

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Způsoby uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce**  
**Bc. Veronika Švábová**

**2007**

**Autor práce**  
**Blanka Löffelmannová**

## **Abstract**

Spiritual domain and spiritual necessities paired with them, forms inseparable component of human being. Spirituality is something, what somebody have in them, something, what overhang everybody. Most of people alternate the spiritual for the faith. But these necessities are not applied to a faith. For example, it means the sense of world order, wich person accepts or finding to a sense of life and so on.

In the theoretic part are define notions like a necessite, account some kind of necessities, describe the hierarchy of them in line with A. H. Maslow, at next are describe some modification in satiation of necessities at the time of illness, definition notions like hollism and spiritual bliss. In the second part is labor target the specified of notions like Christianity, Catholic church, faith, means of grace, prayer and interpreted questions of illness in relation to Catholic church.

Toward location of informations was used method of quantitative collection of data, when practice of acquisition of data was innominate questionnaire.

Purpos of my labor was ascertain to what degree are the necessities clients of catholic confession satiated, ascertain to if nurses asks for religious belief, ascertain to if nurses gives notices about possibility of a satiation of spiritual necessities, wich are connected with their belief.

By the form of innominate questionnaire was spoken one hundred of nurses, but only seventy four of them take a share of study. Study proceeded in the Nemocnice České Budějovice, a. s. and Nemocnice Domažlice, a. s., namely on internal department and on department of subsequent alternation care. All purposes, what I set at begining, was managed to realize. How results from study, on both of hospitals, where study proceeded, is norm of satiation of spiritual necessities clients of catholic confession almost same or minimally differ.

The results of study may be presumed like a base for an increment of quality of a satiation of spiritual necessities clients of catholic cefession through the hospitalization and like a feed back for participating nurses to.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 14. května 2007

.....

Podpis

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce, Bc. Veronice Švábové a také Mgr. Markétě Zeithámové za cenné rady..

## Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav dané problematiky.....	4
1. 1 Potřeby.....	4
1.1.1 Co jsou to potřeby.....	4
1.1. 2 Biologické potřeby.....	4
1.1.3 Psychické potřeby.....	4
1.1.4 Sociální potřeby.....	5
1.1.5 Duchovní potřeby.....	5
1.1.6 Duchovní blaho.....	6
1.2 Dělení potřeb z pohledu A. H.Maslowa.....	6
1.2.1 Potřeby podle A. HMaslowa.....	6
1.2.2 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle A. Maslowa.....	8
1.3 Změny ve vnímání a uspokojování potřeb v období nemoci.....	9
1.3.1 K jakým změnám ve vnímání potřeb dochází v období nemoci.....	9
1.3.2 Uspokojování potřeb v období nemoci.....	11
1.3.3 Faktory, které modifikují uspokojování potřeb v době nemoci.....	12
1.4 Holistické pojetí člověka.....	13
1.5 Zvládání zátěže v podobě nemoci.....	15
1. 6 Křesťanství.....	16
1. 6.1 Co znamená pojem křesťanství.....	16
1. 6. 2 Katolická církev.....	17
1. 6. 3 Víra.....	17
1. 6. 4 Křesťané a nemoc.....	18
1. 7 Sedm svátostí.....	19
1. 7. 1 Křest.....	20
1. 7. 2 Biřmování.....	21
1. 7. 3 Eucharistie.....	21

1. 7. 4 Svátost smíření.....	21
1. 7. 5 Svátost nemocných.....	22
1.7.6 Svátost kněžství.....	22
1. 7. 7 Svátost manželství.....	23
1.8 Pastorační péče během hospitalizace.....	23
1.8.1 Proč pastorační péče.....	25
1.9 Modlitba.....	26
1.9.1 Motiv a obsah modlitby.....	27
2 Cíle práce a hypotézy.....	28
2. 1 Cíle práce.....	28
2. 2 Hypotézy.....	29
3 Metodika a charakteristika výzkumného souboru.....	30
3. 1 Dotazníková metoda.....	30
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 Výsledky výzkumu.....	31
5 Diskuse.....	50
6 Závěr.....	58
7 Klíčová slova.....	59
8 Literatura.....	60
9 Přílohy.....	62

## ÚVOD

Každý člověk, zdravý či nemocný má své potřeby, které tvoří významnou součást jeho osobnosti. Úkolem ošetrovatelství je tyto potřeby cíleně vyhledávat a uspokojovat je. K tomu, aby všechny klientovy potřeby mohly být efektivně uspokojeny, je nutné chápat pacienta jako holistickou bytost a ne pouze jako “lékařskou diagnózu.” Holistický přístup vidí člověka jako bio-psycho-sociální a duchovní bytost, kdy porušení jedné z těchto sfér způsobí nerovnováhu celé osobnosti. Právě duchovní sféra a duchovní potřeby tvoří důležitou a nezastupitelnou součást lidské psychiky. Je však nutné si uvědomit, že duchovní potřeby nemají jen věřící lidé. Potřebu duchovního blaha, hledání smyslu života nebo vyhýbání se duchovní tísní mají všichni lidé, jen jí přikládají různě velkou důležitost.

Ve své práci jsem se zaměřila na duchovní potřeby klientů katolického vyznání, kteří tvoří více než jednu čtvrtinu všech obyvatel České Republiky a jsou proto nejčastějšími věřícími klienty, se kterými se sestry v českých nemocnicích setkávají. Proto mě zajímal přístup sester k této problematice a také názor sester na kvalitu jimi poskytované duchovní péče.

### *1. Potřeby*

## ***1.1 Co jsou to potřeby***

Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho konkrétního a pro člověka jednoznačně důležitého. Potřeba je stav odchylky od takové normy, kterou si člověk přeje, po které touží, která mu nejvíc vyhovuje a kterou považuje za nejlepší. Vzniklou a uvědomělou potřebu doprovází celkové napětí, záporné citové ladění a snaha potřebu uspokojit. Aby došlo k uspokojení potřeby, musí být uvedeny do pohybu takové síly, které vyvolají akceschopnost jedince. Člověk začne účelné jednat, vyvine konkrétní činnost, aby svou potřebu mohl uspokojit. Každá potřeba má svůj určitý předmět a určitý obsah. Předmět i obsah určují hodnotu potřeby. Charakteristickým rysem potřeb je jejich pravidelné opakování, neboli cykličnost. Poslední fáze procesu uspokojování potřeby, to znamená dosažení cíle, je zároveň počátkem vzniku nové potřeby. Potřeby člověka zahrnují biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby (19, 8).

