazníku byly ponechány instrukce ve standardizované podobě. Dotazník vlastní konstrukce mapuje charakteristiku respondentů doplněné o zjišťovací otázky. Šetření probíhalo v anonymní podobě, a plné znění obou dotazníků je uvedeno jako příloha č. x.

3.3 Organizace vlastního výzkumu

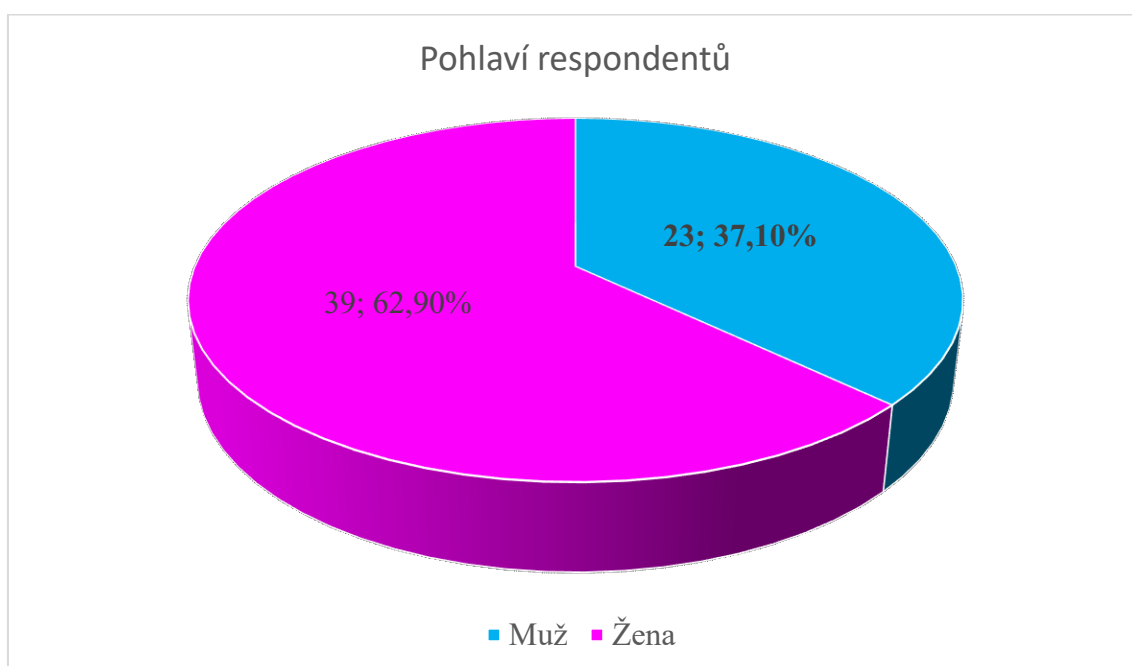
Před zahájením vlastního výzkumu byla zajištěna licenční smlouva pro použití standardizovaného dotazníku FACIT SP 12, a provedena formulace dotazníku vlastní konstrukce. Oba dotazníky byly s návrhem výzkumu předloženy ke schválení etické komisi FN Motol. Etická komise vydala souhlas, který je přiložen jako příloha č.2. Dále byla oslovena hlavní sestra FN Motol, která souhlasila s provedením výzkumu a oslovení byli s žádostí o provedení dotazníkového šetření přednostové III. Chirurgické kliniky1 LF UK a FN Motol, Interní kliniky 2 LF UK a FN MOTOL a primářka Centra následné péče FN Motol.

Bylo provedeno pilotní šetření, během kterého bylo zadáno 10 dotazníku pacientům III. Chirurgické kliniky. Hlavním záměrem bylo ověření srozumitelnosti obou dotazníků, správnost formulace otázek, porozumění struktuře standardizovaného dotazníku a orientační zjištění časové dotace pro vyplnění obou dotazníků. Dotazníky z provedené pilotáže nejsou zahrnuty do výsledků vlastního výzkumu.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

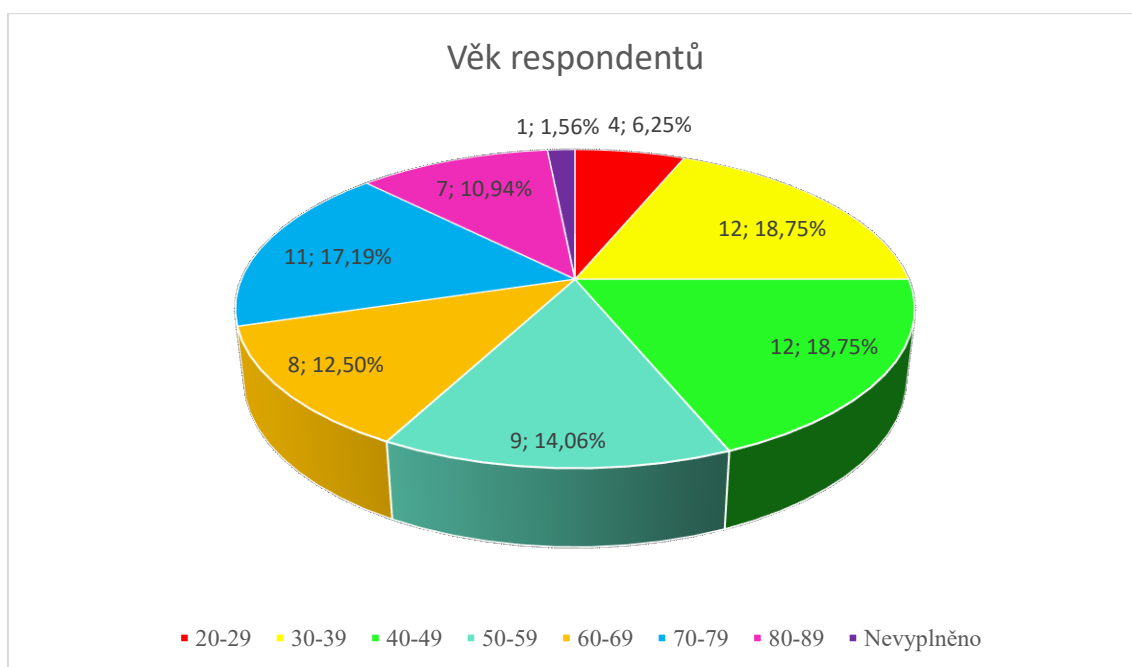
Výzkumný soubor se skládal z pacientů III. Chirurgické kliniky 1 LF UK a FN Motol, Interní kliniky 2 LF UK a FN MOTOL a pacientů LDN-Centra následné péče Fakultní nemocnice v Motole. Dotazovaní pacienti III. Chirurgické kliniky byli hospitalizováni na Jednotce intenzivní péče a na standardním a transplantačním oddělení kliniky. Ostatní pacienti byli hospitalizováni na standardních lůžkových jednotkách Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol a Centra následné péče FN Motol.

Výzkumný soubor je charakterizován podle pohlaví, věku, velikosti místa bydliště, regionu bydliště, nejvyššího dosaženého vzdělání a příslušenství k vyznání nebo církvi.



Obrázek 2 Pohlaví respondentů

Z grafu na obrázku č.2 je patrné, že z celkového počtu 62 (100 %) ženy tvoří nadpoloviční většinu, jejich počet činil 39 (62,90 %) a menšinu představovali muž 23 (37,10 %). Žádný z respondentů neuvědl třetí možnost Nechci uvést. Oslovováni byli respondenti obou pohlaví rovnoměrně, u žen však byla ochota vyplnit dotazník vyšší než u mužů.



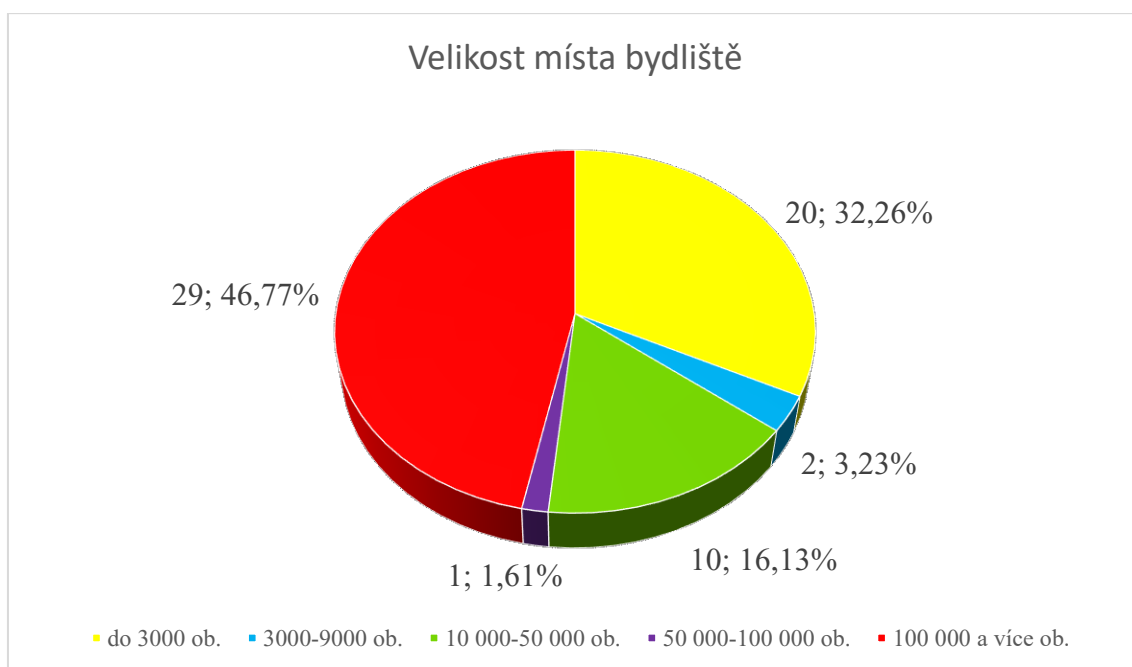
Obrázek 3 Věk respondentů

Na obrázku č. 3 je zobrazen sloupcový graf věku respondentů podle jednotlivých decenií. Můžeme pozorovat rovnoměrné rozvrstvení věku respondentů s výjimkou věkové skupiny 20-30 let, která je výrazně menší. Žádný z respondentů nespádl do kategorie 18-20 let a do kategorie 90+ let.

Popisná statistika- věk respondentů						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
61	54,30	52,00	24,00	87,00	17,03	31,362 %

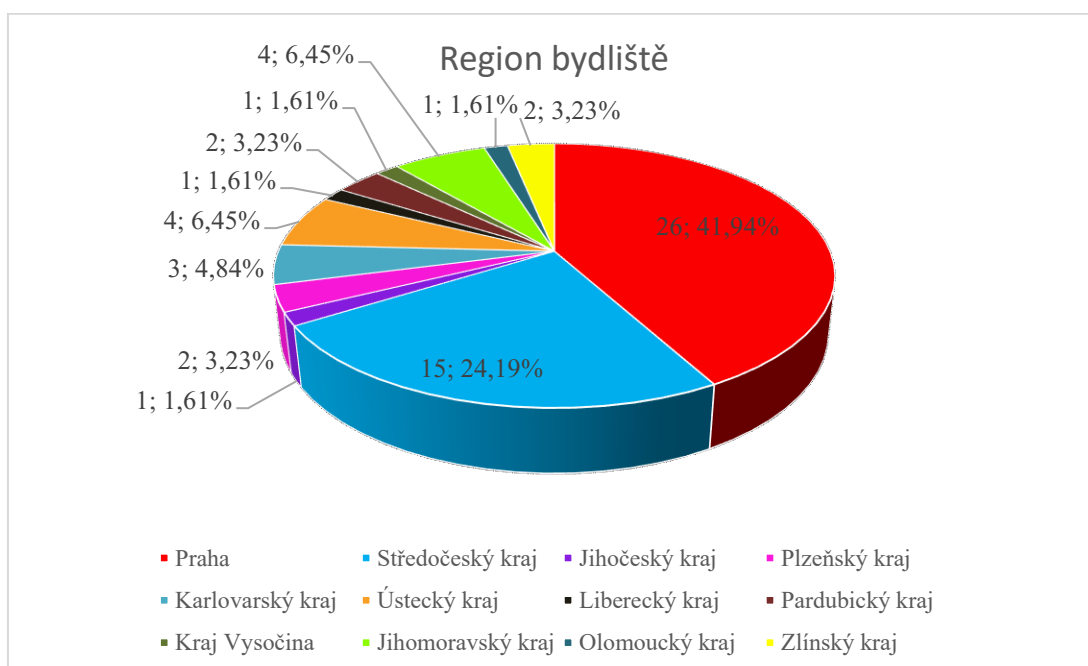
Tabulka 1 Popisná statistika – Věk respondentů

Výše uvedená tabulka č. 1 zobrazuje věkové rozložení respondentů. Můžeme na zde pozorovat zastoupení většiny věkových kategorií. Primární exkluzivní kritérium výzkumu, zaměřeného na dospělé část pacientů FN Motol je starší 18 let. Nejmladšímu respondentu bylo 24 let, nejstaršímu respondentu bylo 87 let. Jeden z respondentů svůj věk nevedl a zůstalo 61 platných údajů o věku respondentů. Celkový aritmetický průměr věku představuje 54.30 let, medián věku je 52,00 let a směrodatná odchylka je 17,03.



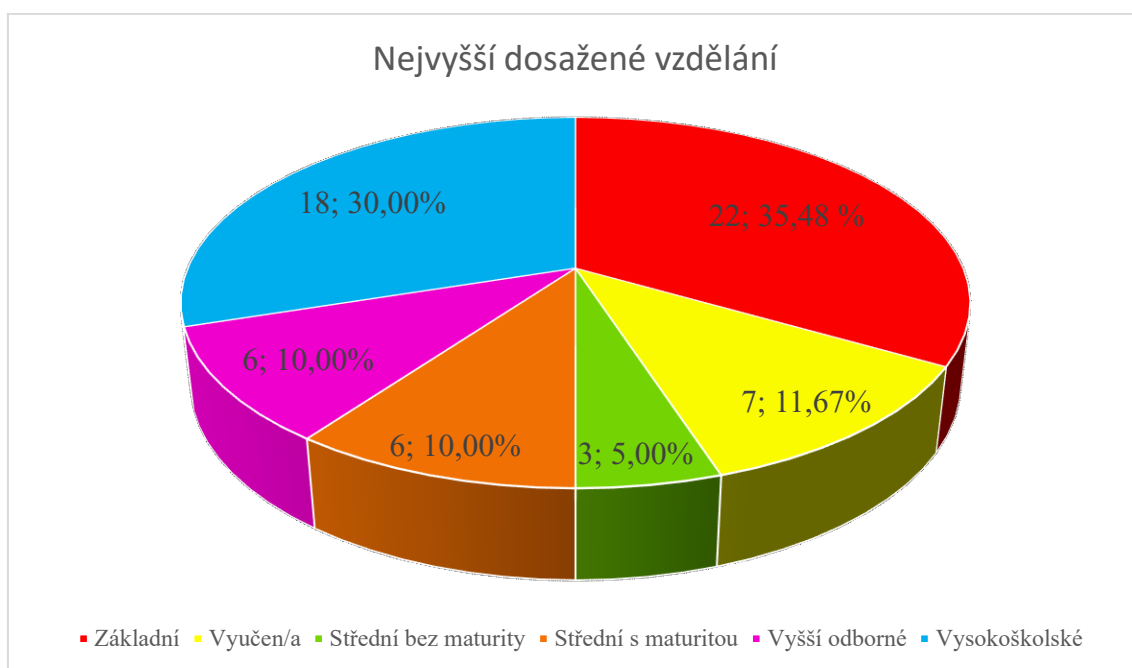
Obrázek 4 Velikost místa bydliště

Soubor respondentů tvořilo 20 (32,26 %) obyvatel obcí velikosti do 3 000 ob., 2 (3,23 %) obyvatel obcí 3 000-10 000 ob., 10 (16,13 %) obyvatel obcí 10 000- 50 000 ob., 1 (1,61 %) obyvatel obcí 50 000-100 000 ob, a 29 (46,77 %) obyvatel obcí nad 100 000 ob. Grafické znázornění výšečovým grafem je na obrázku č. 4.