### ***1.1.2 Biologické potřeby***

Jsou všechny potřeby těla. Mezi základní patří potrava, zbavení se odpadů vlastního metabolismu, přísun kyslíku, spánek. Dále to jsou potřeby, které více či méně zabezpečuje odborná lékařská péče, jako ozařování, chemoterapie, hormonální léčba (19, 21).

### ***1.1.3 Psychické potřeby***

Jsou to potřeby spojeny s respektováním lidské důstojnosti nezávisle na stavu těla. Každý člověk je jedinečnou bytostí se svým neopakovatelným posláním, které je potřeba vždy respektovat (19, 21).

### ***1.1.4 Sociální potřeby***



Vyplývají ze statusu člověka, jako společenského tvora, žijícího v určitém sociálním prostředí, majícího svou rodinu, své problémy, svou práci, koníčky, závazky, sny a přání. Najednou je z tohoto prostředí z důvodu nemoci vytrhnut. Sestra by měla jeho slovům i v této oblasti stále naslouchat a pomoci mu patřičně se vyrovnat s jednotlivými oblastmi (19, 21).

### ***1.1.5 Duchovní potřeby***

Duchovní nebo spirituální oblast je něco, co má člověk v sobě, něco, co ho přesahuje. Není to tedy nutně jenom vztah k biblickému Bohu, ale ke všemu, co nás přesahuje. Tento druh potřeb byl v naší společnosti donedávna tabu. Mnoho lidí, včetně zdravotníků se proto domnívá, že se to týká pouze věřících v Boha. Paradoxně tomu však bývá naopak. Věřící člověk ví, kde hledat pomoc a na koho se obrátit. U lidí bez této víry tomu tak většinou není. Ale právě v průběhu vážné či těžké nemoci jsou i oni konfrontováni s vlastní smrtelností a začínají se zabývat životně důležitými otázkami po smyslu vlastního života (19, 5)

Duchovní svět či duchovní život se netýká pouze víry v Boha. Každý člověk si tvoří nějaký názor na to, kde se vzal svět a jaká je jeho role ve světě, každý potřebuje dát životu nějaký smysl a na něm vybudovat své mezilidské vztahy. Co se týká duchovního světa člověka, není žádné tvrzení ani žádný názor stoprocentně jistý, protože jde o víru. A každá víra obsahuje prvky dobře promyšlené a prvky prostě převzaté. Žádný smysl není jednou pro vždy dán, vše se může postupně nebo i zcela naráz zhroutit. Nemoc bývá často spojena s úzkostí a úzkost zpochybňuje všechno, čemu člověk dosud věřil, protože boží pocit zajištěnosti a staví před oči možnost, že věci mohou být také jinak. Úzkost spojená s nemocí tak prověřuje nosnost systému hodnot a klade nové otázky po smyslu toho, co člověk dělá a jaké vztahy udržuje. Z duchovního hlediska je tedy nemoc významnou událostí, která volá pacienta k autentickému přehodnocování hodnot, postojů a vztahů a která může vést

i k duchovnímu růstu. Sestra sice zpravidla nemá teologické vzdělání, přesto může účinně pomáhat lidem v duchovní krizi. Stačí nemocného vyslechnout a nechat jej hovořit o věcech, které s nemocí nemají zdánlivě nic společného, dbát o uchování jeho lidské důstojnosti a dávat najevo úctu k jeho lidství, ať se projevuje v jakékoliv podobě (19, 5, 11).

### ***1.1.6 Duchovní blaho***

Spirituální potřeby jsou prostředek k dosažení takzvaného duchovního blaha. Duchovní blaho je způsobem života nebo duchovní cestou, která se dívá na život a prožívá ho jako užitečný a příjemný, která vyhledává možnosti svobodného výběru život udržujících a obohacujících nabídek a hluboko se zakořeňuje do duchovních hodnot. Protipólem duchovního blaha je duchovní tíseň. Spirituální potřeby mají úzký vztah k hledání smyslu života a smrti. Nelze je tedy omezit na religiozitu (5, 11).

## ***1.2 Dělení potřeb z pohledu A. H. Maslowa***

### ***1.2.1 Potřeby podle A. H. Maslowa***

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908-1970) byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Tato nová škola je považována za "třetí sílu v psychologii," která je v mnoha směrech v opozici vůči školám behavioristickým a psychoanalytickým. Humanističtí psychologové byli inspirováni existenciální filosofií. Pronikla do Spojených států po druhé světové válce a mnoha psychology a psychiatry byla přijata velmi kladně. (19, 21).

Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádan, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb obsahuje potřeby filosofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání

a seberealizace. Jedinec je integrovaný a organizovaný cele, to znamená, že každá potřeba je vždy výrazem celého jedince. Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené “nižší” potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými “vyššími” potřebami (19, 21).

Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jednotlivce. Častá frustrace potřeb v dětství determinuje trvalé osobnostní rysy jedince. Vyšší potřeby se objevují později, a to jak ve fylogenetickém, tak v ontogenetickém vývoji. Motivační život jedince tak může být popsán jako “vzestup” různými vrstvami “pyramidy potřeb.” U novorozenců dominují fyziologické potřeby hladu a žízně a také potřeby bezpečí. Mladší děti jsou ovládány potřebami bezpečí a lásky, zatímco starší děti mají potřebu lásky a uznání. Na začátku adolescence se poprvé setkáváme s potřebami seberealizace, avšak lidé jsou jimi plně ovládáni až v dospělém věku. Jsou-li základní potřeby jedince trvale frustrovány, pak se u něho nevyhnutelně objevují projevy psychopatologie (19, 21).

### ***1.2.2 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle A. H. Maslowa***

*Fyziologické potřeby* se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Jedinec dělá většinou všechno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve, než se stanou aktuálními – dodržování denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, spánku a podobně. V situaci kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování

a jednání člověka (19).

*Potřeba jistoty a bezpečí* je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění a podobně. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí uspokojení potřeby jistoty na prvním místě. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty (19)

*Potřeba lásky a sounáležitosti*, někdy také nazývána jako potřeba afiliační, je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění (19, 21, 1)

*Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty*. Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty(19)

*Potřeba seberealizace, sebeaktualizace* vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.

K těmto vyšším potřebám řadí Maslow tzv. metapotřeby, nebo také potřeby růstu, které vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další. Tyto metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování “posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti.” Vyjadřují spíše možnost než skutečnost, potřebu překročení každodenní zkušenosti, potřebu vyššího duchovního života a transpersonální zážitky. Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami.(19)

### ***1.3. Změny ve vnímání a uspokojování potřeb v období nemoci***

### ***1.3.1 K jakým změnám ve vnímání potřeb dochází v období nemoci***

Definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace je stav úplné tělesné, psychické, sociální a duševní pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. Zdraví je schopnost organismu přiměřeně reagovat na změny vnitřního i vnějšího prostředí a schopnost těmto změnám se přizpůsobit. Nemoc je každá odchylka od zdraví. Nemoc se projevuje obecnými a specifickými příznaky. Souhrn všech příznaků vytváří klinický obraz nemoci (19, 11).

V době nemoci jsou u člověka zachovány všechny dosavadní somatické potřeby. Změny nastávají tam, kde se některé z potřeb stanou naléhavějšími, změní se podmínky a způsob jejich uspokojování. Nemocný je nesignalizuje obvyklým způsobem, případně je signalizovat neumí, nemůže nebo nechce. K výrazným změnám dochází v oblasti psychických a sociálních potřeb. Až dosud měl klient víceméně stálou hierarchii potřeb a životních hodnot, řídil se ustálenými pravidly, která znal a ovládal. Používal osvědčené taktiky jednání, znal své prostředí a tvořil jeho součást. Měl své sociální zázemí, své zvyky, navyklý režim dne, typ životosprávy a osobní životní styl. Svě zájmy naplňoval tak, aby dosáhl uspokojení. Příchodem nemoci se vše změnilo. Přišel o své soukromí, je obklopen cizím prostředím a novými lidmi. Čeká ho jednání, ve kterém nemá praktické zkušenosti, události, které nedovede předvídat a pohyb v situacích, které se zcela vymykají jeho dosavadnímu stylu. V jeho potřebách a způsobu jejich uspokojování nastávají zásadní změny. Něco ho bolí, hůře spí, vstává v jinou dobu než je zvyklý, postrádá volný pohyb a podobně. Jeho dosavadní jistoty jsou otřeseny, cítí se ohrožen, bojí se o své zdraví (19, 9).

Potřeba stimulace a nových zkušeností se v závislosti na zhoršení somatického stavu zpravidla snižuje. Mnohé intenzivnější či frekventovanější podněty mohou působit rušivě, mohou nemocného nadměrně dráždit a vyčerpávat. Nemocný člověk nemá ani příliš velkou potřebu změny, nových podnětů, protože nemá dost energie, aby na něho nepůsobily nepříjemně. Vyčerpání nemocní preferují stereotyp, protože je pro ně šetrnější. Nemocný člověk má potřebu se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav, vědět co jej čeká a proč je to nutné. Pokud by neznal alespoň rámcově

charakter svého onemocnění, zvyšovalo by se riziko konfliktu. Za těchto okolností se jakýkoliv nepříjemný lékařský zákrok jeví jako ohrožení. Těžko vyžadovat od nemocného spolupráci, pokud smysl takového jednání nechápe. Orientace v situaci, porozumění nezbytnosti určitých nepříjemností zmenší riziko konfliktů a adaptačního selhání. Potřeba citové jistoty a bezpečí se pod vlivem nemoci zvyšuje. Nemocný zažívá více nepříjemností a mívá méně možností uspokojovat svoje potřeby, respektive není v této oblasti zcela soběstačný. Mnohdy se cítí silně ohrožen a z toho vyplývá větší potřeba citové podpory, která by tyto problémy kompenzovala. Uspokojení potřeby sociálního kontaktu je omezeno obtížností takovou aktivitu realizovat, faktickou fyzickou neschopností, ale i změnou hodnot a zájmů. V kontaktu se zdravými lidmi chybí těžce nemocnému společná témata, jejich životní situace i perspektivy jsou jiné. Pod vlivem onemocnění se mění i potřeba seberealizace. Její uspokojení je mnohem obtížnější a vzhledem k proměně osobně významných hodnot leckdy až bezvýznamné. Nemocný se mnoha ambic vzdává, protože ví, že jsou nedostupné nebo proto, že ztratily svou původní hodnotu. V současné situaci jsou pro něho důležitější jiné věci a seberealizace mívá tudíž jiný obsah. Potřeba otevřené budoucnosti, tj. pozitivní prognózy, bývá závažným onemocněním vždycky více či méně frustrována. Zde záleží na závažnosti choroby. Při komunikaci s klientem je důležité, aby sestra brala v potaz tyto výše uvedené změny, ke kterým během nemoci dochází a přizpůsobila tak i svůj přístup k nemocnému. Sestra, která zná potřeby nemocného a přistupuje ke klientovi jako k holistické bytosti, je schopna tyto potřeby efektivně řešit a pomoci pacientovi lépe se vrovnat s tak obtížnou situací, jakou nemoc představuje. (19, 9,11, 15).

### ***1.3.2 Uspokojování potřeb v období nemoci***

Faktická realizace toho, aby se sestře podařilo dosáhnout ideální spokojenosti pacienta s přihlédnutím k tomu, kde se ocitl a co by měl podstoupit, je pro sestru velmi náročná. Přesto by mělo veškeré její úsilí k tomuto směřovat. Spirituální potřeby

nemocného jsou často zanedbávány. Sestry se domnívají, že spiritualita nemocného není tak významná jako tělesné potřeby, respektive že nejdůležitějším úkolem sestry je starat se o základní biologické potřeby jako je dýchání, výživa a podobně. U nemocného člověka jsou však někdy duchovní potřeby dominantní složkou jeho osobnosti, neboť základním způsobem modifikují jeho myšlení a prožívání, a také jeho fyziologické potřeby a jejich uspokojování. Lze to demonstrovat například na potřebě výživy, kdy je pro pacienta v danou chvíli důležitější dodržovat půst než přijímat potravu, ačkoliv podle sestry je velmi důležité, aby klient jedl. Momentální potřeba “ztišení se” či přímo modlitby může být mnohem naléhavější než hygienická péče, kterou chce sestra pacientovi právě nabídnout. Je proto důležité zabývat se těmito potřebami (19, 16, 20).