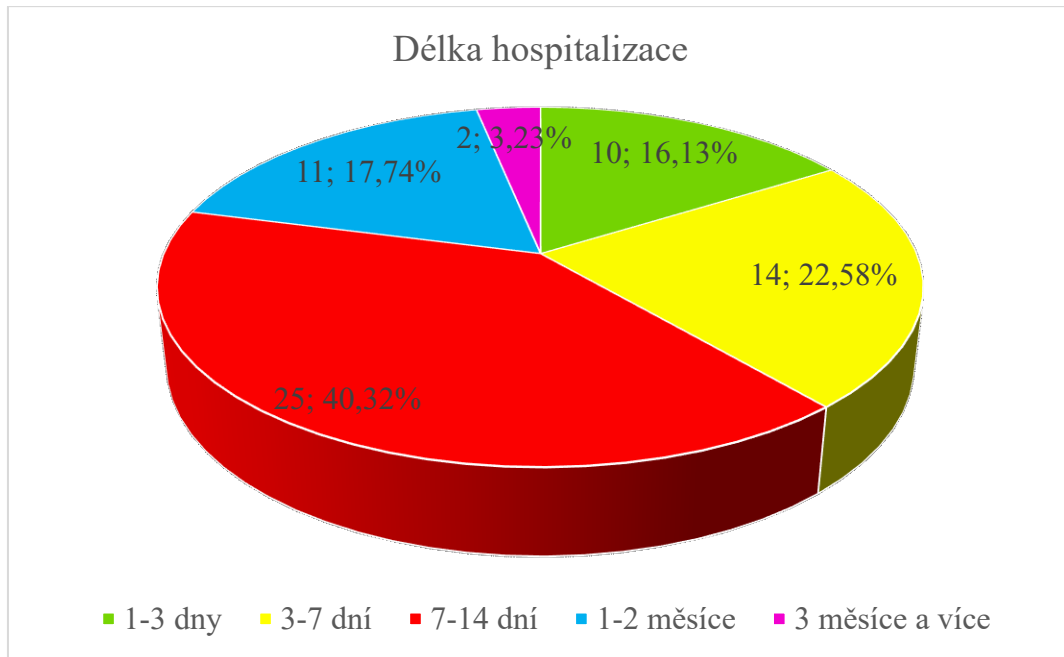
Obrázek 5 Velikost místa bydliště

Soubor respondentů se skládal dle regionu bydliště takto: Praha 26 (41,94 %), Středočeský kraj 15 (24,19 %), Jihočeský kraj 1 (1,61 %), Plzeňský kraj 2 (3,23 %), Karlovarský kraj 3 (4,84 %), Ústecký kraj 4 (6,45 %), Liberecký kraj 1 (1,61 %), Pardubický kraj 2 (3,23 %), Kraj Vysočina 1 (1,61 %), Jihomoravský kraj 4 (6,45 %), Olomoucký kraj 1 (1,61 %) a Zlínský kraj 2 (3,23 %). Graficky znázorněná tato data můžeme pozorovat na obrázku č. 5.



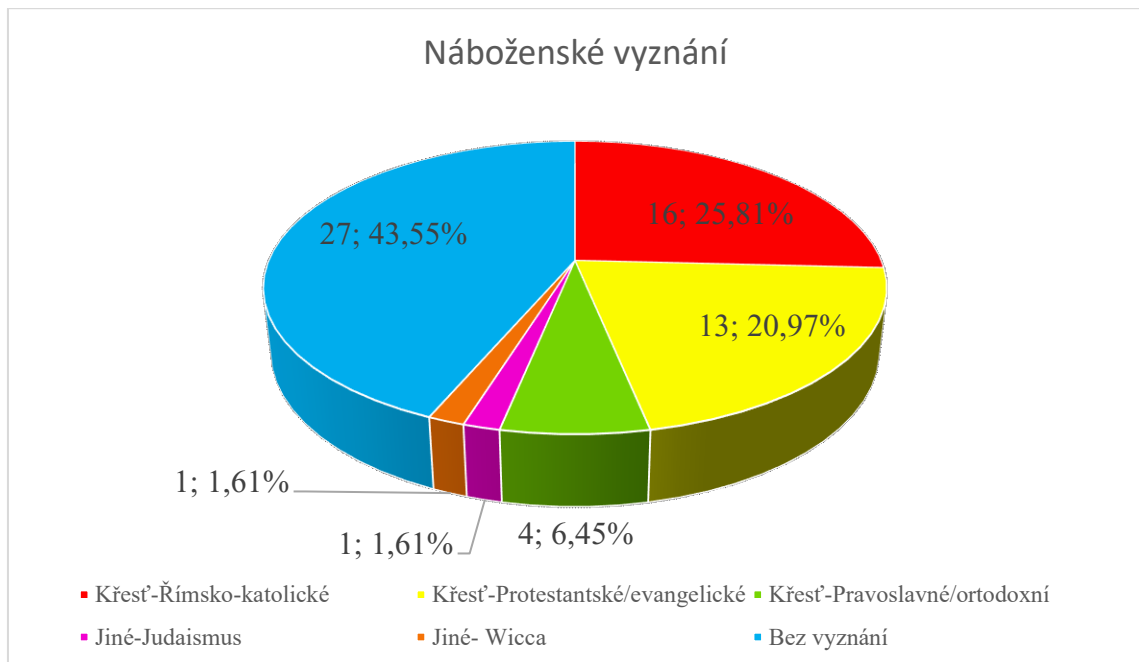
Obrázek 6 Nejvyšší dosažené vzdělání

V souboru respondentů zastupovalo třetinu vzdělání základní 22 (35,48 %), dále vyučen/a 7 (11,67 %), střední bez maturity 3 (5,00 %), střední s maturitou 6 (10,00 %), vyšší odborné 6 (10,00 %) a vysokoškolské 18 (30,00 %). Graficky znázorněné výsledky můžeme pozorovat na obrázku č. 6.



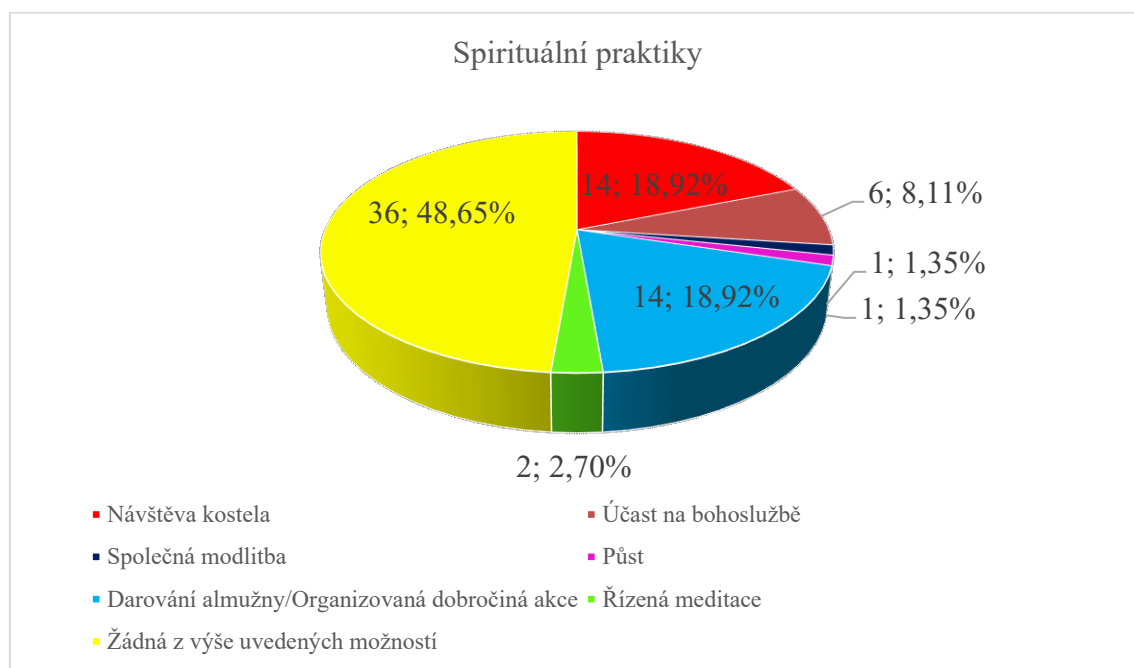
Obrázek 7 Délka hospitalizace

Obrázek č. 7 zobrazuje délku hospitalizace respondentů. Celkem 10 (16,13 %) bylo hospitalizováno po dobu 1-3 dní, 14 (22,58 %) 3-7 dní, 25 (40,32 %) 7-14 dní, 11 (17,74 %) 1-2 měsíce a 2 (3,23 %) 3 měsíce a více. Graficky znázorněné výsledky můžeme pozorovat na obrázku č. 7.



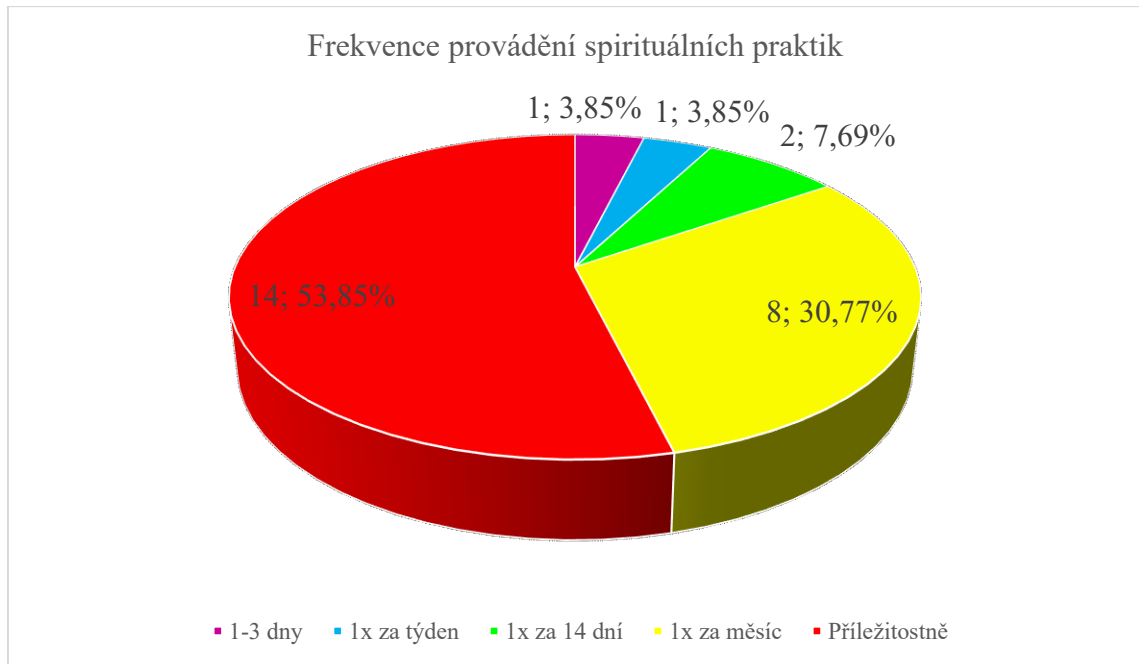
Obrázek 8 Náboženské vyznání

Respondenti byli dotazováni na své náboženské vyznání. 27 (43,55 %) se nehlásilo k žádné církvi/duchovní organizaci. 16 (25,81 %) se hlásilo k Římskokatolickému vyznání, 13 (20,97 %) se hlásilo k protestantskému/evangelickému vyznání, 4 (6,44 %) k pravoslaví/ortodoxní církvi. 2 respondenti vybrali možnost jiné- 1 (1,61 %) Judaismus a 1 (1,61 %) Wicca. Graficky znázorněné výsledky můžeme pozorovat na obrázku č. 8.



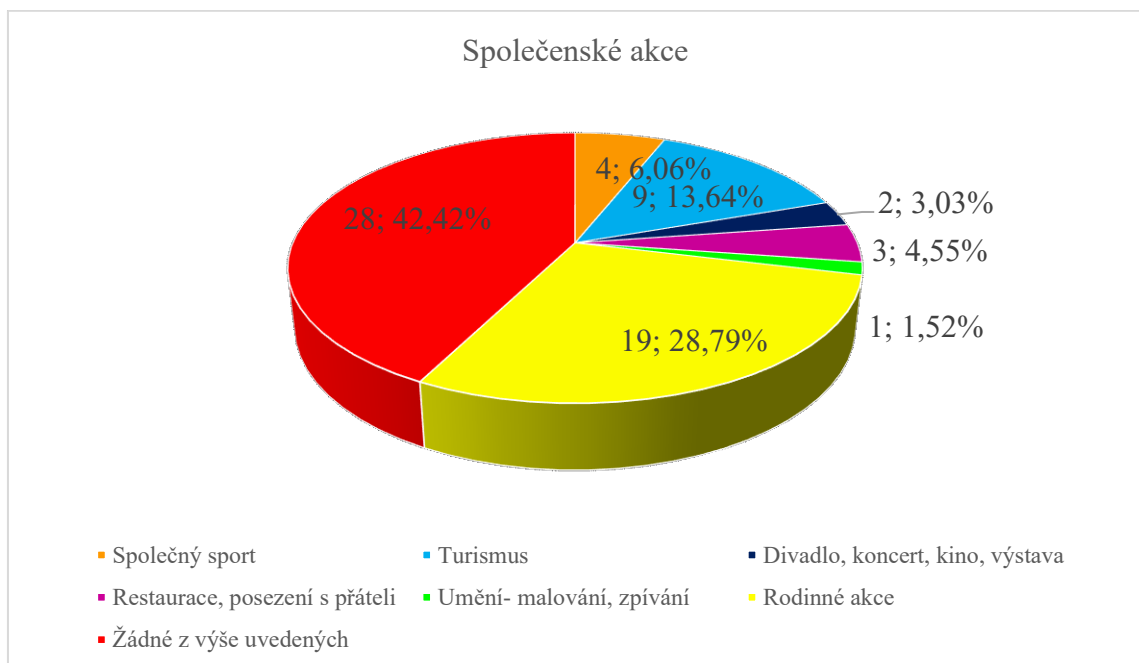
Obrázek 9 Spirituální praktiky

Obrázek č. 9 popisuje odpovědi respondentů na otázku, Účastnili jste se některé z těchto spirituálních praktik v době před hospitalizací? Otázka měla více možných odpovědí a respondenti mohli vybrat více než jednu odpověď. Graf na obrázku znázorňuje počet odpovědí-celkem n=74, z toho 7 respondentů vybralo více než jednu odpověď. Nejvyšší počet respondentů uvedl odpověď žádná z výše uvedených možností 36 (48,65 %), návštěvu kostela vybralo 14 (18,92 %) respondentů, darování almužny/organizovaná dobročinná akce 14 (18,92 %) respondentů, účast na bohoslužbě vybralo 6 (8,11 %) respondentů, Řízenou meditaci vybrali 2 (2,70 %) respondenti, půst vybral 1 (1,35 %) respondent stejně jako možnost společná modlitba také 1 (1,3 %) respondent. Žádný z respondentů nevyužil možností zpověď a jóga.



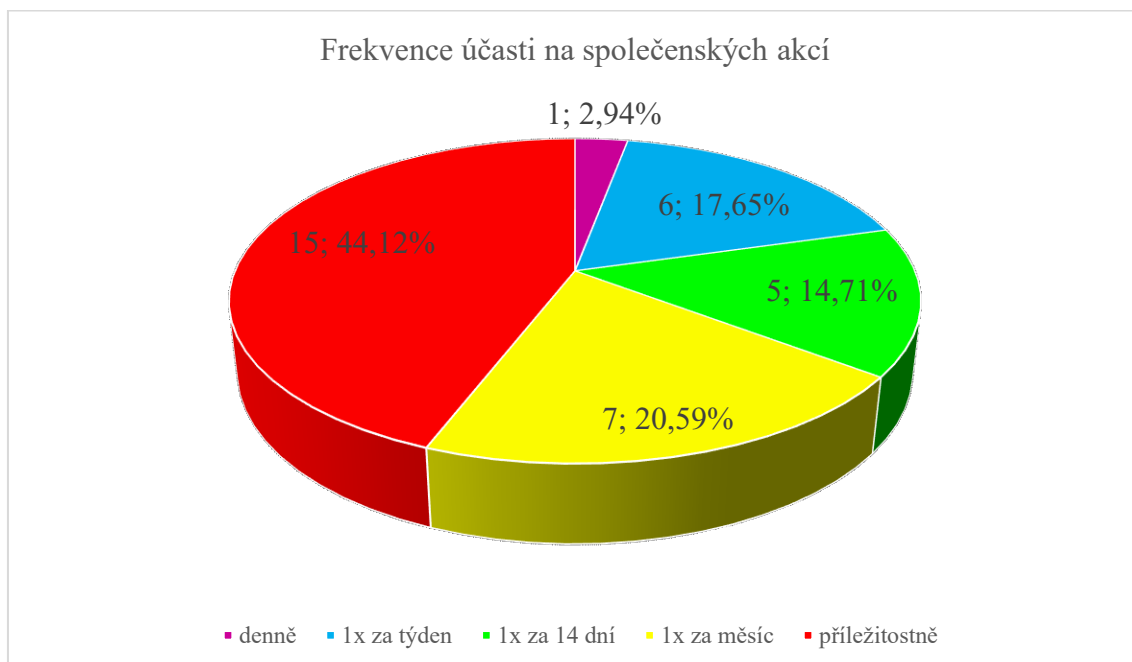
Obrázek 10 Frekvence provádění spirituálních praktik

Obrázek č. 10 popisuje odpovědi respondentů, kteří uvedli jednu z možností v otázce na účasti na spirituálních praktikách. Celkový počet odpovědí bylo $n=26$, 36 respondentů neodpovědělo, a v předcházející otázce vybralo žádná z výše uvedených možností. Nejvyšší počet odpovědí odpovídá příležitostně 14 (53,85 %), dále 1x za měsíc 8 (30,77 %), 1x za 14 dní 2 (7,69 %), 1x za týden 1 (3,85 %) a jednou za 1-3 dny 1 (3,85 %). Možnost denně nevyužil ani jeden z respondentů.