Aby sestra mohla poskytnout nemocnému účelnou pomoc, musí mít optimální znalost jeho potřeb a také znalost osoby nemocného. Toho sestra docílí shromážděním maximálního množství poznatků o nemocném. Nejbohatšími zdroji poznatků o nemocném jsou pozorování, které je významnou složkou její ošetrovatelské péče o klienta a dále rozhovor, při kterém může sestra navázat s klientem vztah, získat jeho důvěru. Nedílnou a důležitou součástí rozhovoru je naslouchání. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči jsou nezbytné také znalosti kulturních, tj. komunikačních, jazykových, náboženských, hodnotových a dalších specifik. Z pohledu sestry je důležité znát anamnézu klienta, zaměřenou také na hodnocení jeho spirituality. Její otázky, stejně jako pozorování by měly směřovat k získání informací o klientových názorech na Boha či Nejvyšší bytost, ke zjištění, jaký má tento názor vliv na jeho onemocnění a stav vůbec. Je důležité se seznámit s konkrétní náboženskou praxí a stupněm její důležitosti pro klienta, to znamená poznat způsoby naplňování spirituálních potřeb nemocného, jako jsou potřeba modlitby, půstu, přání vidět duchovního, zúčastnit se bohoslužeb apod. Je důležité seznámit se s náboženskými rituály klienta, se symboly vyjadřující jeho víru a také doporučeními, příkazy a zákazy, například ve stravování, jako jsou dietní omezení a preference, požadavky na hygienu apod. V běžném nemocničním provozu není možné plně respektovat nábožensky determinované zákazy a doporučení. Vždy lze projevit snahu o realizaci v podmínkách možného, vyslechnout klienta,

chápat, poradit a alespoň částečně pomoci (19, 16, 20).

### ***1.3.3 Faktory, které modifikují uspokojování potřeb v době nemoci***

Existuje celá řada faktorů, které znemožňují, znesnadňují, narušují, popřípadě mění způsob uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka, okolnosti, za kterých nemoc vzniká. *Nemoc:* Nemoc brání často lidem v uspokojování jejich potřeb a sama modifikuje vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování. Sestry napomáhají nemocným v uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb. Psychická odezva na neuspokojenou potřebu výživy, popřípadě hygieny je jiná u člověka s přechodnou ztrátou soběstačnosti v základních aktivitách a jiná u člověka s trvalou ztrátou soběstačnosti. Zabezpečení každého ošetřovatelského zásahu pomáhá uspokojovat různé potřeby. S postupem uzdravování klesá potřeba pomoci sestry. Když jsou uspokojeny potřeby fyziologické, má pacient potřeby uspokojovat potřeby vyšší. *Individualita člověka, nebo také osobnost člověka:* Osobnostní vlastnosti modifikují potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i psychickou odezvu. Určující je typologie člověka (extrovert, introvert), emocionální labilita nebo stabilita, dále odolnost vůči zátěži. Narušená sebekoncepce člověka oslabuje schopnost uspokojit základní potřeby, ale i schopnost si uvědomit, zda byly potřeby uspokojené nebo neuspokojené. Lidé, kteří se poznají a váží si sami sebe, snadněji snášejí změny, identifikují svoje potřeby i způsob, jak je uspokojit. Pacienti s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni uspokojit své potřeby samostatně a budou pravděpodobně vždy vyžadovat pomoc sestry. *Mezilidské vztahy:* Zejména vztahy k příbuzným a blízkým narušují uspokojování potřeb. Sestry často vstupují do těchto vztahů, protože jsou v blízkosti nemocného v jeho kritickém období. Prostřednictvím těchto vztahů mohou pomáhat nemocnému, aby si uvědomil své potřeby a navodil zdravý způsob jejich uspokojování. *Vývojové stadium člověka:* Vývojové stadium člověka modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb i jejich psychickou odezvu. Každý člověk se



v průběhu vývoje musí naučit důvěře k lidem, protože na základě této schopnosti je snadněji dosažitelné naplnění základních pocitů jistoty a bezpečí. Někdy nemá pacient dostatečné výrazové prostředky k signalizaci potřeb, například malé dítě nebo starý člověk. *Okolnosti, za kterých nemoc vzniká:* Okolnosti, za kterých nemoc vzniká ovlivňují potřeby a jejich psychickou odezvu. Nemocný člověk jinak vyjadřuje a uspokojuje své potřeby v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Dále je nutné, aby sestra brala v úvahu při poskytování péče specifické situace, například onemocnění matky malého dítěte, onemocnění na cestách mimo domov, popřípadě v cizině (19, 22, 20).

#### ***1.4 Holistické pojetí člověka***

Člověk je vnímán jako bytost bio-psycho-sociální a v posledních letech také jako duchovní. Všechny sféry člověka tvoří navzájem jednotu. Jejich vzájemný vztah a hierarchie jsou však mnohem složitější. Porušení jedné z těchto sfér znamená nerovnováhu všech ostatních. Holistický přístup, který chápe čtyři dimenze člověka. Fyzické, psychické, sociální a duchovní. Tyto dimenze je nutno integrovat do ošetrovatelské praxe. Současné ošetrovatelství se snaží o oslovení tří výše jmenovaných oblastí. Oblast duchovní je však stále ještě v našem zdravotnictví zanedbávána. Možná proto, že není správně definována a že nikdo nepomohl zdravotnickým pracovníkům správně pochopit, co vlastně duchovní dimenze představuje, proto bývá sestrami často odmítána. Přesto na základě hromadících se důkazů sociologických průzkumů si sestry v zemích s rozvinutou zdravotní péčí uvědomují, že uspokojování potřeb duchovní dimenze je neméně důležité než uspokojování dimenze fyzické, psychické nebo sociální. Tyto dimenze jsou totiž nerozdělitelně spjaty a navzájem se ovlivňují. V českém zdravotnictví, kde je péče o tělo prioritou číslo jedna, emociální podpora je sice považována za důležitou, ale časově náročnou, proto je nabízena pouze v okamžiku, kdy není sestra vytížena a je schopna ji poskytnout. Většinou jsou však spirituální potřeby nezajištěny a zdravotnickým zařízením je přenechávána knězi, pastoračnímu

asistentovi nebo jinému duchovnímu. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít kontakt na tyto duchovní, kteří jsou schopni pacienta podpořit a nabídnout mu své služby (16, 11).

Ve zdravotnictví je spiritualita většinou tabu. Nemluví se o ní. Je pokládána za soukromé téma, nehodící se pro odborné diskuze. Pro většinu je to téma příliš obtížné a hlavně se vymyká vlivu a moci sester. Spiritualita je ve zdravotnictví oddělována od medicínské péče a od uzdravování. Její význam je podceňován a Sestry většinou ani nestojí o další vzdělávání v této oblasti. Zcela opomíjená bývá spiritualita v akutní medicíně, kde mnoho lidí umírá v krátké době po úrazech, na infarkty apod., např. na odděleních ARO (anesteziologicko-resuscitačních) anebo na JIP (jednotkách intenzivní péče). Spirituální potřeby pacienta zde jsou obvykle považovány za méně důležité než potřeby fyzické nebo emocionální. Spiritualita je vyhrazena nanejvýš pro umírající a je pokládána za věc kněží (16, 11, 19).

Pro sestru je pacientova nemoc příležitostí pomoci mu správně se v nové situaci zorientovat a maximum z ní vytěžit. Výsledkem může být radikální přerovnění žebříčku hodnot. Od sestry je mnohdy nemocný ochoten přijmout víc než od duchovního, se kterým se setkává jen sporadicky. Dnes, kdy je kněží málo, mohou být za předpokladu dobrého duchovního vedení právě věřící zdravotníci jejich prodlouženou rukou. Opravdu věřících zdravotníků však není mnoho. Je nezbytné učinit spiritualitu součástí celé péče, nejen součástí jejího konce a k tomu je nutná těsnější spolupráce sester a celého týmu zdravotníků a kněží (16, 11, 4).

### ***1.5 Zvládání zátěže v podobě nemoci***

Ke zvládání nemoci používá nemocný tzv. copingové (obranné) strategie. Zpracování zátěže, kterou představuje závažné onemocnění, probíhá ve fázích, které mají individuálně specifický průběh i délku trvání. Zahrnují fázi šoku a popření, kdy následuje bezprostředně po zjištění, respektive informaci o chorobě. Taková informace představuje závažné ohrožení, prezentované na symbolické úrovni, které nemocný

nechce přijmout. Není schopen se s ním tak rychle vyrovnat, a proto si dopřává odklad. V této fázi sám sobě předstírá, že něco takového nemůže být pravda. Tento způsob obrany však nebývá funkční delší dobu. Jeho smyslem je poskytnout člověku krátký oddech před přijetím nepříznivé skutečnosti. Dále zahrnují fázi postupného přijetí skutečnosti, kdy nemocní reagují různým způsobem, podle toho, jaké jsou jejich osobnostní vlastnosti a zkušenosti. Existují dvě základní skupiny obranných mechanismů-útok a únik. Příkladem útoku je agrese, např. negativismus vůči lékaři a odmítání léčby. Únikovou variantou je například pokus o únik do pracovní aktivity, fantazie a podobně. Do copingových strategií ještě patří fáze smíření se s chorobou a jejími důsledky, kdy nemocný akceptuje svou nemoc a se situací se vyrovnává. Sestra by měla znát problematiku zvládání zátěžových situací, fáze vyrovnávání se s nemocí a copingové strategie, aby byla schopna pacientovi usnadnit a pomoci překonat pro něj velmi těžké období (22, 21).

## ***1. 6 Křesťanství***

### ***1. 6. 1 Co znamená pojem křesťanství***

Křesťanství, které vzniklo na základě učení Ježíše z Nazaretu, se zprvu projevovalo jako jedna z mnohých židovských sekt. Křesťané se však od židovství postupně oddělili, odmítli obřizku i další rituály. Začali mezi sebe přijímat i pohany a organizovat nové křesťanské obce. Šíření křesťanství započalo misionářskou činností apoštolů v prvním století našeho letopočtu, zvláště třemi apoštolskými cestami Pavla, jeho pobytem a mučednickou smrtí v Římě. Římský lid a jeho vládci dlouhou dobu viděli v křesťanech jen odpůrce římského státního náboženství a nepřátele veřejného pořádku. Protože křesťanství patřilo k náboženstvím, jejichž výkon byl oficiálně zakázán, museli jeho vyznavači konat svá shromáždění a bohoslužby tajně. Neblahou reakcí na toto utajování byly mnohé pomlavy a nová nenávisť proti křesťanům. Jednotlivé výbuchy odporu proti křesťanům brzy vystřídalo

organizované státní pronásledování, které trvalo po celé roky. K nejtvrdějšímu pronásledování docházelo od prvního do čtvrtého století. Bezpočet křesťanů se muselo své víry zřítí nebo byli mučeni. Za císaře Konstantina Velikého (323-337) bylo křesťanství uznáno státem a od té doby, vyjma takových zvrátů jako za Juliána Apostaty, bylo křesťanství vůči pohanství protěžováno. Konečné vnější vítězství je vyznačeno všeobecným zákazem pohanských obětí z roku 392. V této době se křesťanství prosadilo ve všech městech Římské říše (6, 17, 18).

Křesťanství se postupně institucionalizovalo jako hierarchické společenství s vlastním učením a obřady. Postupně však dochází ke kulturnímu odlišení Východu a Západu. V roce 1054 dochází k oddělení řecko-byzantské liturgie od latinské tradice (Říma). Křesťanská společenství jsou pak zmítána různými reformními proudy, až nakonec v 16. století dochází z popudu M. Luthera a poté J. Kalvína k západnímu štěpení církve (reformace), kdy vzniká protestantství, jež se dále dělí na jednotlivé denominace. V současném světě je křesťanských denominací přes 300 a jedná se často o členy tzv. Ekumenické rady církví. Mezi nejpočetnější a nejrozšířenější patří: Katolická církev, Pravoslavné církve, Starokatolická církev, Církev československá husitská apod (6, , 3, 18).

### **1. 6. 2 Katolická církev**

Katolická církev má přes 900 mil. členů, je tedy nejpočetnější křesťanskou církví, s dominantním rozšířením v Evropě a Americe. Členem se člověk stává křtem, což je jedna ze sedmi svátostí. Ve věrouce klade důraz na základní věroučné texty, Bibli, která se skládá ze Starého a Nového zákona. Starý zákon obsahuje biblické příběhy z doby před narozením Ježíše Krista, Nový zákon obsahuje především evangelia, Skutky apoštolů a listy apoštolů. Má rozvinutou úctu ke svatým a také mariánskou úctu. Vyznačuje se též danou strukturou, jejímž základním prvkem jsou místní církve, které vedou biskupové, mající za spolupracovníky kněze a jáhny. Jednotu

lokálních církví reprezentuje biskup Říma, tj. papež, jenž je zároveň jejich představeným. Je volen v konkláve sborem kardinálů, kteří mu společně s římskou kurií pomáhají ve vedení církve. Sídlí na území městského státu Vatikánu. Biskupové, kněží i řeholníci jsou vázáni celibátem (s výjimkou jáhnů). Specifikem katolické církve jsou řeholní společnosti, mnišské řády mužské a ženské. (6, 17)