Obrázek 11 Společenské akce

Obrázek č. 11 popisuje odpovědi respondentů na otázku Účastnili jste se jiných společenských akcí v době před hospitalizací? Otázka měla více možných odpovědí a respondenti mohli vybrat více než jednu odpověď. Graf na obrázku znázorňuje počet odpovědí-celkem n=66, z toho 2 respondenti vybrali více než jednu odpověď. Nejvyšší počet respondentů uvedl odpověď žádná z výše uvedených možností 28 (42,42 %), dále rodinné akce vybralo 19 (28,79 %) respondentů, turismus 9 (13,64 %), společný sport vybralo 6 (8,11 %) respondentů, restaurace, posezení s přáteli vybrali 3 (4,55 %) respondenti, divadlo, koncert, kino, výstava vybrali 2 (3,03 %) respondenti a 1 (1,52 %) respondent vybral/a umění - malování, zpívání. U této otázky byly využity všechny možnosti nabízené v dotazníku.



Obrázek 12 Frekvence účasti na společenských akcích

Obrázek č. 12 popisuje odpovědi respondentů, kteří uvedli jednu z možností v otázce na účast na společenských akcích. Celkový počet odpovědí bylo n=33, 28 respondentů neodpovědělo, a v předcházející otázce vybralo žádná z výše uvedených možností. Nejvyšší počet odpovědí odpovídá příležitostně 15 (44,12 %), dále 1x za měsíc 7 (20,59 %), 1x za týden 6 (17,65 %), 1x za 14 dní 5 (14,71 %), a denně 1 (2,94 %). Možnost jednou za 1-3 dny nevyužil ani jeden z respondentů.

3.2 Výsledky vlastní práce

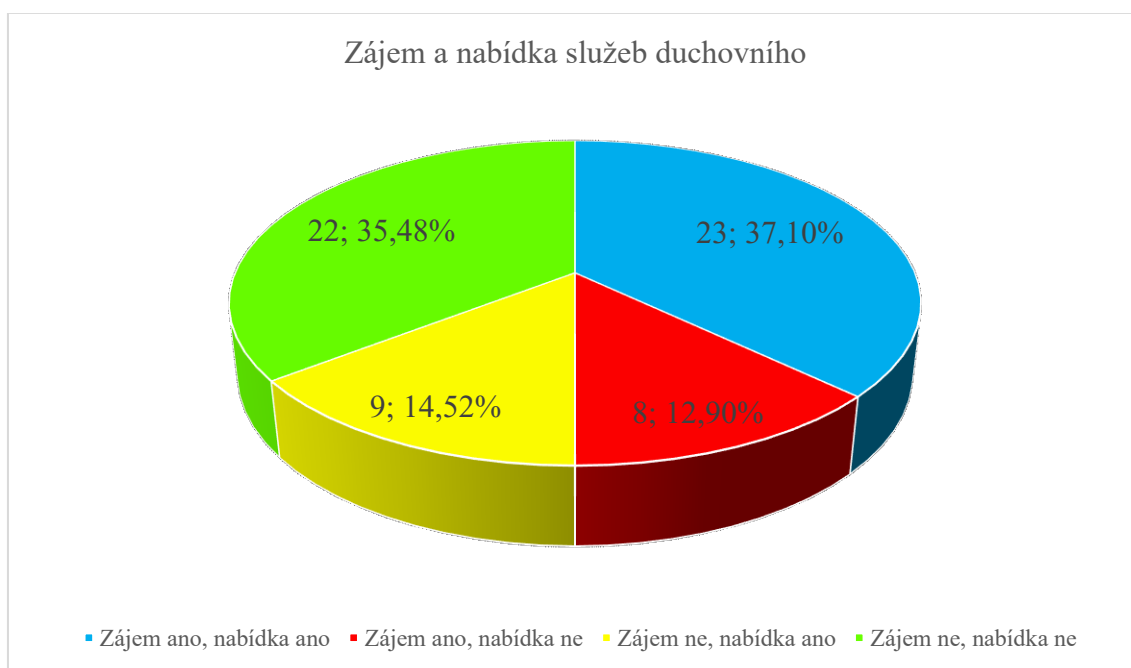
V této kapitole budou prezentovány výsledky posledních dvou otázek dotazníku vlastní konstrukce a dále všechny výsledky odpovědí ve standardizovaném dotazníku FACIT Sp 12. Dotazník je rozdělen na dvě hlavní části, které se dále dělí na pod-škály.

První část mapuje kvalitu života pacientů ve čtyřech oblastech: fyzické zdraví (PWB), sociální zázemí (SWB), emocionální zázemí (EWB) a fungování v běžných životních úkonech (FWB). Součtem těchto skóreů je skór FACIT-G skór kvality života pacientů – Otázky modulu G jsou označovány dle subškály GP, GS, GE a GF dle jednotlivých zkratk popisných výše.

Druhá část je 12 výroků mapujících spirituální potřeby pacientů rozdělená do třech pod-škál: Význam života, Smíření a Víra.

Zájem a nabídka služeb duchovního ve FN Motol				
		Nabídka služeb duchovního		
		ano	ne	celkem
Zájem o služby duchovního	ano	23	8	31
	ne	9	22	31
celkem		32	30	62

Tabulka 2 Zájem a nabídka služeb duchovního ve FN Motol



Obrázek 13 Zájem a nabídka služeb duchovního

Jak lze pozorovat na výsledcích tabulky č. 2, zájem o služby duchovního měla polovina 31 (50,00 %) respondentů a druhá polovina 31 (50,00 %) neměla o služby duchovního zájem. Služby duchovního byly nabídnuty 32 (51,62 %) respondentům a nebyly nabídnuty 30 (48,38 %) respondentů.

Dále díky srovnání těchto dvou proměnných můžeme rozdělit soubor respondentů do čtyř skupin, jak graficky znázorňuje obrázek č. 12, 23 (37,10 %) respondentům byly nabídnuty služby duchovního a měli o ně zájem; 9 (14,52 %) respondentům byly nabídnuty služby duchovního a neměli o ně zájem; 22 (35,48 %) respondentům nebyly nabídnuty služby duchovního a neměli o ně zájem, a v poslední skupině 8 (12,90 %) respondentům nebyly nabídnuty služby duchovního, i když o ně měli zájem.

Na základě těchto výsledků můžeme posoudit nabídku duchovních služeb ve FN Motol. Skupina respondentů, která měla zájem o poskytnutí služeb duchovního a nedostala jejich nabídku je nejmenší a představuje 8 (12,90 %) respondentů. U zbývajících 54 (87,10 %) respondentů nedošlo k opomenutí nabídky služeb duchovního - u 45 respondentů odpovídala nabídka ne/zájmu respondentů a 9 byly služby nabídnuty, i když o ne respondenti zájem neměli. Pro multidisciplinární ošetrovatelský tým tedy 12,90 % nenaplněných očekávání představuje výzvu k vylepšení povědomí zájmu pacientů o služby duchovního. Doporučení, jak se k této výzvě postavit bude věnována pozornost v diskuzi.

3.2.1 Popisná statistika

GP1: Mám nedostatek energie.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	13	20,96 %
málo	13	20,96 %
středně	19	30,65 %
značně	17	27,42 %
velice	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 3 Mám nedostatek energie

Jak vyplývá z tabulky č. 3, s výrokem „mám nedostatek energie“ vůbec nesouhlasilo 13 (20,96 %) respondentů, málo souhlasilo stejný počet, 13 (20,96 %) respondentů, středně souhlasilo 19 (30,65 %) respondentů, značně souhlasilo 17 (27,42 %) respondentů a možnost velice nevybral ani jeden z respondentů.

GP2: Trpím nevolností.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	6	9,68 %
málo	29	46,77 %
středně	22	35,48 %
značně	5	8,07 %
velice	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 4 Trpím nevolností

Tabulka č. 4 popisuje souhlas s výrokem „trpím nevolností“ vůbec nesouhlasilo 6 (9,68 %) respondentů, málo souhlasilo 29 (46,77 %) respondentů, středně souhlasilo 22 (35,48 %) respondentů, značně souhlasilo 5 (8,07 %) respondentů a možnost velice nevybral ani jeden z respondentů.

GP3: Kvůli svému tělesnému stavu mám problém zajistit potřeby své rodiny.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	6	9,68 %
málo	22	35,48 %
středně	27	43,55 %
značně	6	9,68 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 5 Kvůli svému tělesnému stavu mám problém zajistit potřeby své rodiny

Výsledky souhlasu s výrokem „kvůli svému tělesnému stavu mám problém zajistit potřeby své rodiny“ zobrazuje tabulka č. 5. Vůbec nesouhlasilo 6 (9,68 %) respondentů,

málo souhlasilo 22 (35,48 %) respondentů, středně souhlasilo 27 (43,55 %) respondentů, značně souhlasilo 6 (9,68 %) respondentů a možnost velice vybral 1 (1,61 %) respondent.

GP4: Mám bolesti.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	1	1,61 %
málo	6	9,68 %
středně	25	40,32 %
značně	29	46,77 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 6 Mám bolesti

Výsledky souhlasu s výrokem „mám bolesti“ zobrazuje tabulka č. 6. Vůbec nesouhlasil 1 (1,61 %) respondent, málo souhlasilo 6 (9,68 %) respondentů, středně souhlasilo 25 (40,32 %) respondentů, značně souhlasilo 29 (46,77 %) respondentů a možnost velice vybral 1 (1,61 %) respondent.

GP5: Vedlejší účinky léčby mi činní potíže.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	7	11,29 %
málo	25	40,32 %
středně	25	40,32 %
značně	5	8,06 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 7 Vedlejší účinky léčby mi činní potíže

Výsledky souhlasu s výrokem „vedlejší účinky léčby mi činní potíže“ popisuje tabulka č. 7. Vůbec nesouhlasilo 7 (11,29 %) respondentů, málo souhlasilo 25 (40,32 %)

respondentů, středně souhlasilo 25 (40,32 %) respondentů, značně souhlasilo 5 (8,06 %) respondentů a možnost velice vybral 1 (1,61 %) respondent.

GP6: Cítím se nemocen/nemocná.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	12	19,35 %
málo	9	14,51 %
středně	22	35,48 %
značně	19	30,65 %
velice	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 8 Cítím se nemocen/nemocná

Jak vyplývá z tabulky č. 8, s výrokem „cítím se nemocen/nemocná“ vůbec nesouhlasilo 12 (19,35 %) respondentů, málo souhlasilo 9 (14,51 %) respondentů, středně souhlasilo 22 (35,48 %) respondentů, značně souhlasilo 19 (30,65 %) respondentů a možnost velice nevybral ani jeden z respondentů.

GP7: Jsem nucen/a polehávat.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	11	17,74 %
málo	20	32,26 %
středně	16	25,81 %
značně	15	24,19 %
velice	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 9 Jsem nucen/a polehávat

Tabulka č. 9 popisuje souhlas s výrokem „jsem nucen/a polehávat“ vůbec nesouhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, málo souhlasilo 20 (32,26 %) respondentů, středně souhlasilo 16 (25,81 %) respondentů, značně souhlasilo 15 (24,19 %) respondentů a možnost velice nevybral ani jeden z respondentů.

GS1: Mám blízké vztahy ke svým přátelům.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	6	9,68 %
málo	12	19,35 %
středně	8	12,90 %
značně	25	40,32 %
velice	11	17,74 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 10 Mám blízké vztahy ke svým přátelům

Výsledky souhlasu s výrokem „mám blízké vztahy ke svým přátelům“ zobrazuje tabulka č. 10. Vůbec nesouhlasilo 6 (9,68 %) respondentů, málo souhlasilo 12 (19,35 %) respondentů, středně souhlasilo 8 (12,90 %) respondentů, značně souhlasilo 25 (40,32 %) respondentů a možnost velice vybralo 11 (17,74 %) respondentů.

GS2: Má rodina mne citově podporuje.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	4	6,45 %
málo	8	12,90 %
středně	13	20,97 %
značně	22	35,48 %
velice	15	24,19 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 11 Má rodina mne citově podporuje

Výsledky souhlasu s výrokem „má rodina mne citově podporuje“ popisuje tabulka č. 11. Vůbec nesouhlasili 4 (6,45 %) respondenti, málo souhlasilo 8 (12,90 %) respondentů, středně souhlasilo 13 (20,97 %) respondentů, značně souhlasilo 22 (35,48 %) respondentů a možnost velice vybralo 15 (24,19 %) respondentů.

GS3: Moji přátelé mi poskytují podporu.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	6	9,68 %
málo	13	20,97 %
středně	11	17,74 %
značně	20	32,26 %
velice	12	19,35 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 12 Moji přátelé mi poskytují podporu

Jak vyplývá z tabulky č. 12, s výrokem „moji přátelé mi poskytují podporu“ vůbec nesouhlasilo 6 (9,68 %) respondentů, málo souhlasilo 13 (20,97 %) respondentů, středně souhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, značně souhlasilo 20 (32,26 %) respondentů a možnost velice vybralo 12 (19,35 %) respondentů.

GS4: Má rodina se smířila s mou nemocí.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	7	11,29 %
málo	27	43,55 %
středně	24	38,71 %
značně	4	6,45 %
velice	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 13 Má rodina se smířila s mou nemocí

Tabulka č. 13 popisuje souhlas s výrokem „má rodina se smířila s mou nemocí“ vůbec nesouhlasilo 7 (11,29 %) respondentů, málo souhlasilo 27 (43,55 %) respondentů, středně souhlasilo 24 (38,71 %) respondentů, značně souhlasili 4 (6,45 %) respondenti a možnost velice nevybral ani jeden z respondentů.

GS5: Jsem spokojen/a s tím, jak se v naší rodině hovoří o mé nemoci.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	6	9,68 %
málo	17	27,42 %
středně	28	45,16 %
značně	11	17,74 %
velice	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 14 Jsem spokojen/a s tím, jak se v naší rodině hovoří o mé nemoci

Výsledky souhlasu s výrokem „jsem spokojen/a s tím, jak se v naší rodině hovoří o mé nemoci“ zobrazuje tabulka č. 14. Vůbec nesouhlasilo 6 (9,68 %) respondentů, málo souhlasilo 17 (27,42 %) respondentů, středně souhlasilo 28 (45,16 %) respondentů, značně souhlasilo 11 (17,74 %) respondentů a možnost velice nevybral žádný z respondentů.

GS6: Ke svému partnerovi (nebo k osobě, která je mou hlavní oporou) mám blízký vztah.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	12	19,35 %
málo	8	12,90 %
středně	14	22,58 %
značně	9	14,52 %
velice	19	30,65 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 15 Ke svému partnerovi (nebo k osobě, která je mou hlavní oporou) mám blízký vztah

Výsledky souhlasu s výrokem „ke svému partnerovi (nebo k osobě, která je mou hlavní oporou) mám blízký vztah“ popisuje tabulka č. 15. Vůbec nesouhlasilo 12 (19,35 %) respondentů, málo souhlasilo 8 (12,90 %) respondentů, středně souhlasilo 14 (22,58 %) respondentů, značně souhlasilo 9 (14,52 %) respondentů a možnost velice vybralo 19 (30,65 %) respondentů.

GS7: Můj pohlavní život mne uspokojuje.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	11	17,74 %
málo	8	12,90 %
středně	15	24,19 %
značně	10	16,13 %
velice	18	29,03 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 16 Můj pohlavní život mne uspokojuje

Jak vyplývá z tabulky č. 16, s výrokem „můj pohlavní život mne uspokojuje“ vůbec nesouhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, málo souhlasilo 8 (12,90 %) respondentů, středně souhlasilo 15 (24,19 %) respondentů, značně souhlasilo 10 (16,13 %) respondentů a možnost velice vybralo 18 (29,03 %) respondentů.

GE1: Je mi smutno.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	24	38,71 %
málo	15	24,19 %
středně	8	12,90 %
značně	11	17,74 %
velice	4	6,45 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 17 Je mi smutno

Tabulka č. 17 popisuje souhlas s výrokem „je mi smutno“ vůbec nesouhlasilo 24 (38,71 %) respondentů, málo souhlasilo 15 (24,19 %) respondentů, středně souhlasilo 8 (12,90 %) respondentů, značně souhlasilo 11 (17,74 %) respondentů a možnost velice vybrali 4 (6,45 %) respondenti.

GE2: Jsem spokojen/a s tím, jak se vyrovnávám se svou nemocí.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	2	3,22 %
málo	17	27,42 %
středně	27	43,55 %
značně	15	24,19 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 18 Jsem spokojen/a s tím, jak se vyrovnávám se svou nemocí

Výsledky souhlasu s výrokem „jsem spokojen/a s tím, jak se vyrovnávám se svou nemocí“ zobrazuje tabulka č. 18. Vůbec nesouhlasili 2 (3,22 %) respondenti, málo souhlasilo 17 (27,42 %) respondentů, středně souhlasilo 27 (43,55 %) respondentů, značně souhlasilo 15 (24,19 %) respondentů a možnost velice vybral 1 (1,61 %) respondent.