### ***1. 6. 3 Víra***

Slovo věřit odpovídá latinskému *credere*, jež můžeme přeložit jako být přesvědčen. V tomto smyslu se víra vztahuje ke dvěma věcem: k nauce ve smyslu tradovaného obsahu víry a k osvědčování v praxi života. Postavení člověka je zřejmé i z jeho vztahu k ostatním lidem prezentované láskou, jakožto horizontálním rozměrem víry. Dvě největší přikázání jsou zakotvena právě v křesťanské lásce. Vedle lásky k Bohu, jakožto největšího a prvního přikázání, Kristus formuluje i přikázání druhé, podobné: “Miluj bližního svého, jako sám sebe” a k tomu navíc nabádá i k milování nepřátel. (Mt. 5, 43-44). V neposlední řadě řeší Křesťanství také vztah člověka ke světu. Opírá se při tom, jak o Starý, tak o Nový Zákon. Všechny tyto skutečnosti přirozeně dodávají člověku nejen jedinečnou pozici, ale také důstojnost (17, 18, 12).

### ***1. 6. 4 Křesťané a nemoc***

Závažné somatické onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného a může více či méně změnit některé vlastnosti jeho osobnosti. Řada tělesných potíží naopak může být určitým způsobem psychikou nemocného ovlivněna, někdy i vyvolána. Každý nemocný o své chorobě nějak uvažuje. Počáteční uvědomění si nemoci může zintenzivnit potřebu své chorobě porozumět. Nemocný o ni usilovně přemýšlí, shání dostupné informace a hledá řešení své situace. V této situaci může sestra pacientovi pomoci například tím, že s klientem hovoří o jeho pocitech, přáních a potřebách, sděluje klientovi informace, které jsou v její kompetenci. Důležité je, aby sestra dala klientovi prostor pro otázky a

trpělivě na ně odpovídala. Popřípadě je vhodné zajistit nerušený rozhovor s ošetřujícím lékařem (16, 17, 18).

Duchovní a náboženské přesvědčení jsou významné v životě mnoha lidí. Mohou ovlivnit způsob života, pocity a postoje k chorobě i smrti. Duchovní přesvědčení většinou nabývá většího významu v době nemoci. Věřícím lidem může pomoci lépe se s nemocí vyrovnat. Například nevěřící lidé chápou nemoc jako trest, kdežto věřící jako zkoušku víry. Podle Bible je smrt pro křesťana něčím nesmírně důležitým. Je to přechod ze "slzavého údolí" do zaslíbené země plné společenství s Bohem. Smrt věřícího připodobňuje k mrtvému, ale také zmrtvýchvstalému Kristu a připravuje ho na slavné zmrtvýchvstání. Smyslem života křesťanů je spása nesmrtelné duše. K tomu může dojít tehdy, je-li duše zbavena všech hříchů. Proto jsou pro pacienty katolického vyznání důležité pravidelné návštěvy kněze během hospitalizace a možnost přijímání svátostí (svátost smíření, svátost nemocných, eucharistie apod.) (9,10).

Nemoc je porucha zdraví vznikající jako důsledek působení životního stylu člověka, nejrozmanitějších faktorů fyzikálních, biologických, genetických, psychologických, sociálních i kulturních. Ve středověku existovala rozšířená tendence vidět příčinu nemoci ve vlivu zlého ducha, což se promítlo i do některých biblických textů. Bibličtí autoři však činí jasný rozdíl mezi běžnou nemocí a posedlostí, která sice může být provázena tělesnými nebo duševními poruchami, ale od běžné nemoci se liší. Křesťanství nevidí v hříchu prvotní příčinu nemoci. Křesťané uznávají, že utrpení může být vnímáno jako trest, je-li vázáno na vinu, nevěří však, že každé utrpení je vždy následkem viny a má charakter trestu. smysl nemoci je většinou spatřován v upozornění na porušování přirozeného řádu, nemoc je výzvou pro lidského ducha, aby se snažil pozitivně ovlivňovat vnější prostředí i své vnitřní prožívání a životní styl. Křesťan může chápat hlubokou hodnotu utrpení, věří, že Ježíš ho svou bolestnou smrtí na kříži a zmrtvýchvstáním vykoupil z otroctví hříchu a daroval mu věčný život. Věřící, že vnitřním obětováním vlastního utrpení přijímá účast na oběti Kristově (10, 15).

## ***1. 7 Sedm svátostí***

Podle křesťanského učení byly všechny svátosti Nového zákona ustanoveny Ježíšem Kristem a propůjčují přijímajícímu milost posvěcující. V Novém zákoně máme sedm svátostí. Křest (je považován církví za první a nejpotřebnější svátost. Člověk se stává křesťanem a je zbaven dědičného hříchu), biřmování (tato svátost je považována za dovršení svátosti křtu, pro křesťana má velký význam pro jeho osobní spásu, biřmováním křesťané přijímají dary ducha svatého, posilují se ve víře), eucharistie (jde o proměnění chleba v Tělo Kristovo a vína v Krev Kristovu), svátost smíření (křesťané se při ní vyznávají z hříchů, kterých litují a které jsou jim odpuštěny), svátost nemocných (touto svátostí se nemocnému věřícímu mazáním olejem nemocných a modlitbou kněze uděluje milost Boží pro spásu duše a často také pro uzdravení těla), kněžství (přijímají ji kněží), manželství (podle církve je manželství přirozené zřízení Božího původu, je nerozlučitelné). Později byly církví ustanoveny svátostiny, tedy úkony nebo věci, jichž církev ve spojitosti se svátostmi používá.(10, 14).

### ***1. 7. 1 Křest***

Svatý křest je základem celého křesťanského života a jakousi branou, která otevírá přístup k ostatním svátostem. Křestem jsou křesťané osvobozeni od dědičného hříchu. Tato svátost se také nazývá "koupelí znovuzrození a obnovení v Duchu svatém" (Tit 3,5), protože vyjadřuje zrození z vody a Ducha svatého, bez něhož "nikdo nemůže vejít do Božího království" (Jan 3,5). Bez přijetí této svátosti nelze postoupit žádnou z ostatních šesti svátostí. Podle Bible byl prvním pokřtěným sám Ježíš Kristus, který se nechal pokřtít od sv. Jana Křtitele v řece Jordán. K přijetí křestu je způsobilý každý člověk, a to pouze člověk dosud nepokřtěný. Většinou se křtí děti krátce po narození, je však možné podstoupit křest i v dospělosti. Je nezbytná přítomnost kmotra nebo kmotry, kteří pokřtěnému zajišťují oporu v dalším duchovním životě. Křtí biskup nebo kněz, v případě nutnosti může křtít každý, i nepokřtěný, když má požadovaný úmysl. Do takové situace se může dostat i sestra, která je nablízku umírajícímu klientovi, který si přeje být před smrtí pokřtěn. Ne vždy je kněz přivolán včas a tak může svátost křtu provést například sestra. Samozřejmě je to

pro sestru snazší, pokud je věřící, záleží však spíše na ochotě sestry vyjít vstříc, může například požádat o pomoc některou věřící kolegyni nebo jiného pacienta (7, 10).

### **1. 7. 2 *Biřmování***

Svátost biřmování tvoří se křtem a eucharistií souhrn "svátostí uvedení do křesťanského života." Jde o přijetí darů ducha svatého. Sestoupení Ducha svatého na Ježíše ve chvíli, kdy přijal křest od Jana, bylo znamením, že je to on, který má přijít, že on je Mesiášem a Božím Synem. Od té doby apoštolové udíleli nově pokřtěným skrze vkládání rukou dar Ducha svatého. Katolická tradice považuje toto vkládání rukou za původ svátosti biřmování. Aby se lépe vyjádřil dar ducha svatého, velmi brzy se přidávalo ke vkládání rukou mazání vonným olejem. Takové pomazání vysvětluje jméno "křesťan", jež znamená "pomazaný" a pochází od jména samého Krista, kterého "Bůh pomazal Duchem svatým" (Sk 10,38). Biřmování, stejně jako křest, je udělováno pouze jednou. Může je přijmout každý pokřtěný ve vhodnou dobu, to znamená v dospívání až dospělosti. Před obřadem probíhá příprava, kterou většinou vede kněz. Obřad provádí biskup a je nutná přítomnost kmotra (7, 10).

### **1. 7. 3 *Eucharistie***

Svatá eucharistie dokončuje uvedení do křesťanského života. Křesťané věří, že se prostřednictvím eucharistie podílejí na samotné oběti Ježíše Krista. Eucharistie, jinak také díkůvzdání Bohu, se děje při mši svaté a představuje památku poslední Večeře Páně se svými učedníky v předvečer Kristova utrpení. Středem slavení eucharistie je chléb a víno, které se skrze Kristova slova a skrze vzývání Ducha svatého stanou tělem a krví Krista. Eucharistii slaví kněz, který pronáší slova Ježíše Krista " To je mé tělo, které se za vás vydává" a " Tento kalich je nová smlouva zpečetěná mou krví, která se za vás prolévá" (Lk 22,19-20) (7, 10).



#### ***1. 7. 4 Svátost smíření***

Křesťané přistupují ke svátosti pokání, aby se smířili s Bohem a církví a byly jim odpuštěny hříchy. Křesťané věří, že pouze Bůh odpouští hříchy, výkon moci rozhřešovat hříchy však světil církvi. Věřící se svou lítostí, zpovědí a odpuštěním hříchů znovu začleňují do Božího společenství. Křesťan se vyznává ze svých hříchů prostřednictvím kněze, který mu uděluje pokání jako podmínku rozhřešení. Se svátostí smíření souvisí i pojem odpustky. Odpustek znamená, že se před Bohem odpouštějí časné tresty za hříchy a mohou být přivlastněny jak živým, tak zemřelým, prostřednictvím motliteb za ně (7, 10).

#### ***1. 7. 5 Pomazání nemocných***

Nemoc a utrpení vždy patřily k nejvážnějším problémům, které podrobují lidský život zkoušce. Podle učení církve zakouší člověk v nemoci vlastní bezmocnost, vlastní meze a svou ohroženost. Tato svátost je určena k tomu, aby posilovala ty, kteří jsou postiženi nemocí a následuje Kristův příklad soucitu s nemocnými a jeho četná uzdravování. Probíhá formou obřadu, který vede kněz. Ten na nemocného vkládá ruce a maže jej olejem posvěceným od biskupa, zde může sestra pomoci pouze jako zprostředkovatelka, to znamená, že její úloha je zavolat kněze k lůžku klienta, stejně jako u většiny ostatních svátostí (7, 10).

#### ***1. 7. 6 Svátost kněžství***

Kněžství je svátost, skrze kterou církev pokračuje v poslání, které Kristus světil svým apoštolům. Člení se na tři stupně biskupství, kněžství a jáhenství. Toto svěcení může podstoupit pouze muž.

### ***1. 7. 7 Svátost manželství***

Manželský svazek, který mezi sebou uzavírají muž a žena je podle církve posvátný a nerozlučitelný. Písmo svaté tvrdí, že muž a žena jsou stvořeni jeden pro druhého "není dobré, aby člověk byl sám." "Proto opustí muž svého otce i matku a přilne ke své ženě a stanou se jedním tělem" (Gn 2,24). K uzavření sňatku je nutný souhlas novomanželů "přijímám tě za manželku - přijímám tě za manžela," jinak manželství neexistuje. Obřadu předchází příprava. Před obřadem je nutné přijmout svátost smíření a svátost eucharistie. Obřad vede kněz. Manželství je nerozlučitelné a má vést k věrnosti manželů, lásce, plození a výchově dětí (7, 10).

### ***1. 8 Pastorační péče během hospitalizace***

To, co je dnes všeobecně nazýváno sociální a zdravotnickou péčí, bylo po dlouhou dobu v Evropě v podstatě doménou církve. Projevy lásky, pro křesťana závazné, byly záhy institucionalizovány. V nejstarší církvi mnohdy svěřeny jáhnům, později se vznikem řeholí víc a víc osamostatňovány a institucionalizovány. Kromě jednotlivých osob, zabývajících se charitativní, tedy dnešním slovníkem řečeno, sociální prací, v našich dějinách například sv. Anežka Přemyslovna, sv. Zdislava, vznikají špitální bratrstva a samostatné řehole. Postupem času přibývalo nároků na odbornost, tedy profesionalitu této činnosti. Tak se pomalu od sebe oddělují na jedné straně požadavky na praktické skutky lásky k potřebnému, trpícímu bližnímu, které se týkají každého křesťana a na druhé straně vykonávání pomoci handicapovaným a proto potřebným skupinám lidí- nemocní, staří, postižení, odložené děti, atd., kterážto pomoc vyžaduje čím dál tím víc určitou kvalifikaci, nikoliv tedy jen morální úroveň a osobní nasazení, a proto také větší specializaci. Vznikaly proto instituce pro různé typy pomoci a některé řeholní instituty se zřizují vlastně přímo se zaměřením na konkrétní

skupinu potřebných. Tato péče, původně prakticky poskytovaná jen církví, se v Evropě postupně stala natolik samozřejmou a nepostradatelnou, že se postupně její zajišťování stalo také úkolem státu. Mezi nejvýznamnější metody uspokojování duchovních potřeb katolíků v nemoci patří pastorační péče (4, 11, 14).