GE3: Ztrácím naději v boji se svou nemocí.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	14	22,58 %
málo	23	37,10 %
středně	18	29,03 %
značně	7	11,29 %
velice	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 19 Ztrácím naději v boji se svou nemocí

Výsledky souhlasu s výrokem „ztrácím naději v boji se svou nemocí“ popisuje tabulka č. 19. Vůbec nesouhlasilo 14 (22,58 %) respondentů, málo souhlasilo 23 (37,10 %) respondentů, středně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů, značně souhlasilo 7 (11,29 %) respondentů a možnost velice nevybral ani jeden z respondentů.

GE4: Jsem nervózní.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	17	27,42 %
málo	16	25,81 %
středně	21	33,87 %
značně	7	11,29 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 20 Jsem nervózní

Jak vyplývá z tabulky č. 20, s výrokem „jsem nervózní“ vůbec nesouhlasilo 17 (27,42 %) respondentů, málo souhlasilo 16 (25,81 %) respondentů, středně souhlasilo 21 (33,87 %) respondentů, značně souhlasilo 7 (11,29 %) respondentů a možnost velice vybral pouze 1 (1,61 %) respondentů.

GE5: Obávám se umírání.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	18	29,03 %
málo	17	27,42 %
středně	12	19,35 %
značně	10	16,13 %
velice	5	8,06 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 21 Obávám se umírání

Tabulka č. 21 popisuje souhlas s výrokem „obávám se umírání“ vůbec nesouhlasilo 18 (29,03 %) respondentů, málo souhlasilo 17 (27,42 %) respondentů, středně souhlasilo 12 (19,35 %) respondentů, značně souhlasilo 10 (16,13 %) respondentů a možnost velice vybralo 5 (8,06 %) respondentů.

GE6: Obávám se zhoršení svého stavu.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	3	4,84 %
málo	9	14,52 %
středně	16	25,81 %
značně	22	35,48 %
velice	12	19,35 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 22 Obávám se zhoršení svého stavu

Výsledky souhlasu s výrokem „obávám se zhoršení svého stavu“ zobrazuje tabulka č. 22. Vůbec nesouhlasili 3 (4,84 %) respondenti, málo souhlasilo 9 (14,52 %) respondentů, středně souhlasilo 16 (25,81 %) respondentů, značně souhlasilo 22 (35,48 %) respondentů a možnost velice vybralo 12 (19,35 %) respondentů.

GF1: Jsem schopen/a pracovat (včetně práce doma).		
Proměnná	n	%
vůbec ne	14	22,58 %
málo	14	22,58 %
středně	18	29,03 %
značně	10	16,13 %
velice	6	9,68 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 23 Jsem schopen/a pracovat (včetně práce doma)

Výsledky souhlasu s výrokem „Jsem schopen/a pracovat (včetně práce doma)“ popisuje tabulka č. 23. Vůbec nesouhlasilo 14 (22,58 %) respondentů, málo souhlasil stejný počet 14 (22,58 %) respondentů, středně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů, značně souhlasilo 10 (16,13 %) respondentů a možnost velice vybralo 6 (9,68 %) respondentů.

GF2: Má práce (včetně práce doma) mne uspokojuje.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	13	20,97 %
málo	10	16,13 %
středně	19	30,65 %
značně	14	22,58 %
velice	6	9,68 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 24 Má práce (včetně práce doma) mne uspokojuje

Jak vyplývá z tabulky č. 24, s výrokem „má práce (včetně práce doma) mne uspokojuje“ vůbec nesouhlasilo 13 (20,97 %) respondentů, málo souhlasilo 10 (16,13 %) respondentů, středně souhlasilo 19 (30,65 %) respondentů, značně souhlasilo 14 (22,58 %) respondentů a možnost velice vybralo 6 (9,68 %) respondentů.

GF3: Jsem schopen/a těšit se ze života.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	2	3,22 %
málo	8	12,90 %
středně	23	37,10 %
značně	18	29,03 %
velice	11	17,74 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 25 Jsem schopen/a těšit se ze života

Tabulka č. 25 popisuje souhlas s výrokem „jsem schopen/a těšit se ze života“ vůbec nesouhlasili 2 (3,22 %) respondenti, málo souhlasilo 8 (12,30 %) respondentů, středně souhlasilo 23 (37,10 %) respondentů, značně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů a možnost velice vybralo 11 (17,74 %) respondentů.

GF4: Smířil/a jsem se se svou nemocí.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	4	6,45 %
málo	32	51,61 %
středně	20	32,26 %
značně	6	9,68 %
velice	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 26 Smířil/a jsem se se svou nemocí

Výsledky souhlasu s výrokem „smířil/a jsem se se svou nemocí“ zobrazuje tabulka č. 26. Vůbec nesouhlasili 4 (6,45 %) respondenti, málo souhlasilo 32 (51,61 %) respondentů, středně souhlasilo 20 (32,26 %) respondentů, značně souhlasilo 6 (9,68 %) respondentů a možnost velice nevybral ani jeden respondent.

GF5: Spím dobře.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	19	30,65 %
málo	7	11,29 %
středně	19	30,65 %
značně	9	14,52 %
velice	8	12,90 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 27 Spím dobře

Výsledky souhlasu s výrokem „spím dobře“ popisuje tabulka č. 27. Vůbec nesouhlasilo 19 (30,65 %) respondentů, málo souhlasilo 7 (11,29 %) respondentů, středně souhlasilo 19 (30,65 %) respondentů, značně souhlasilo 9 (14,52 %) respondentů a možnost velice vybralo 8 (12,90 %) respondentů.

GF6: Těším se z věcí, které dělám pro zábavu (např. koníčky, sport).		
Proměnná	n	%
vůbec ne	1	1,61 %
málo	11	17,74 %
středně	17	27,42 %
značně	23	37,10 %
velice	10	16,13 %
celkem	62	100,00 % %2

Tabulka 28 Těším se z věcí, které dělám pro zábavu (např. koníčky, sport)

Jak vyplývá z tabulky č. 28, s výrokem „těším se z věcí, které dělám pro zábavu (např. koníčky, sport)“ vůbec nesouhlasil 1 (1,61 %) respondent, málo souhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, středně souhlasilo 17 (27,10 %) respondentů, značně souhlasilo 23 (37,10 %) respondentů a možnost velice vybralo 10 (16,13 %) respondentů.

GF7: Jsem spokojen/a se svou současnou kvalitou života.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	2	3,22 %
málo	12	19,35 %
středně	22	35,48 %
značně	18	29,03 %
velice	8	12,90 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 29 Jsem spokojen/a se svou současnou kvalitou života

Tabulka č. 29 popisuje souhlas s výrokem „jsem spokojen/a se svou současnou kvalitou života“ vůbec nesouhlasili 2 (3,22 %) respondentů, málo souhlasilo 12 (19,35 %) respondentů, středně souhlasilo 22 (35,48 %) respondentů, značně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů a možnost velice vybralo 8 (12,90 %) respondentů.

Sp1: Cítím se vnitřně klidný/á.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	5	8,06 %
málo	16	25,81 %
středně	21	33,87 %
značně	16	25,81 %
velice	4	6,45 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 30 Cítím se vnitřně klidný/á

Výsledky souhlasu s výrokem „cítím se vnitřně klidný/á“ zobrazuje tabulka č. 30. Vůbec nesouhlasilo 5 (8,06 %) respondentů, málo souhlasilo 16 (25,81 %) respondentů, středně souhlasilo 21 (33,81 %) respondentů, značně souhlasilo 16 (25,81 %) respondentů a možnost velice vybrali 4 (6,45 %) respondenti.

Sp2: Mám proč žít.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	2	3,26 %
málo	5	8,06 %
středně	20	32,26 %
značně	18	29,03 %
velice	17	27,42 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 31 Mám proč žít

Výsledky souhlasu s výrokem „mám proč žít“ popisuje tabulka č. 31. Vůbec nesouhlasili 2 (3,26 %) respondenti, málo souhlasilo 5 (8,06 %) respondentů, středně souhlasilo 20 (32,26 %) respondentů, značně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů a možnost velice vybralo 17 (27,42 %) respondentů.

Sp3: Můj život je produktivní.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	9	14,52 %
málo	11	17,74 %
středně	14	22,58 %
značně	18	29,03 %
velice	10	16,13 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 32 Můj život je produktivní

Jak vyplývá z tabulky č. 28, s výrokem „můj život je produktivní“ vůbec nesouhlasilo 9 (14,52 %) respondentů, málo souhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, středně souhlasilo 14 (22,58 %) respondentů, značně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů a možnost velice vybralo 10 (16,13 %) respondentů.

Sp4: Nedaří se mi nalézt vnitřní klid.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	10	16,13 %
málo	21	33,87 %
středně	23	37,10 %
značně	7	11,29 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 33 Nedaří se mi nalézt vnitřní klid

Tabulka č. 33 popisuje souhlas s výrokem „nedaří se mi nalézt vnitřní klid“ vůbec nesouhlasilo 10 (16,13 %) respondentů, málo souhlasilo 12 (19,35 %) respondentů, středně souhlasilo 22 (35,48 %) respondentů, značně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů a možnost velice vybralo 8 (12,90 %) respondentů.

Sp5: Mám pocit, že můj život má smysl.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	2	3,23 %
málo	6	9,68 %
středně	21	33,87 %
značně	24	38,71 %
velice	9	14,52 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 34 Mám pocit, že můj život má smysl

Výsledky souhlasu s výrokem „mám pocit, že můj život má smysl“ zobrazuje tabulka č. 34. Vůbec nesouhlasili 2 (3,23 %) respondenti, málo souhlasilo 6 (9,68 %) respondentů, středně souhlasilo 21 (33,81 %) respondentů, značně souhlasilo 24 (38,71 %) respondentů a možnost velice vybralo 9 (14,52 %) respondentů.

Sp6: Dokáži se ponořit hluboko do sebe, abych dosáhl/a úlevy.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	23	37,10 %
málo	11	17,74 %
středně	18	29,03 %
značně	9	14,52 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 35 Dokáži se ponořit hluboko do sebe, abych dosáhl/a úlevy

Výsledky souhlasu s výrokem „dokáži se ponořit hluboko do sebe, abych dosáhl/a úlevy“ popisuje tabulka č. 35. Vůbec nesouhlasilo 23 (37,10 %) respondenti, málo souhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, středně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů, značně souhlasilo 9 (14,52 %) respondentů a možnost velice vybral 1 (1,61 %) respondent.

Sp7: Naplňuje mne pocit harmonie.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	16	25,81 %
málo	16	25,81 %
středně	22	35,48 %
značně	6	9,68 %
velice	2	3,23 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 36 Naplňuje mne pocit harmonie

Jak vyplývá z tabulky č. 36, s výrokem „naplňuje mne pocit harmonie“ vůbec nesouhlasilo 16 (25,81 %) respondentů, málo souhlasil stejný počet 16 (25,81 %) respondentů, středně souhlasilo 22 (35,48 %) respondentů, značně souhlasilo 6 (9,68 %) respondentů a možnost velice vybrali 2 (3,23 %) respondenti.

Sp8: Můj život postrádá význam a smysl.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	20	32,26 %
málo	16	25,80 %
středně	15	24,19 %
značně	10	16,13 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 37 Můj život postrádá význam a smysl

Tabulka č. 37 popisuje souhlas s výrokem „můj život postrádá význam a smysl“ vůbec nesouhlasilo 20 (32,26 %) respondentů, málo souhlasilo 16 (25,80 %) respondentů, středně souhlasilo 15 (24,19 %) respondentů, značně souhlasilo 10 (16,13 %) respondentů a možnost velice vybral 1 (1,61 %) respondent.

Sp9: Nacházím útěchu ve své víře nebo ve svém duchovním přesvědčení.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	11	17,74 %
málo	17	27,42 %
středně	19	30,65 %
značně	14	22,58 %
velice	1	1,61 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 38 Nacházím útěchu ve své víře nebo ve svém duchovním přesvědčení

Výsledky souhlasu s výrokem „nacházím útěchu ve své víře nebo ve svém duchovním přesvědčení“ zobrazuje tabulka č. 38. Vůbec nesouhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, málo souhlasilo 17 (27,42 %) respondentů, středně souhlasilo 19 (30,65 %) respondentů, značně souhlasilo 14 (22,58 %) respondentů a možnost velice vybral 1 (1,61 %) respondent.

Sp10: Čerpám sílu ze své víry nebo ze svého duchovního přesvědčení.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	11	17,74 %
málo	17	27,42 %
středně	19	30,65 %
značně	11	17,74 %
velice	4	6,45 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 39 Čerpám sílu ze své víry nebo ze svého duchovního přesvědčení

Výsledky souhlasu s výrokem „čerpám sílu ze své víry nebo ze svého duchovního přesvědčení“ popisuje tabulka č. 39. Vůbec nesouhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, málo souhlasilo 17 (27,42 %) respondentů, středně souhlasilo 19 (30,65 %) respondentů, značně souhlasilo 11 (17,74 %) respondentů a možnost velice vybrali 4 (6,45 %) respondenti.

Sp11: Má nemoc posílila mou víru nebo duchovní přesvědčení.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	13	20,97 %
málo	10	16,13 %
středně	18	29,03 %
značně	5	8,06 %
velice	16	25,81 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 40 Má nemoc posílila mou víru nebo duchovní přesvědčení

Jak vyplývá z tabulky č. 40, s výrokem „má nemoc posílila mou víru nebo duchovní přesvědčení“ vůbec nesouhlasilo 13 (20,97 %) respondentů, málo souhlasilo 10 (16,13 %) respondentů, středně souhlasilo 18 (29,03 %) respondentů, značně souhlasilo 5 (8,06 %) respondentů a možnost velice vybralo 16 (25,81 %) respondentů.

Sp12: Víím, že ať bude průběh mé nemoci jakýkoliv, bude vše v pořádku.		
Proměnná	n	%
vůbec ne	11	17,74 %
málo	15	24,19 %
středně	23	37,10 %
značně	8	12,90 %
velice	8	12,90 %
celkem	62	100,00 %

Tabulka 41 Víím, že ať bude průběh mé nemoci jakýkoliv, bude vše v pořádku

Tabulka č. 41 popisuje souhlas s výrokem „víím, že ať bude průběh mé nemoci jakýkoliv, bude vše v pořádku“ vůbec nesouhlasilo 11 (17,74 %) respondentů, málo souhlasilo 15 (24,19 %) respondentů, středně souhlasilo 23 (37,10 %) respondentů, značně souhlasilo 8 (12,90 %) respondentů a možnost velice vybral stejný počet 8 (12,90 %) respondentů.

Mezi další důležité výsledky, vycházející ze standardizovaného dotazníku FACIT-Sp 12, patří výsledky skóre jednotlivých částí dotazníku. Dotazník je rozdělen na dvě hlavní části, které se dále dělí na pod-škály.

První část mapuje kvalitu života pacientů ve čtyřech oblastech: fyzické zdraví (7 výroků, skóre 0-28), sociální zázemí (7 výroků, skóre 0-28), emocionální zázemí (6 výroků, skóre 0-24) a fungování v běžných životních úkonech (7 výroků, skóre 0-28). Součtem těchto skóre je FACIT-G skór kvality života pacientů (0-108).

Druhá část je 12 výroků mapujících spirituální potřeby pacientů rozdělená do třech pod-škál: Význam života, Smíření a Víra. V každé z těchto pod-škál lze získat 0-16 bodů. Celkový skór spirituálních potřeb pacienta je součet skóre těchto tří pod-škál FACIT Sp 12 skór 0-48).

Výsledný skór celého dotazníku je součet FACIT-G a FACIT Sp 12 skóre do celkového skóre FACIT SP TS (0-158)

Popisná statistika - PWB						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	15,95	16,00	6,00	25,00	4,26	26,71 %

Tabulka 42 Popisná statistika - PWB

Tabulka č. 42 znázorňuje výsledky skóre z otázek GP 1 - GP 7 (odpovědi v tabulkách 3-9) Celkový aritmetický průměr skóre představuje 15,95, hodnota mediánu odpovídá 16,00, nejnižší dosažený skór je 6,00, nejvyšší dosažený skór je 25,00 a směrodatná odchylka je 4,26.

Popisná statistika - SWB						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	14,85	16,00	2,00	26,00	6,43	43,30 %

Tabulka 43 Popisná statistika - SWB

Na tabulce č. 43 můžeme pozorovat výsledky skóre z otázek GS 1 - GS 7 (odpovědi v tabulkách 10-16) Celkový aritmetický průměr skóre představuje 14,85,

hodnota mediánu odpovídá 16,00, nejnižší dosažený skór je 2,00, nejvyšší dosažený skór je 26,00 a směrodatná odchylka je 6,43.

Popisná statistika - EWB						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	14,11	15,00	3,00	23,00	5,18	31,36 %

Tabulka 44 Popisná statistika - EWB

Jak vyplývá z tabulky č. 44, tyto výsledky byly dosaženy ze skóru z otázek GE 1-GE 6 (odpovědi v tabulkách 17- 22) celkový aritmetický průměr skóru představuje 14,11, hodnota mediánu odpovídá 15,00, nejnižší dosažený skór je 3,00, nejvyšší dosažený skór je 23,00 a směrodatná odchylka je 5,18.

Popisná statistika - FWB						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	13,97	14,50	2,00	27,00	6,14	43,95 %

Tabulka 45 Popisná statistika - FWB

Výsledky skóru z otázek GF 1 - GF 7 (odpovědi v tabulkách 23-29) můžeme pozorovat na tabulce č. 45. Celkový aritmetický průměr skóru představuje 13,97, hodnota mediánu odpovídá 14,50, nejnižší dosažený skór je 2,00, nejvyšší dosažený skór je 27,00 a směrodatná odchylka je 6,14.

Popisná statistika - FACIT-G						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	58,68	58,00	21,00	93,00	18,70	31,87 %

Tabulka 46 Popisná statistika - FACIT-G

Tabulka č. 46 znázorňuje celkové výsledky skóre kvality života FACIT-G z otázek GP 1-GF 7 (odpovědi v tabulkách 3-29) Celkový aritmetický průměr skóre představuje 58,68, hodnota mediánu odpovídá 58,00, nejnižší dosažený skóre je 21,00, nejvyšší dosažený skóre je 93,00 a směrodatná odchylka je 18,70.

Popisná statistika - Sp Smysl života						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	10,03	11,00	1,00	16,00	4,05	40,38 %

Tabulka 47 Popisná statistika - Sp Smysl života

Na tabulce č. 47 můžeme pozorovat výsledky skóre z otázek Sp2, Sp3, Sp5 a Sp8 (odpovědi v tabulkách 31, 32, 34 a 37) Celkový aritmetický průměr skóre představuje 10,03, hodnota mediánu odpovídá 11,00, nejnižší dosažený skóre je 1,00, nejvyšší dosažený skóre je 16,00 a směrodatná odchylka je 4,05.

Popisná statistika - Sp Smíření						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	7,19	7,00	0,00	15,00	3,58	49,79 %

Tabulka 48 Popisná statistika - Sp Smíření

Na tabulce č. 48 můžeme pozorovat výsledky skóre z otázek Sp1, Sp4, Sp6 a Sp7 (odpovědi v tabulkách 30, 33, 35 a 36) Celkový aritmetický průměr skóre představuje 7,19, hodnota mediánu odpovídá 7,00, nejnižší dosažený skóre je 0,00, nejvyšší dosažený skóre je 15,00 a směrodatná odchylka je 4,3,58.

Popisná statistika - Sp Víra						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	7,08	7,00	0,00	16,00	4,56	64,41 %

Tabulka 49 Popisná statistika - Sp Víra

Na tabulce č. 49 můžeme pozorovat výsledky skóru z otázek Sp9-Sp12 (odpovědi v tabulkách 38-41) Celkový aritmetický průměr skóru představuje 7,08, hodnota mediánu odpovídá 7,00, nejnižší dosažený skór je 0,00, nejvyšší dosažený skór je 16,00 a směrodatná odchylka je 4,56.

Popisná statistika - FACIT Sp 12						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	24,16	24,00	3,00	43,00	10,51	43,50 %

Tabulka 50 Popisná statistika - FACIT Sp 12

Tabulka č. 50 znázorňuje celkové výsledky skóru spirituálních potřeb FACIT-Sp z otázek Sp 1 - Sp 12 (odpovědi v tabulkách 30-41) Celkový aritmetický průměr skóru představuje 24,16, hodnota mediánu odpovídá 24,00, nejnižší dosažený skór je 3,00, nejvyšší dosažený skór je 43,00 a směrodatná odchylka je 10,51.

Popisná statistika - FACIT Sp 12 TS						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Variační koeficient
62	82,52	82,50	24,00	135,00	27,86	33,76 %

Tabulka 51 Popisná statistika - FACIT Sp 12 TS

Tabulka č. 50 znázorňuje celkové výsledky skóru FACIT-Sp TS z otázek GP 1 - Sp 12 (odpovědi v tabulkách 3-41) Celkový aritmetický průměr skóru představuje 82,52, hodnota mediánu odpovídá 82,50, nejnižší dosažený skór je 24,00, nejvyšší dosažený skór je 135,00 a směrodatná odchylka je 27,86.

3.2.2 Statistické vyhodnocení dat

Pro vyhodnocení reliability dotazníku FACIT Sp 12 a subškál, které jsou součástí tohoto dotazníku byla provedena analýza toho, jak moc jsou položky v rámci jednotlivých škál vnitřně konzistentní. Celková konzistence je určena koeficientem alfa. Jeho hodnota by měla být vyšší než 0,7 abychom mohli prohlásit, že měření bylo spolehlivé. Na tomto místě uvádím hodnoty Crombachova alfa jednotlivých subškál: Tělesný stav (PWB) 0,785; Společenské a rodinné vztahy (SWB) 0,878; Citový stav (EWB) 0,848; Funkční stav (FWB) 0,861; Smysl (života) 0,907; Smíření 0,842; Víra 0,945.

Pro tuto práci byly stanoveny následující hypotézy, které byly vyhodnoceny pomocí t-analýzy odpovědí respondentů.

H1 Lze předpokládat, že kvalita života respondentů bude souviset s uspokojením jejich spirituálních potřeb.

H1₀ - Neexistuje souvislost mezi kvalitou života respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H1_A - Existuje souvislost mezi kvalitou života respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

Korelační matice			
		FACIT Sp 12 score	FACT-G score
FACT-G score	Pearsonův korelační koeficient	0.787	—
	p-hodnota	< .001	—
	N	62	—

Tabulka 52 Korelační matice H1

P hodnota je nižší než 0,01 a může být potvrzena platnost alternativní hypotézy **H1_A - Existuje souvislost mezi kvalitou života respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.**

H2 Lze předpokládat, že pohlaví respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb

H_{20} - Neexistuje souvislost mezi pohlavím respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H_{2A} - Existuje souvislost mezi pohlavím respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

		p- hodnota		Velikost účinku
Meaning/Smysl score	Welch's t	0.071	Cohenovo d	-0.46413
	Mann-Whitney U	0.085	Dvojúrovňová korelace	0.2631
Peace/Smíření score	Welch's t	0.303	Cohenovo d	-0.26630
	Mann-Whitney U	0.345	Dvojúrovňová korelace	0.1449
Faith/Víra score	Welch's t	0.192	Cohenovo d	-0.33153
	Mann-Whitney U	0.375	Dvojúrovňová korelace	0.1360
FACIT Sp 12 score	Welch's t	0.488	Cohenovo d	-0.18308
	Mann-Whitney U	0.435	Dvojúrovňová korelace	0.1204
PWB score	Welch's t	0.487	Cohenovo d	-0.17977
	Mann-Whitney U	0.511	Dvojúrovňová korelace	0.1014
SWB score	Welch's t	0.978	Cohenovo d	-0.00722
	Mann-Whitney U	0.742	Dvojúrovňová korelace	0.0513
EWB score	Welch's t	0.983	Cohenovo d	0.00544
	Mann-Whitney U	0.930	Dvojúrovňová korelace	0.0145
FWB score	Welch's t	0.922	Cohenovo d	-0.02555
	Mann-Whitney U	0.907	Dvojúrovňová korelace	0.0190
FACT-G score	Welch's t	0.899	Cohenovo d	-0.03248
	Mann-Whitney U	0.907	Dvojúrovňová korelace	0.0190
FACIT- Sp FINAL score	Welch's t	0.572	Cohenovo d	-0.14330
	Mann-Whitney U	0.585	Dvojúrovňová korelace	0.0847

Tabulka 53 Korelační matrice H2

Na základě p hodnot zobrazených v tabulce č. 53 můžeme prohlásit, že na hladině významnosti $p=0,05$ nulovou hypotézu **H_{20} - Neexistuje souvislost mezi pohlavím**

respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb za platnou. Všechny hodnoty p u jednotlivých subškál jsou vyšší než 0,05.

Pro hypotézu H3 byly upraveny výsledky otázky Hlásíte se k některé z církví/organizovaných náboženství. Odpovědi byly sloučeny do dvou kategorií - vyznání ano a ne.

Hlásíte se k některé z církví/organizovaných náboženství		
Proměnná	n	%
ano	35	56,45 %
ne	27	43,55 %

Tabulka 54 Příslušnost k církvi/organizovaných náboženství

H3 Lze předpokládat, že vyznání respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H₃₀ - Neexistuje souvislost mezi vyznáním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H_{3A} - Existuje souvislost mezi vyznáním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

		p-hodnota		Velikost účinku
Meaning/Smysl score	Welch's t	0.018	Cohenovo d	0.623
	Mann-Whitney U	0.026	Dvojúrovňová korelace	0.331
Peace/Smíření score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	1.001
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.502
Faith/Víra score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	1.636
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.726
FACIT Sp 12 score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	0.926
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.549
PWB score	Welch's t	0.085	Cohenovo d	0.449
	Mann-Whitney U	0.144	Dvojúrovňová korelace	0.218
SWB score	Welch's t	0.009	Cohenovo d	0.689
	Mann-Whitney U	0.009	Dvojúrovňová korelace	0.390
EWB score	Welch's t	0.314	Cohenovo d	0.257
	Mann-Whitney U	0.213	Dvojúrovňová korelace	0.186
FWB score	Welch's t	0.023	Cohenovo d	0.587
	Mann-Whitney U	0.022	Dvojúrovňová korelace	0.341
FACT-G score	Welch's t	0.020	Cohenovo d	0.605
	Mann-Whitney U	0.023	Dvojúrovňová korelace	0.341
FACIT- Sp FINAL score	Welch's t	0.001	Cohenovo d	0.835
	Mann-Whitney U	0.003	Dvojúrovňová korelace	0.443

Tabulka 55 Korelační matrice H3

Na základě p hodnot zobrazených v tabulce č. 54 můžeme prohlásit, že na hladině významnosti $p=0,05$ alternativní hypotézu **H3A - Existuje souvislost mezi vyznáním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb za platnou**. Hodnoty p menší než 0,05 jsou v tabulce označeny tučně. Jedná se o subškály Smysl (života) 0,018; Smíření < .001; Víra < .001; FACIT Sp (celkový skóre míry uspokojení spirituálních potřeb) < .001; Společenské a rodinné vztahy 0,009; Funkční stav (FWB) 0,023; Celkový skóre kvality Života FACIT-G 0,020; Celkový skóre FACIT Sp 12 TS 0,001.

H4 Lze předpokládat, že účast respondentů na spirituálních praktikách bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb

H4₀ - Neexistuje souvislost mezi účastí respondentů na spirituálních praktikách a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H4_A - Existuje souvislost mezi účastí respondentů na spirituálních praktikách a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

Pro hypotézu H4 byly upraveny výsledky otázky Účastníci jste se některé z těchto spirituálních praktik v době před hospitalizací. Odpovědi byly sloučeny do dvou kategorií - účastníci na spirituálních praktikách do kategorie ano a neúčastníci do kategorie ne.

Hlásíte se k některé z církví/organizovaných náboženství		
Proměnná	n	%
ano	26	41,94 %
ne	36	58,06 %

Tabulka 56 Účast na spirituálních praktikách ano/ne

		p		Effect Size
Meaning/Smysl score	Welch's t	0.001	Cohenovo d	-0.883
	Mann-Whitney U	0.002	Dvojúrovňová korelace	0.455
Peace/Smíření score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	-1.069
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.547
Faith/Víra score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	-1.680
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.753
FACIT Sp 12 score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	-1.141
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.631
PWB score	Welch's t	0.071	Cohenovo d	-0.474
	Mann-Whitney U	0.129	Dvojúrovňová korelace	0.226
SWB score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	-1.536
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.702
EWB score	Welch's t	0.017	Cohenovo d	-0.622
	Mann-Whitney U	0.018	Dvojúrovňová korelace	0.353
FWB score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	-0.979
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.540
FACT-G score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	-1.167
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.577
FACIT- Sp FINAL score	Welch's t	< .001	Cohenovo d	-1.297
	Mann-Whitney U	< .001	Dvojúrovňová korelace	0.629

Tabulka 57 Korelační matrice H4

Na základě p hodnot zobrazených v tabulce č. 56 můžeme prohlásit, že na hladině významnosti $p=0,05$ alternativní hypotézu **H4A - Existuje souvislost mezi účastí respondentů na spirituálních praktikách a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb za platnou.** Hodnoty p menší než 0,05 jsou v tabulce označeny tučně. Jedná se o subškály Smysl (života) 0,001; Smíření <.001; Víra <.001; FACIT Sp (celkový skóre míry uspokojení spirituálních potřeb) <.001; Společenské a rodinné vztahy <.001;

Emociální stav (EWB) 0,017; Funkční stav (FWB) < .001; Celkový skóre kvality Života FACIT-G < .001; Celkový skóre FACIT Sp 12 TS < .001.

Pro hypotézu H5 byly upraveny výsledky otázky Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání. Odpovědi byly sloučeny do tří kategorií: základní, střední a vysokoškolské vzdělání. Pro malý počet respondentů v odpovědích Střední bez maturity a vyšší odborné byly sloučeny s odpovědí střední s maturitou do jedné kategorie střední vzdělání.

Nejvyšší dosažené vzdělání		
Proměnná	n	%
základní	22	35,48 %
střední	22	35,48 %
vysokoškolské	18	29,04 %

Tabulka 58 Nejvyšší dosažené vzdělání - upravené

H5 Lze předpokládat, že vzdělání respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb

H5₀-Neexistuje souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H5_A - Existuje souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

Statistická zpracování dat pro hypotézu H5 proběhlo formou Analýzy rozptylu (ANOVA). Jedná se o metodu sloužící pro zachycení rozdílu ve sledované proměnné mezi několika skupinami. Je založena na porovnávání průměrů naměřených v jednotlivých skupinách. Pro prokázání přítomnosti statisticky významných rozdílů mezi skupinami musí být testem zjištěna hodnota $p < 0,05$.

Jednosměrná ANOVA (Welch's)				
	F	df1	df2	p
Meaning/Smysl score	0.535	2	37.7	0.590
Peace/Smíření score	1.752	2	38.0	0.187
Faith/Víra score	0.631	2	36.9	0.538
FACIT Sp 12 score	0.424	2	38.2	0.658
PWB score	0.193	2	39.1	0.825
SWB score	0.344	2	36.8	0.711
EWB score	0.666	2	39.0	0.519
FWB score	0.805	2	38.2	0.455
FACT-G score	0.571	2	38.7	0.569
FACIT- Sp FINAL score	0.738	2	38.6	0.485

Tabulka 59 Jednosměrná ANOVA Nejvyšší dosažené vzdělání

Na základě p hodnot zobrazených v tabulce č. 52 můžeme prohlásit, že na hladině významnosti $p=0,05$ nulovou hypotézu **H₅₀ - Neexistuje statisticky významná závislost mezi nejvyšším dosaženým vzdělání respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb. za platnou.** Všechny hodnoty p u jednotlivých subškál jsou vyšší než 0,05.

H₆ Lze předpokládat, že věk respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H₆₀ - Neexistuje souvislost mezi věkem respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

H_{6A} - Existuje souvislost mezi věkem respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb.

		Věk
Meaning/Smysl score	Pearsonovo r	-0.448
	p-hodnota	< .001
	Spearmanovo rho	-0.415
	p-hodnota	< .001
Peace/Smíření score	Pearsonovo r	-0.324
	p-hodnota	0.011
	Spearmanovo rho	-0.304
	p-hodnota	0.017
Faith/Víra score	Pearsonovo r	-0.233
	p-hodnota	0.070
	Spearmanovo rho	-0.241
	p-hodnota	0.062
FACIT Sp 12 score	Pearsonovo r	-0.387
	p-hodnota	0.002
	Spearmanovo rho	-0.385
	p-hodnota	0.002
PWB score	Pearsonovo r	-0.456
	p-hodnota	< .001
	Spearmanovo rho	-0.440
	p-hodnota	< .001
SWB score	Pearsonovo r	-0.416
	p-hodnota	< .001
	Spearmanovo rho	-0.392
	p-hodnota	0.002
EWB score	Pearsonovo r	-0.680
	p-hodnota	< .001
	Spearmanovo rho	-0.665
	p-hodnota	< .001
FWB score	Pearsonovo r	-0.471
	p-hodnota	< .001
	Spearmanovo rho	-0.483
	p-hodnota	< .001
FACT-G score	Pearsonovo r	-0.588
	p-hodnota	< .001
	Spearmanovo rho	-0.585
	p-hodnota	< .001

Tabulka 60 Korelační matice H6

Na základě p hodnot zobrazených v tabulce č. 60 můžeme prohlásit, že na hladině významnosti $p=0,05$ **H_{6A} - Existuje souvislost mezi věkem respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb za platnou.**

Byly naměřeny záporné korelační koeficienty v případě všech subskórů Facit-Sp. Analýza ukazuje, že čím vyšší věk, tím je nižší míra uspokojení spirituálních potřeb a nižší míra kvality života. U všech subškál vyjma škály Víra byly nalezené vztahy statisticky významné.

Hodnoty p menší než 0,05 jsou v tabulce označeny tučně. Jedná se o subškály Smysl (života) <.001; Smíření <.001; FACIT Sp (celkový skór míry uspokojení spirituálních potřeb) 0,002; Fyzický zdravotní stav (PWB) <.001; Společenské a rodinné vztahy <.001; Emocionální stav (EWB) <.001; Funkční stav (FWB) <.001; Celkový skór kvality Života FACIT-G <.001.

Odpovědi respondentů na otázky: Jaká je velikost vašeho bydliště? a V jakém regionu bydlíte? Byly velmi nerovnoměrné: Praha a Středočeský kraj odpovědělo dvě třetiny respondentů, u velikosti místa bydliště tři čtvrtiny respondentů označilo Praha a <3000 obyvatel. Ostatní skupiny byly velmi malé ve srovnání. Statistické vyhodnocení u těchto otázek nemohlo být provedeno.

3.3 Diskuze

Pro tuto práci byl stanoven cíl zmapovat duchovní potřeby pacientů v nemocničním prostředí a faktory, které ovlivňují jejich uspokojování. Jednotlivé hypotézy byly stanoveny tak, aby zkoumaly faktory ovlivňující míru uspokojení spirituálních potřeb. Ta je měřena na základě výsledků skóre FACIT Sp 12.

Hypotéza H1 Existuje souvislost mezi kvalitou života respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb byla potvrzena s p-hodnotou nižší než 0,01. Hladina významnosti 1% odpovídá silné korelaci mezi porovnávanými proměnnými. Na základě tohoto zjištění můžeme pozorovat pozitivní vliv uspokojených spirituálních potřeb na kvalitu života pacientů. Spirituální potřeby tedy představují významnou oblast života pacienta a je vhodné podporovat jejich uspokojování během náročných životních období – v době nemoci, ztráty blízkých, ztráty soběstačnosti, etc.

Bail a Lazenby provedli v roce 2014 studii Systematický přehled Spojitosti mezi spirituální pohodou a kvalitou života u škálových a faktorových studií u pacientů s rakovinou. Srovnávali 32 studií provedených několika dotazníky FACIT Sp, SWBS (Spiritual Well-Being Scale) a dalšími. Prokázali pozitivní efekt uspokojení spirituálních potřeb a spirituální pohodu u 32 ze 33 sledovaných studií. V jednotlivých dimenzích kvality života pozorovali různou míru pozitivního vlivu. Nejnižší vliv byl na fyzické zdraví a příznaky nemoci (Bail, Lazenby, 2014, str. 3). Jejich zjištění se shoduje se zjištěním tohoto výzkumu. Význam korelací kvality života a uspokojení spirituálních potřeb se pohyboval mezi jednotlivými dotazníky použitými ve studiích. FACIT Sp 12 je prokazoval jednoznačněji a byl využíván u největšího počtu studií.

Monod et al. ve studii Nástroje měřící spirituality v klinickém výzkumu z roku 2011 došel k tomuto závěru: „Dalším přínosem této přehledové studie je identifikace vhodných dotazníků pro měření spirituálního stavu pacienta, které může poukázat na potřeby spirituálních intervencí. Výsledky ukazují, že pouze tři dotazníky jsou schopny posouzení (spirituálních potřeb pacienta) a to zejména tyto dva FACIT Sp 12 a The Spirituality Index of Well-being (Index spirituální pohody).“ (Monod et al., 2011, str. 1355).

Dále doporučuje využití těchto dotazníků pro klinickou praxi u pacientů v nemocničním prostředí díky překladům dotazníku do jejich národních jazyků a probíhajícími studiemi prokazujícími jejich reliabilitu v jednotlivých státech celého světa

(tamtéž, str. 1356). Tato studie potvrzuje vhodnost využití FACIT Sp 12 dotazníku a možnost jeho využití lékaři, sestrami a duchovními.

Alverenga et al., ve studii Důkazy o validitě vnitřní struktury dotazníku FACIT Sp 12 v Brazílii na dospělých pacientech trpících chronickým onemocněním došli k závěru, že kvalita života pacientů byla pozitivně ovlivněna mírou uspokojení spirituálních potřeb měřených dotazníkem FACIT Sp 12 (Alvarenga et al., 2022, str. 8).

Pro využití v ošetrovatelské praxi je výhodou, že dotazník měří míru uspokojení spirituálních potřeb a kvalitu života zároveň. Při využití tedy poukazuje nejen na potřebu spirituální intervence, ale i na další intervence u ostatních potřeb pacienta. Sestra tak může zjistit například emocionální problémy pacienta pocit opuštění, samotu, úzkost a zjistit, zda duchovní prožívání pacienta mu poskytuje oporu při zvládání těchto problémů nebo potřebuje v této oblasti podpořit. Umožňuje tedy komplexnější náhled do prožívání pacienta a individuálnější ošetrovatelské intervence odrážející aktuální potřeby pacienta.

Hypotéza H2 Lze předpokládat, že pohlaví respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb nebyla prokázána, tedy platí H_{20} - Neexistuje souvislost mezi pohlavím respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb. Ženy představovaly 62,90 % respondentů. Během realizace šetření byli muži i ženy oslovení rovnoměrně, návratnost dotazníků od mužů však byla nižší. Vzhledem k nerovnoměrnému zastoupení pohlaví respondentů můžeme usuzovat, že u většího počtu oslovených s vyváženým počtem zastoupení pohlaví by bylo možné pozorovat jiný výsledek.

Tavel et al., v studii v Československé Psychologii Psychometrická analýza škály posouzení terapie chronických nemocí – Spirituální osobní pohoda (FACIT Sp 12) v českém prostředí z roku 2018 zaznamenal rozdíly mezi pohlavími. V této studii byl prokázán statisticky významný rozdíl s lepším výsledkem u žen. Tato studie byla realizována na neklinické populaci. Doporučením pro další výzkum by mohlo být shromáždit větší počet respondentů se stejným zastoupením mužů a žen a srovnat pomocí FACIT Sp 12 vliv spirituality a rozdíly mezi pohlavími při prožívání nemoci (Tavel et al., 2018, str. 123).

Hypotéza H3 Lze předpokládat, že vyznání respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb, se potvrdila a můžeme prohlásit, že platí H_{3A} - Existuje souvislost mezi vyznáním respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb za platnou. Hodnoty p menší než 0,05 jsou označeny tučně v tabulce 54. Jedná se

o subškály Smysl (života), Smíření, Víra, FACIT Sp, Společenské a rodinné vztahy (SWB), Funkční stav (FWB), FACIT-G a celkový skóre FACIT Sp 12 TS.

Na základě těchto výsledků můžeme usuzovat, že efekt příslušnosti k organizovanému náboženství/vyznání nemá vliv na fyzické zdraví (skóre PBW), ale má silně prokazatelný vliv na funkční zdraví (skóre FWB). Duchovní život tedy nezmírňuje utrpení spojené s nemocí, ale značně ovlivňuje schopnost pacientů užívat si života, najít smysluplnou náplň dne a najít si cíle, ke kterým v životě směřují. Dále byl prokázán statisticky významný vliv na Společenské a rodinné vztahy (SWB). Příslušnost k církvi může pozitivně ovlivňovat pocit zapojení pacienta do komunity stejně smýšlejících lidí a posilovat jeho vazby k rodině a přátelům. Vliv na duchovní život je nejsilnější u subškály víra a smíření, také u celkového spirituálního skóre. Tyto výsledky budou srovnány s výsledky hypotézy H4 v další části diskuze.

Hypotéza H4 Lze předpokládat, že účast respondentů na spirituálních praktikách bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb byla potvrzena, můžeme tedy prohlásit, že H4_A-Existuje souvislost mezi účastí respondentů na spirituálních praktikách a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb. Hodnoty p menší než 0,05 jsou označeny tučně v tabulce 56. Jedná se o Smysl (života), Smíření, Víra, FACIT Sp, Společenské a rodinné vztahy, Emocionální stav (EWB), Funkční stav (FWB), FACIT-G a celkový skóre FACIT Sp 12 TS.

Zde budu konfrontovat výsledky hypotéz H3 a H4. Z výsledků analýzy H4 vyplývá, že aktivní účast na spirituálních praktikách má větší vliv na kvalitu života a duchovní život než příslušnost k organizovanému náboženství/vyznání. Zde opět není korelace s fyzickým zdravím (PWB), tedy aktivní účast na spirituálních praktikách nemá vliv na fyzickou stránku nemoci.

Efekt na společenské a rodinné vztahy (SWB) je vyšší u spirituálních praktik než u vyznání (Cohenovo d , určující význam efektu je u vyznání 0,689 a u spirituálních praktik 1,536). Z toho můžeme usuzovat, že vliv aktivního duchovního života oproti příslušnosti k náboženské komunitě má větší vliv na spokojenost v oblasti společenského života, rodiny a přátel. Můžeme tento jev vysvětlovat společným aktivním prožíváním důležitého aspektu života, který může mít vliv na užší pouta a lepší vztahy v kruhu rodiny, přátel a duchovní komunity.

U spirituálních praktik se objevuje statisticky významný efekt na emocionální stav (EWB) pacienta, který u korelace vyznání nepozorujeme. Cohenovo d je 0,622, tedy vliv není tak silný jako u společenských vztahů. Můžeme usuzovat, že aktivními spirituálními

praktikami pracují pacienti se svými emocemi intenzivnějším způsobem. Modlitba, mindfulness či meditace mají pozitivní vliv na emocionální stav pacientů.

K podobnému závěru došel Marciniak ve své dizertační práci *Midfulness a spiritualita v kontextu kognitivního úbytku ve stáří*. Dizertační práce obsahuje dvě studie zabývající se religiozitou a spiritualitou ve stáří, dále o vlivu mindfulness a delších spirituálních praktik na život, duševní zdraví a spirituální pohodu u osob s mírným kognitivním deficitem. Také obsahuje bohatou teoretickou část, osvětlující význam religiózních a spirituálních praktik pro život člověka se zvláštním zaměřením na stáří a druhou polovinu života.

Zde autor popisuje podobný efekt, který jsem pozoroval během svého výzkumu: *„Emoční regulace je spojována se strategiemi, které mohou ovlivnit intenzitu, četnost, a také vlastní prožívání a expresi emocí. Jsou popisovány různé způsoby jak MBP (Mindfulness based programs = mindfulness podporující aktivity, pozn. autora) přispívá k větší emoční regulaci, důraz je kladen na pozornost zaměřenou na mentální procesy (včetně emocí), kognitivní změnu typických vzorců (vztahených k emocím), či modulaci emočních reakcí (Gross, 2014). Studie poukazují na pozitivní efekt MBP v této oblasti, konkrétně například na menší intenzitu a frekvenci negativních afektů (Chambers et al., 2008; Ding et al., 2014), zlepšení nálady (Tang et al., 2007; Ding et al., 2014; Jain et al., 2007), snížení fyziologické reakce a snadnější návrat k stabilizovanému stavu v reakci na stresový stimul (Goleman et al., 1976), či subjektivní snížení vnímaných obtíží s regulací emocí (Robins et al., 2012).“ (Gross, 2014; Chambers et al., 2008; Ding et al., 2014; Tang et al., 2007; Jain et al., 2007; Goleman et al., 1976 In: Marciniak, 2019, str. 87).*

Další rozdíl mezi vyznáním a aktivními spirituálními praktikami byl prokázán u celkové kvality života - Cohenovo d je u vyznání 0,605 a u spirituálních praktik 1,167. Můžeme tedy usuzovat, že aktivní spirituální život má větší přínos pro celkový pohled na kvalitu života než příslušnost k církvi. Podporou schopnosti pacienta aktivně se účastnit spirituálních praktik – udržování kontaktu s duchovní komunitou a nabízení služeb nemocničního kaplana. Také duchovní intervence sestry, autentická přítomnost, aktivní naslouchání, společná modlitba, společné čtení duchovních textů, umožnění účasti na rituálech, mohou mít velký efekt na kvalitu života pacienta, která je hlavním cílem ošetrovatelské péče.

Hypotéza H5 Lze předpokládat, že vzdělání respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb, nebyla prokázána a můžeme tedy prohlásit, že platí H5₀ - Neexistuje souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzdělání respondentů a mírou

uspokojení jejich spirituálních potřeb. K hladině významnosti $p=0,05$ nedosáhla žádná ze subškál. Nejvíce se přiblížila subškála smíření $p=0,187$.

Kolektiv autorů z Univerzity Palackého vedený prof. Tavelem mapoval korelace nejvyššího dosaženého vzdělání a subškál FACIT Sp 12: „*V naší analýze dále vykazují nižší hodnoty Smyslu/Vnitřního klidu lidé s nižším vzděláním, ale také nezaměstnaní a invalidní důchodci. Nejvyšší hodnoty Smyslu/ Vnitřního klidu se ukázaly u lidí v domácnosti včetně mateřské dovolené, ale také u studentů a zaměstnaných.*“ (Tavel et al., 2018, str. 123). Zde může být patrný rozdíl mezi zdravou populací a pacienty v nemocničním prostředí, na které se soustředil tento výzkum. Na souboru respondentů z FN Motol nebyl prokázán vliv nejvyššího dosaženého vzdělání.

Hypotéza H6 Lze předpokládat, že věk respondentů bude mít vliv na uspokojení jejich spirituálních potřeb, byla prokázána, a můžeme tedy prohlásit, že platí H_{6A} - Existuje souvislost mezi věkem respondentů a mírou uspokojení jejich spirituálních potřeb. Vztah byl prokázán nepřímý- s vyšším věkem byla míra uspokojení spirituálních potřeb nižší.

U věku koreluje fyzické zdraví (PWB) pozitivně s věkem. Jak se dalo očekávat, s vyšším věkem se objevují komplikace a negativní dopady onemocnění. Ostatní subškály vykazovaly nepřímý vztah k věku - nižší věk byl spojen s vyššími hodnotami. Pouze subškála Víra nevykazovala tento vztah $p=0,070$ na hladině významnosti 5%.

Kolektiv autorů z Univerzity Palackého vedený prof. Tavelem také zkoumal vztah věku a subškál FACIT Sp 12. Došel k těmto závěrům: „*Naše zkoumání ukazuje významný rozdíl v subškále Víra i z hlediska věku. Skupina respondentů nad 60 let dosahuje vyšších hodnot než nejmladší věková skupina od 15 do 29 let, což odpovídá původním měřením (Peterman et al., 2002) i jiným výzkumům (Lazenby et al., 2013; Munoz et al., 2015). Naproti tomu hodnoty u subškály Smysl/Vnitřní klid s věkem klesají (Peterman et al., 2002). S věkem se mění hodnoty, starší lidé nevyhledávají tolik zábavy a potěšení jako adolescenti, ani pocit úspěchu už není důležitý (Gouveia et al., 2015). Oceňují vztahy a důležitá je pro ně víra a tradice, hodnotový systém je silně vykrytalizován (Bardi, Goodwin, 2011). Vztah mezi vírou a věkem může být vysvětlen jako rozdíl mezi kohortami (Hamberg, 1991), ale také jako důsledek celoživotního vývoje (Firebaugh, Harley, 1991; McCullough et al., 2005).*“ (Peterman et al., 2002; Lazenby et al., 2013; Munoz et al., 2015; Gouveia et al., 2015; Bardi, Goodwin, 2011; Hamberg, 1991; Firebaugh, Harley, 1991; McCullough et al., 2005 In: Tavel et al., 2018, str. 123).

Rozdíly mezi výzkumem prof. Tavela a výsledky tohoto výzkumu:

- Subškála víra- Tavel identifikoval pozitivní vztah věku na srovnání skupin 25-29 let a 60 a více let. V tomto výzkumu nebyl prokázán v této subškále pozitivní vztah ale nebyl ani prokázán negativní vztah, jako u ostatních suškál. Závěry se neshodují, ale také se nevyvracejí. Rozdíl může spočívat ve vlivu nemoci na prožívání víry v každodenním životě – nemoc může představovat překážku.
- Shodný závěr byl pozorován u subškály Smysl (života) a Smíření. U obou jsou limitace spojené se stářím a progresí onemocnění značně limitující. Funkční stav (FWB) se s věkem také snižuje a Smysl a fungování v běžném životě jsou úzce spjité fenomény. Vlastní výzkum tedy potvrzuje poznatky z výzkumu Tavela.

Výsledky posledních otázek dotazníku vlastní konstrukce Máte zájem o služby duchovního ve FN Motol? a Byly vám nabídnuty služby duchovního ve FN Motol? zobrazuje tabulka č. 2 a graficky výsledky znázorňuje obrázek č. 12. U 45 respondentů (72,58 %) byl správně odhadnut zájem či nezájem o služby duchovního. U 9 respondentů (14,52 %) byly služby nabídnuty a respondenti o ně neměli zájem. Poslední skupinu, na níž je nutné zaměřit větší pozornost, je 8 respondentů (12,90 %), kteří měli zájem o služby duchovního a ty jim nebyly nabídnuty.

Můžeme pracovníky FN Motol vyhodnotit jako úspěšné v nabízení služeb duchovního – 87,10 % a pouze 12,90 % respondentů bylo opomenuto. Přesto existují možnosti, jak počet opomíjených pacientů dále snížit. Studie Šetření integrace spirituální péče do programu vzdělávání na německy mluvících lékařských fakultách (Taverna et al., 2019, str. 1017) mapuje posun v začleňování spirituální péče do náplně vzdělávání lékařů a sester. K posunu došlo díky samostatnému vyčlenění spirituální péče, dříve zahrnutých do modulu psychologie a paliativní péče. V Německu míra povinných kurzů spirituální péče dosáhla 54,3 % a v dalších zemích se plánuje navýšit zapojení povinných kurzů spirituální péče do vzdělávání lékařů, sester a fyzioterapeutů. Americká studie zapojení 60-minutové přednášky následované 90 minutovou diskuzí s lékařem specializujícím se na respektování religiálních a spirituálních potřeb pacienta vedla k lepšímu porozumění problematice spirituality a lepšímu zohlednění spirituálních potřeb pacientů v klinické praxi takto vzdělávaných lékařů (Smothers et al., 2019, str.).

Zapojení spirituální péče do plánu péče na jednotkách intenzivní péče doporučuje studie Zkoumání spirituality během kritického zdravotního stavu: Přehled současné

literatury. „V průběhu 30 hodin po smrti blízké osoby odchází 14% rodin po smrti blízkého člena rodiny s příznaky post-traumatické stresové poruchy (PTSD). Včasné zapojení duchovního nebo psychologa a respektování náboženských zvyků spojených s koncem života a smrtí vedlo ke snížení příznaků PTSD a jejich případné včasné terapeutické zpracování těchto zátěžových situací.“ (Gordon et al., 2018, str. 79). Je zde zdůrazněna role lékaře jako odpovědné osoby za včlenění spirituální péče spojené s náhlým úmrtím a péčí o truchlící rodinu pacienta.

4 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat uspokojování spirituálních potřeb v nemocničním prostředí. Teoretická část práce prezentuje teorii potřeb, definice spirituálních potřeb a uspokojování spirituálních potřeb jako součást ošetrovatelského plánu.

V empirické části je prezentována metoda sběru dat, realizace vlastního šetření a přehled vlastních výsledků práce. Bylo stanoveno šest pracovních hypotéz, které byly testovány na výsledcích statisticky zpracovaných dat z dotazníkového šetření provedené standardizovaným dotazníkem FACIT Sp 12 a dotazníkem vlastní konstrukce mapující demografické údaje respondentů a jejich vyznání a spirituální praktiky. Z šesti hypotéz byly dvě vyvráceny:

Pozitivní vztah kvality života a míry uspokojení spirituálních potřeb byl potvrzen silnou korelací na hladině významnosti $p=0,01$. Velmi důležitý poznatek vlivu míry uspokojení spirituálních potřeb na kvalitu života potvrzují další studie využívající FACIT Sp 12 dotazník. Toto zjištění podporuje zapojení uspokojování spirituálních potřeb do ošetrovatelského plánu a podporuje význam podpory duchovního života ze strany sester, lékařů a duchovních.

Dále je potvrzeno, že FACIT Sp 12 je vhodným nástrojem pro vyhodnocování míry uspokojení spirituálních potřeb pacientů. Je obzvláště vhodný pro ošetrovatelský personál, neboť zároveň mapuje kvalitu života pacienta. Jednotlivé subškály dotazníku mohou nasměrovat sestru k výběru vhodných intervencí spojeným nejen se spiritualitou, ale i kvalitou života. Administrace tohoto dotazníku může napomoci rozvinutí rozhovoru na duchovní téma a pro pacienta může formulace vlastních postojů k duchovnímu prožívání posunout v jeho porozumění sobě samému.

Ze srovnání potvrzených hypotéz zaměřených na vyznání respondentů a účastí respondentů na spirituálních praktikách vyplývají následující poznatky: Oproti vyznání byly nalezeny silnější pozitivní korelace u společenských a rodinných vztahů (SWB) a byl prokázán vliv na citový stav (EWB) respondenta. Tento vliv byl potvrzen poznatky z vědeckých studií, které se problematice vlivu spirituálních praktik na prožívání nemoci věnovali. Výsledky testování obou hypotéz také potvrdil vliv (patrný u vyznání H3, a silnější u aktivních spirituálních praktik H4) na funkční stav pacienta (FWB) - Duchovní život nezmírňuje utrpení spojené s nemocí, ale značně ovlivňuje schopnost pacientů užívat si života, najít smysluplnou náplň dne a najít si cíle, ke kterým v životě směřují.

Byl potvrzen vztah věku a míry uspokojení spirituálních potřeb respondentů - čím byl věk respondenta vyšší, tím byla míra uspokojení jeho spirituálních potřeb nižší.

4.1 Doporučení pro praxi

Výstupem z tohoto poznatku je doporučení do ošetrovatelské praxe. Je potřeba se zaměřit na podporu spirituálních potřeb u pacientů vyššího věku. Nižší skóry spojené s věkem jsou spojeny se subškálami Smysl (života) a funkční stav (FWB). Ve vyšším věku často dochází ke ztrátě soběstačnosti a ztrátě smyslu života. Pokud je dále pacient odloučen od partnera a rodiny, nebo o ně dokonce již přišel, může vést pocit osamělosti a beznaděje přivést do stavu duchovní tísně. Tento stav má značně negativní dopady na život pacienta a průběh léčby

Nelze však opomenout i mladší pacienty. Míra uspokojení spirituálních potřeb u nich může být vyšší, ale v nemocničním prostředí budou potřebovat udržovat kontakt s duchovní komunitou, dále účastnit se na náboženských rituálech a udržovat blízké vztahy s rodinou a přáteli, se kterými může sdílet své spirituální prožívání.

Velký význam pro realizaci spirituální péče v ošetrovatelské praxi má podpora spirituálních aktivit pacienta a udržování kontaktu s duchovní komunitou. U těch pacientů, kteří jsou vytrženi hospitalizací nejen z vlastního prostředí, ale i duchovní komunity, může hospitalizace představovat velmi stresující období. Někteří pacienti mají obtíže vyjádřit svoje duchovní potřeby nebo netuší o možnostech duchovní pomoci ze strany nemocničních kaplanů, lékařů a sester. Aktivní informování, podpora a nabízení duchovních služeb může zkvalitnit pobyt v nemocnici u pacientů, kteří nerozumí nemocničnímu prostředí nebo nejsou zvyklí upozorňovat ostatní na svoje potřeby. Sestra hraje klíčovou roli díky každodennímu kontaktu s pacientem.

4.2 Silné a slabé stránky výzkumu

Slabé stránky tohoto výzkumu vidím v nízkém počtu respondentů. Bylo administrováno 120 dotazníků z toho bylo zpět získáno pouze 62 řádně vyplněných dotazníků. Nízká návratnost dotazníků je problém, který by se dal ošetřit oslovením většího počtu pacientů ve více nemocnicích. Pacienti, kteří byli ochotni vyplnit dotazník

však byli ochotni hovořit o svém duchovním životě a duchovních potřebách. V tomto smyslu by bylo možné realizovat navazující, tentokrát již kvalitativní výzkum, který by mohl objasnit konkrétní nuance jejich individuálního, spirituálního života. K tomu, abychom se dostali do patřičné hloubky u každého pacienta, by nám zřejmě nejlépe posloužil otevřený, polostrukturovaný rozhovor jako metoda sběru dat. Pro analýzu dat bychom poté využili např. zakotvenou teorii.

Za silné stránky tohoto výzkumu považuji volbu vhodného standardizovaného dotazníku. Jak ukazují studie zabývající se přehledem nástrojů měření spirituality FACIT Sp 12 je nejčastěji používán v nemocničním prostředí a poskytuje nejspolehlivější výsledky v této cílové skupině pacientů.

Dále považuji za silnou stránku využití zahraniční literatury zkoumající spiritualitu pomocí FACIT Sp 12, ale i další studie zabývající se vlivem spirituality na kvalitu života pacientů, zapojování spirituální péče do ošetrovatelského plánování péče a také implementaci vzdělávání sester a lékařů v oblasti spirituální péče. V této literatuře se potvrzují pozitivní dopady zapojení spirituální péče nejen ze strany duchovního, ale i sester.

Doufám, že výsledky této práce mohou přinést větší zájem sester o duchovní potřeby pacientů. Mnohé sestry poskytují péči v této oblasti intuitivně a teoretický podklad z této práce nebo další vzdělávání v oblasti duchovního prožívání může sestřím pomoci při zvládnutí obtížných situací v průběhu péče o pacienta. Sebereflexe a zájem o vlastní duchovní život může sloužit jako prevence syndromu vyhoření. Pozitivní vliv může mít tedy na pracovní i osobní život sestry a na kvalitu péče, kterou je sestra schopna poskytovat.

REFERENČNÍ SEZNAM

ALVARENGA, Willyane, Lucila NASCIMENTO, Flávio REBUSTINI, Claudia SANTOS, Holger MUEHLAN, Silke SCHMIDT, Monika BULLINGER, Fernanda LIBERATO a Margarida VIEIRA, 2022. Evidence of validity of internal structure of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) in Brazilian adolescents with chronic health conditions. *Frontiers in Psychology* [online]. Dostupné z: doi:[10.3389/fpsyg.2022.991771](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.991771)

ANANDARAJAH, G. a E. HIGHT, 2001. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*. **63**(1), 81–89. ISSN 0002-838X.

ARAÚJO, Cássia, Bruna MOTA, Rafaela CAMPAGNOLI, Vanessa ROCHA-REGO, Eliane VOLCHAN a Gabriela SOUZA, 2022. Decreased self-reported receiving of social touch and social support predict loneliness in healthy adults. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online]. **35**. Dostupné z: doi:[10.1186/s41155-022-00228-w](https://doi.org/10.1186/s41155-022-00228-w)

BAI, Mei a Mark LAZENBY, 2014. A Systematic Review of Associations between Spiritual Well-Being and Quality of Life at the Scale and Factor Levels in Studies among Patients with Cancer. *Journal of palliative medicine* [online]. **18**. Dostupné z: doi:[10.1089/jpm.2014.0189](https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0189)

BÜSSING, Arndt a Harold G. KOENIG, 2010. Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions* [online]. **1**(1), 18–27. ISSN 2077-1444. Dostupné z: doi:[10.3390/rel1010018](https://doi.org/10.3390/rel1010018)

CLARKE, Janice a Kath BAUME, 2019. Embedding spiritual care into everyday nursing practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)* [online]. **34**. Dostupné z: doi:[10.7748/ns.2019.e11354](https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11354)

DRAPELA, Victor J., 2021. *Přehled teorií osobnosti*. Vydání sedmé. Přel. Karel BALCAR. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1709-1.

FROMM, Erich a Jan VINAŘ, 2015. *Umění milovat*. Vyd. 11., V Portále 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0806-8.

GORDON, Barbara S., Maggie KEOGH, Zachary DAVIDSON, Stephen GRIFFITHS, Vanshdeep SHARMA, Deborah MARIN, Stephan A. MAYER a Neha S. DANGAYACH, 2018. Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature. *Journal of Critical Care* [online]. **45**, 76–81. ISSN 0883-9441. Dostupné z: [doi:10.1016/j.jcrc.2018.01.015](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.01.015)

GROF, Stanislav, Christina GROF a Lubor KYSUČAN, 2015. *Krize duchovního vývoje: když se osobní transformace promění v krizi*. Druhé vydání. Opava: Holos. ISBN 978-80-905024-1-3.

HERDMAN, T. Heather, Shigemi KAMITSURU a Camila Takao LOPES, ed., 2021. *NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions and classification, 2020-2023*. Twelfth edition. New York Stuttgart Delhi Rio de Janeiro: Thieme. ISBN 978-1-68420-454-0.

JUNG, C. G. a Karel PLOCEK, 1998. *C.G. Jung: výbor z díla*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka. ISBN 978-80-85880-11-3.

KOENIG, Harold G., Michael E. MCCULLOUGH a David B. LARSON, 2001. *Handbook of religion and health*. Oxford; New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-511866-7.

LEE, Yi-Hui a Ali SALMAN, 2018. The Mediating Effect of Spiritual Well-being on Depressive Symptoms and Health-related Quality of Life Among Elders. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. **32**(3), 418–424. ISSN 0883-9417. Dostupné z: [doi:10.1016/j.apnu.2017.12.008](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.008)

MARCINIAK, Rafal, 2019. *MINDFULNESS A SPIRITUALITA V KONTEXTU KOGNITIVNÍHO ÚBYTKU VE STÁŘÍ* [online]. Brno. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/a7cor/>

MARTINS, Helga, Tiago DIAS DOMINGUES, Emilia CARVALHO, Fiona TIMMINS a Sílvia CALDEIRA, 2022. Prevalence, defining characteristics, and predictors of the nursing diagnosis of spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: A longitudinal study. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. Dostupné z: [doi:10.1111/jnu.12862](https://doi.org/10.1111/jnu.12862)

MASLOW, Abraham Harold, 2021. *Motivace a osobnost*. Vydání první. Přel. Pavla LE ROCH. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1728-2.

MAUGANS, T. A., 1996. The SPIRITual history. *Archives of Family Medicine* [online]. **5**(1), 11–16. ISSN 1063-3987. Dostupné z: [doi:10.1001/archfami.5.1.11](https://doi.org/10.1001/archfami.5.1.11)

MONOD, Stéfanie, Mark BRENNAN-ING, Etienne ROCHAT, Estelle LÉCUREUX (MARTIN), Stephane ROCHAT a Christophe BÜLA, 2011. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. *Journal of general internal medicine* [online]. **26**, 1345–57. Dostupné z: [doi:10.1007/s11606-011-1769-7](https://doi.org/10.1007/s11606-011-1769-7)

NAKONEČNÝ, Milan, 1997. *Motivace lidského chování*. Vyd. 1. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-0592-2.

NĚMEC, 2017. K metodickému pokynu Ministerstva zdravotnictví o duchovní péči. *Revue církevního práva*. **XXIII**(68), 11–28. ISSN 1211-1635, 2336-5609.

NIGHTINGALE, Florence, [b.r.]. *Notes on Nursing, What it is and what it is not* [online]. 1898. vyd. London: Harrison, 59 Pall Mall, Bookseller to the Queen. Dostupné z: <https://cdn.fulltextarchive.com/wp-content/uploads/wp-advanced-pdf/1/Notes-on-Nursing.pdf>

ŘÍČAN, Pavel, 2002. *Psychologie náboženství*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-547-7.

SMOTHERS, Zachary, Jennifer TU, Colleen GROCHOWSKI a Harold KOENIG, 2019. Efficacy of an educational intervention on students' attitudes regarding spirituality in healthcare: A cohort study in the USA. *BMJ Open* [online]. **9**, e026358. Dostupné z: [doi:10.1136/bmjopen-2018-026358](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026358)

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, [b.r.]. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi* [online]. 1. vydání. Praha: Grada Publishing [vid. 2023-03-05]. ISBN 978-80-271-3242-3. Dostupné z: https://cuni.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay/alma9925402952606986/420CKIS_INST:UKAZ

TAVEL, Peter, Klára MALIŇÁKOVÁ a Gabriela SARNIKOVA, 2018. PSYCHOMETRICKÁ ANALÝZA ŠKÁLY FUNKČNÍHO POSOUZENÍ TERAPIE CHRONICKÝCH NEMOCÍ - SPIRITUÁLNÍ OSOBNÍ POHODA (FACIT-Sp) V ČESKÉM PROSTŘEDÍ. *Ceskoslovenska psychologie* [online]. [vid. 2023-03-01]. Dostupné z: https://www.academia.edu/38708903/PSYCHOMETRICK%C3%81_ANAL%C3%9DZA_%C5%A0K%C3%81LY_FUNK%C4%8CN%C3%8DHO_POSOUZEN%C3%8D_TERAPIE_CHRONICK%C3%9DCH_NEMOC%C3%8D_SPIRITU%C3%81LN%C3%8D_OSOBN%C3%8D_POHODA_FACIT_Sp_V_%C4%8CESK%C3%89M_PR_OST%C5%98ED%C3%8D

TAVERNA, Mara, Pascal BERBERAT, Heribert SATTEL a Eckhard FRICK, 2019. A Survey on the Integration of Spiritual Care in Medical Schools from the German-Speaking Faculties. *Advances in Medical Education and Practice* [online]. **Volume 10**, 1009–1019. Dostupné z: [doi:10.2147/AMEP.S224679](https://doi.org/10.2147/AMEP.S224679)

TAYLOR, Elizabeth, 2020. Initial Spiritual Screening and Assessment: Five Things to Remember. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care* [online]. **23**, 1–4. Dostupné z: [doi:10.14475/kjhpc.2020.23.1.1](https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.1.1)

TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium*

sester. čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

WU, Li-Fen, Malcolm KOO, Hui-Chen TSENG, Yu-Chen LIAO a Yuh-Min CHEN, 2015. Concordance between nurses' perception of their ability to provide spiritual care and the identified spiritual needs of hospitalized patients: A cross-sectional observational study. *Nursing & Health Sciences* [online]. **17**(4), 426–433. ISSN 1442-2018. Dostupné z: [doi:10.1111/nhs.12210](https://doi.org/10.1111/nhs.12210)

ZBOROWSKY, Terri a Mary Jo KREITZER, 2008. Creating optimal healing environments in a health care setting. *Minnesota Medicine*. **91**(3), 35–38. ISSN 0026-556X.

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1 MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB.....	14
OBRÁZEK 2 POHLAVÍ RESPONDENTŮ	35
OBRÁZEK 3 VĚK RESPONDENTŮ.....	36
OBRÁZEK 4 VELIKOST MÍSTA BYDLIŠTĚ	37
OBRÁZEK 5 VELIKOST MÍSTA BYDLIŠTĚ	37
OBRÁZEK 6 NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	38
OBRÁZEK 7 DÉLKA HOSPITALIZACE	39
OBRÁZEK 8 NÁBOŽENSKÉ VYZNÁNÍ.....	39
OBRÁZEK 9 SPIRITUÁLNÍ PRAKTIKY	40
OBRÁZEK 10 FREKVENCE PROVÁDĚNÍ SPIRITUÁLNÍCH PRAKTIK	41
OBRÁZEK 11 SPOLEČENSKÉ AKCE	41
OBRÁZEK 12 FREKVENCE ÚČASTI NA SPOLEČENSKÝCH AKCÍCH.....	42
OBRÁZEK 13 ZÁJEM A NABÍDKA SLUŽEB DUCHOVNÍHO	43

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 POPISNÁ STATISTIKA – VĚK RESPONDENTŮ	36
TABULKA 2 ZÁJEM A NABÍDKA SLUŽEB DUCHOVNÍHO VE FN MOTOL	43
TABULKA 3 MÁM NEDOSTATEK ENERGIE	44
TABULKA 4 TRPÍM NEVOLNOSTÍ	45
TABULKA 5 KVŮLI SVÉMU TĚLESNÉMU STAVU MÁM PROBLÉM ZAJISTIT POTŘEBY SVÉ RODINY	45
TABULKA 6 MÁM BOLESTI	46
TABULKA 7 VEDLEJŠÍ ÚČINKY LÉČBY MI ČINNÍ POTÍŽE	46
TABULKA 8 CÍTÍM SE NEMOCEN/NEMOCNÁ	47
TABULKA 9 JSEM NUCEN/A POLEHÁVAT	47
TABULKA 10 MÁM BLÍZKÉ VZTAHY KE SVÝM PŘÁTELŮM	48
TABULKA 11 MÁ RODINA MNE CITOVĚ PODPORUJE	48
TABULKA 12 MOJI PŘÁTELÉ MI POSKYTUJÍ PODPORU	49
TABULKA 13 MÁ RODINA SE SMÍŘILA S MOU NEMOCÍ	49
TABULKA 14 JSEM SPOKOJEN/A S TÍM, JAK SE V NAŠÍ RODINĚ HOVOŘÍ O MÉ NEMOCI	50
TABULKA 15 KE SVÉMU PARTNEROVI (NEBO K OSOBE, KTERÁ JE MOU HLAVNÍ OPOROU) MÁM BLÍZKÝ VZTAH	50
TABULKA 16 MŮJ POHLAVNÍ ŽIVOT MNE USPOKOJUJE	51
TABULKA 17 JE MI SMUTNO	51
TABULKA 18 JSEM SPOKOJEN/A S TÍM, JAK SE VYROVNAVÁM SE SVOU NEMOCÍ	52
TABULKA 19 ZTRÁCÍM NADĚJI V BOJI SE SVOU NEMOCÍ	52
TABULKA 20 JSEM NERVÓZNÍ	53
TABULKA 21 OBÁVÁM SE UMÍRÁNÍ	53
TABULKA 22 OBÁVÁM SE ZHORŠENÍ SVÉHO STAVU	54
TABULKA 23 JSEM SCHOPEN/A PRACOVAT (VČETNĚ PRÁCE DOMA)	54
TABULKA 24 MÁ PRÁCE (VČETNĚ PRÁCE DOMA) MNE USPOKOJUJE	55
TABULKA 25 JSEM SCHOPEN/A TĚŠIT SE ZE ŽIVOTA	55
TABULKA 26 SMÍŘIL/A JSEM SE SE SVOU NEMOCÍ	56
TABULKA 27 SPÍM DOBŘE	56
TABULKA 28 TĚŠÍM SE Z VĚCÍ, KTERÉ DĚLÁM PRO ZÁBAVU (NAPŘ. KONÍČKY, SPORT)	57
TABULKA 29 JSEM SPOKOJEN/A SE SVOU SOUČASNOU KVALITOU ŽIVOTA	57
TABULKA 30 CÍTÍM SE VNITŘNĚ KLIDNÝ/Á	58
TABULKA 31 MÁM PROČ ŽÍT	58
TABULKA 32 MŮJ ŽIVOT JE PRODUKTIVNÍ	59
TABULKA 33 NEDAŘÍ SE MI NALÉZT VNITŘNÍ KLID ⁷	59
TABULKA 34 MÁM POCIT, ŽE MŮJ ŽIVOT MÁ SMYSL	60
TABULKA 35 DOKÁŽI SE PONOŘIT HLUBOKO DO SEBE, ABYCH DOSÁHL/A ÚLEVY	60
TABULKA 36 NAPLŇUJE MNE POCIT HARMONIE	61
TABULKA 37 MŮJ ŽIVOT POSTRÁDÁ VÝZNAM A SMYSL	61
TABULKA 38 NACHÁZÍM ÚTĚCHU VE SVÉ VÍŘE NEBO VE SVÉM DUCHOVNÍM PŘESVĚDČENÍ	62

TABULKA 39 ČERPÁM SÍLU ZE SVÉ VÍRY NEBO ZE SVÉHO DUCHOVNÍHO PŘESVĚDČENÍ	62
TABULKA 40 MÁ NEMOC POSÍLILA MOU VÍRU NEBO DUCHOVNÍ PŘESVĚDČENÍ	63
TABULKA 41 VÍM, ŽE AŽ BUDE PRŮBĚH MÉ NEMOCI JAKÝKOLIV, BUDE VŠE V POŘÁDKU.....	63
TABULKA 42 POPISNÁ STATISTIKA - PWB.....	64
TABULKA 43 POPISNÁ STATISTIKA - SWB.....	64
TABULKA 44 POPISNÁ STATISTIKA - EWB	65
TABULKA 45 POPISNÁ STATISTIKA - FWB.....	65
TABULKA 46 POPISNÁ STATISTIKA - FACIT-G.....	65
TABULKA 47 POPISNÁ STATISTIKA - SP SMYSL ŽIVOTA.....	66
TABULKA 48 POPISNÁ STATISTIKA - SP SMÍŘENÍ	66
TABULKA 49 POPISNÁ STATISTIKA - SP VÍRA	66
TABULKA 50 POPISNÁ STATISTIKA - FACIT SP 12	67
TABULKA 51 POPISNÁ STATISTIKA - FACIT SP 12 TS.....	67
TABULKA 52 KORELAČNÍ MATICE H1	68
TABULKA 53 KORELAČNÍ MATRICE H2	69
TABULKA 54 PŘÍSLUŠNOST K CÍRKVI/ORGANIZOVANÝCH NÁBOŽENSTVÍ	70
TABULKA 55 KORELAČNÍ MATRICE H3	71
TABULKA 56 ÚČAST NA SPIRITUÁLNÍCH PRAKTIKÁCH ANO/NE	72
TABULKA 57 KORELAČNÍ MATRICE H4	73
TABULKA 58 NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ - UPRAVENÉ	74
TABULKA 59 JEDNOSMĚRNÁ ANOVA NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ....	75
TABULKA 60 KORELAČNÍ MATICE H6	76

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 SVOLENÍ ETICKÉ KOMISE FN MOTOL S DOTAZNÍKOVÉM ŠETŘENÍ	97
PŘÍLOHA 2 LICENČNÍ DOHODA POUŽITÍ DOTAZNÍKU FACIT SP 12	98
PŘÍLOHA 3 DOTAZNÍK FACIT SP 12.....	100
PŘÍLOHA 4 DOTAZNÍK VLASTNÍ KONSTRUKCE.....	103

Příloha 2 Licenční dohoda použití dotazníku FACIT Sp 12

PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

**FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT)
LICENSING AGREEMENT**

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy System of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org ("Licensor") the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement to the party listed below ("Licensee") for use of the measure and languages listed below in the study listed below ("Study"). This license is applicable for individual and/or academic researchers working on a not-for-profit research project.

Name ("Licensee"): Jan Láníček

Measurement: FACIT-Sp

Language(s): Czech

Study Title ("Study"): Spiritual Needs of Patients in Hospital Setting

This current license is only extended to Licensee's Study subject to the following terms:

- 1) Licensee agrees to provide Licensor with copies of any publications resulting from this study or produced as a result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing and evolving nature of questionnaire development, treatment modalities and cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, Licensee will have the option of using either previous or updated versions according to their own research objectives.
- 3) Licensee may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is not extended to electronic data capture by third party vendors of Licensee. Electronic versions by third party vendors of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for a third party to migrate and administer the FACIT electronically must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor

Individual Investigator license 30JUN2020

www.FACIT.org  information@FACIT.org



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

and FACIT.org

- 6) In no case may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if Licensee engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective for two years upon the date of signature. If Licensee requires an extension beyond this 2-year period, Licensee must contact Licensor and obtain an extension.

Signature: Jan Lániček
Jan Lániček (Nov 9, 2021 14:47 GMT+1)

Email: jan.lanicek@centrum.cz

Příloha 3 Dotazník FACIT Sp 12

FACIT-Sp (Version 4)

Níže jsou uvedeny obtíže, které jiní lidé trpící stejnou nemocí jako vy považovali za důležité. **Zakroužkujte nebo vyznačte na každém řádku jedno číslo, které vyjadřuje vaši odpověď týkající se předchozích 7 dní.**

<u>TĚLESNÝ STAV</u>		vůbec ne	málo	středně	značně	velik e
GP1	Mám nedostatek energie.....	0	1	2	3	4
GP2	Trpím nevolností	0	1	2	3	4
GP3	Kvůli svému tělesnému stavu mám problém zajistit potřeby své rodiny	0	1	2	3	4
GP4	Mám bolesti.....	0	1	2	3	4
GP5	Vedlejší účinky léčby mi činí potíže	0	1	2	3	4
GP6	Cítím se nemocen/nemocná	0	1	2	3	4
GP7	Jsem nucen/a polehávat	0	1	2	3	4
<u>SPOLEČENSKÉ A RODINNÉ VZTAHY</u>		vůbec ne	málo	středně	značně	velik e
GS1	Mám blízké vztahy ke svým přátelům	0	1	2	3	4
GS2	Má rodina mne citově podporuje	0	1	2	3	4
GS3	Moji přátelé mi poskytují podporu.....	0	1	2	3	4
GS4	Má rodina se smířila s mou nemocí	0	1	2	3	4
GS5	Jsem spokojen/a s tím, jak se v naší rodině hovoří o mé nemoci	0	1	2	3	4
GS6	Ke svému partnerovi (nebo k osobě, která je mou hlavní oporou) mám blízký vztah.....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Odpovězte prosím na následující otázku bez ohledu na nynější úroveň své pohlavní aktivity. Pokud na tuto otázku nechcete odpovědět, zaškrtněte prosím tento čtvereček <input type="checkbox"/> a pokračujte s další částí.</i>					
GS7	Můj pohlavní život mne uspokojuje.....	0	1	2	3	4

FACIT-Sp (Version 4)

Zakroužkujte nebo vyznačte na každém řádku jedno číslo, které vyjadřuje vaši odpověď týkající se předchozích 7 dní.

CITOVÝ STAV		vůbec ne	málo	středně	značně	velik e
GE1	Je mi smutno.....	0	1	2	3	4
GE2	Jsem spokojen/a s tím, jak se vyrovnávám se svou nemocí....	0	1	2	3	4
GE3	Ztrácím naději v boji se svou nemocí.....	0	1	2	3	4
GE4	Jsem nervózní.....	0	1	2	3	4
GE5	Obávám se umírání.....	0	1	2	3	4
GE6	Obávám se zhoršení svého stavu.....	0	1	2	3	4

FUNKČNÍ STAV		vůbec ne	málo	středně	značně	velik e
GF1	Jsem schopen/schopna pracovat (včetně práce doma)	0	1	2	3	4
GF2	Má práce (včetně práce doma) mne uspokojuje.....	0	1	2	3	4
GF3	Jsem schopen/schopna se těšit ze života	0	1	2	3	4
GF4	Smířil/a jsem se se svou nemocí	0	1	2	3	4
GF5	Spím dobře	0	1	2	3	4
GF6	Těším se z věcí, které dělám pro zábavu (např. koníčky, sport).....	0	1	2	3	4
GF7	Jsem spokojen/a se svou současnou kvalitou života	0	1	2	3	4

FACIT-Sp (Version 4)

Zakroužkujte nebo vyznačte na každém řádku jedno číslo, které vyjadřuje vaši odpověď týkající se předchozích 7 dní.

<u>DODATEČNÉ STAROSTI</u>		vůbec ne	málo	středně	značně	velice
Sp1	Cítím se vnitřně klidný/á	0	1	2	3	4
Sp2	Mám proč žít	0	1	2	3	4
Sp3	Můj život je produktivní.....	0	1	2	3	4
Sp4	Nedaří se mi nalézt vnitřní klid	0	1	2	3	4
Sp5	Mám pocit, že můj život má smysl	0	1	2	3	4
Sp6	Dokážu se ponořit hluboko do sebe, abych dosáhl/a úlevy	0	1	2	3	4
Sp7	Naplňuje mě pocit harmonie	0	1	2	3	4
Sp8	Můj život postrádá význam a smysl.....	0	1	2	3	4
Sp9	Nacházím útěchu ve své víře nebo ve svém duchovním přesvědčení.....	0	1	2	3	4
Sp10	Čerpám sílu ze své víry nebo ze svého duchovního přesvědčení.....	0	1	2	3	4
Sp11	Má nemoc posílila mou víru nebo mé duchovní přesvědčení.....	0	1	2	3	4
Sp12	Vím, že ať bude průběh mé nemoci jakýkoliv, bude vše v pořádku.....	0	1	2	3	4

Příloha 4 Dotazník vlastní konstrukce

Vážené respondentky, vážení respondenti,

obracím se na Vás se žádostí o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky šetření poslouží jako podklad pro zpracování empirické části bakalářské práce nazvané „Spirituální potřeby pacientů ve FN Motol“. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé odpovědi na otázky k dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem Vám děkuji za spolupráci,

Jan Láníček, student bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství 2. LF Univerzity Karlovy.

A Jakého jste pohlaví?

- Muž
- Žena
- Nechci uvést

B Prosím uveďte svůj věk.

..... let

C Jaká je velikost místa Vašeho bydliště? (počet obyvatel)

- Do 3 000 (vesnice)
- 3-9 tisíc (malé město)
- 10-50 tisíc (okresní město)
- 50-100 tisíc (krajské město)
- Praha, Brno

D V jakém regionu bydlíte?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Olomoucký kraj
- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

E Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Vyučen(a)
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

F Jak dlouho jste hospitalizován(a) ve FN Motol?

- 1-3 dny
- 3-7 dní
- 7-14 dní
- 1-2 měsíce
- 3 měsíce a více

G Hlásíte se k některé z církví/organizovaných náboženství?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Křesťanství- Římskokatolické | <input type="radio"/> Budhismus |
| <input type="radio"/> Křesťanství- Protestanské/Evangelické | <input type="radio"/> Jiné: Prosím |
| <input type="radio"/> Křesťanství- Pravoslavi/Ortodoxní | uveďte:..... |
| <input type="radio"/> Islám | |
| <input type="radio"/> Hinduismus | |

H Účastnili jste se některé z těchto spirituálních praktik v době před hospitalizací? Můžete vybrat více odpovědí,

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Návštěva kostela | <input type="radio"/> Řízená meditace |
| <input type="radio"/> Účast na bohoslužbě | <input type="radio"/> Jóga |
| <input type="radio"/> Společná modlitba | <input type="radio"/> Jiné- doplňte: |
| <input type="radio"/> Zpověď | |
| <input type="radio"/> Půst | <input type="radio"/> Žádné z výše uvedených |
| <input type="radio"/> Darování almužny, organizovaná dobročinná akce | |

I Jak často provádíte tyto praktiky? (pokud jste zvolili v předcházející otázce možnost „žádné“, neodpovídejte)

- Denně
- V intervalu 1-3 dny
- 1 x týden
- 1x za 14 dní
- 1x za měsíc
- Příležitostně:

J Účastnili jste se jiných společenských akcí v době před hospitalizací? Můžete označit více odpovědí

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Společná sportovní aktivita | <input type="radio"/> Deskové hry |
| <input type="radio"/> Turismus | <input type="radio"/> Rodinné akce |
| <input type="radio"/> Návštěva divadla/koncertu/kina/výstavy | <input type="radio"/> Jiné: |
| <input type="radio"/> Návštěva restaurací, posezení s přáteli | doplňte..... |
| <input type="radio"/> Umělecké aktivity- malování, zpívání | <input type="radio"/> Žádné z výše uvedených |

K Jak často se těchto akcí účastníte? (pokud jste zvolili v předcházející otázce možnost „žádné“, neodpovídejte)

- Denně
- V intervalu 1-3 dny
- 1 x týden
- 1x za 14 dní
- 1x za měsíc
- Příležitostně:

L Máte zájem o služby duchovního ve FN Motol?

- Ano
- Ne

M Byly Vám nabídnuty služby duchovního ve FN Motol?

- Ano
- Ne

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku, zde je prostor pro Vaše poznámky a komentáře