Pastorační péčí je pak v této práci myšlena ta složka péče o potřebného člověka, která se týká jeho samého, jeho osoby, která přesahuje odbornou praktickou pomoc ať v sociální nebo ve zdravotní oblasti a která blízce nebo vzdáleně souvisí buď s vírou potřebného, nebo s vírou pomáhajícího nebo konečně s vírou obou dvou. Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu znamená takové jednání s člověkem, ve kterém je respektována jeho jedinečnost, je doprovázen v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pománo mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry. V jednotlivých bodech: a/ jednání s člověkem: Zdůraznění lidské individuality. Primárním cílem je, aby trpící našel člověka, kterého potřebuje ke zvládnutí své situace. b/ respektování jedinečnosti člověka. Každý člověk má svou osobní historii, své osobní preference a to vše má být jak jen možno respektováno(14, 4, 11).

K jedinečnosti člověka patří i jeho jedinečný a nepřevoditelný vztah k Bohu a jedinečná osobní historie tohoto vztahu. Ten, kdo nemocného z pozice víry doprovází, si má být tohoto vztahu, jehož není přímo účasten, být vědoma respektovat ho s úctou. Kromě toho by si jako výchozí pozici měl zvolit skutečnost, že oba, on i nemocný, jsou plnoprávní a zodpovědní lidé, kteří se setkávají v rovnocenné situaci. Oba se mají respektovat, oba si mají co nabídnout, oba se mohou navzájem obohatit. c/ doprovázení v obtížích, nemoci a utrpení. Slovo "doprovázení" není jen slovem v pastorační literatuře módním, je to nejlepší vyjádření žádoucího postoje. Doprovázení není manipulace. d/ pomoc k lidsky důstojnému zvládnutí situace. Neblahou situací utrpení či handicapu není doprovázející zpravidla schopen odstranit nebo zásadně změnit. Nemá to také předstírat. Může ale trpícímu pomoci k tomu, aby své obtíži čelil lidsky důstojně, aby ji také integroval do celku svého života. e/ pomoc na stupni víry, který je nemocnému dostupný. Je projevem jak úcty k nemocnému, tak naděje v Boží milosrdenství, že je doprovázející schopen přizpůsobit se úrovni víry, na

které se nemocný nachází (11, 4, 14).

### ***1. 8. 1 Proč pastorační péče***

Pro řadu lidí je pochopitelné, že člověk potřebuje pomoc při setkání s nečekanými životními tragediemi, ale podivují se, proč by vlastně mělo být zvláště pečováno

o někoho, kdo prodělá nějakou běžnější životní těžkost, jako je zranění nebo starosti s potomkem. A může k tomu i přidat zjištění, že v minulých generacích museli lidé vydržet víc a nikdo se o ně nestaral, pokud si mohli základní věci života opatřit a zařídit sami. Je to jistě také tak, ale na druhé straně je třeba říci, že lidská společnost je dnes poněkud jinak strukturovaná, než za dob našich prarodičů. Téměř vymizela třígenerační rodina, zato ale přibylo lidí osamělých, kteří často nestrádají hmotně, ale na snášení obtíží života "nemají člověka," se vším se musejí potýkat sami. Proto právě v rozvinutých společnostech, kde není mnohdy potřebné zajišťovat pomoc pokud jde o základní životní potřeby, přibývá těch, kteří potřebují více či méně organizovanou pomoc druhých lidí. Ukazuje se ale, že tato pomoc nemůže a nemá být poskytována jen nebo v převážné míře "dodavatelským způsobem", který zajišťují specialisté. Znamená to jednak i pro velmi bohaté státy neúnosnou finanční zátěž a kromě toho může příliš institucionalizovaná pomoc snižovat aktivitu bližních pokud jde o pomoc potřebným. I když je pro mnoho položek pastorační péče potřebné i určité vzdělání, příprava či průprava, je možné tuto základní kvalifikaci zajistit i pro ochotné dobrovolníky. Žádoucí tedy je, aby se na pastorační péči

v širším slova smyslu, o které zde mluvíme, která je součástí sociální práce, podílelo co nejvíce schopných lidí a na druhé straně, aby se tato pomoc nepodobala pomoci zcela ochrnutému, za kterého je třeba vše udělat, ale aby byla, jak říká v Německu oblíbený slogan, "pomocí ke svépomoci" (4, 11).

## ***1.9 Modlitba***

Modlitba je nejzákladnějším náboženským úkonem. Je přijetím zásadního faktu stvoření člověka, jeho závislosti na Bohu a určení pro něj. Zakládá se na víře, že Bůh je přítomen ve světě, že má starost o lidi v nouzi a ujímá se jich. Jeho osobní přítomnost vybízí člověka k odpovědi. Tato odpověď může mít různé podoby: od úpěnlivého doprošování až k zoufalému protestu. Ale navzdory všem rozdílnostem svých forem si modlitba vždy vyznačuje postojem důvěry v božskou dobrotivost a pocitem hluboké úcty před božskou vznešeností. Pro křesťany je modlitba zvláště výrazem víry v milujícího Otce, dobrého a plného milosrdenství. Absolutní důvěra v Otce na nebesích je zvláštním znakem Ježíšovy modlitby. Mluví s Bohem jako dítě se svým otcem, tuto důvěru v dobrotivost a moc nebeského Otce církve převzala. Novozákonní modlitba se vyznačuje úzkým vztahem ke Kristu. Blízkost k Ježíši otvírá přístup k modlitbě.

Definice modlitby naráží na obtíž, že modlitba je něco jedinečného a nelze ji dostatečně popsat pojmy pocházejícími z jiných oborů skutečnosti. Člověk si musí uvědomit na základě osobní zkušenosti, co to modlitba je a jak se modlíme. Přesto však je určité pojmové vyjasnění žádoucí a také možné. Společným jmenovatelem všech definic je poznání, že modlitba je činnost lidského srdce vtaženého do božské oblasti. Existují dvě klasické definice modlitby, jednak jako řeč k Bohu nebo také rozhovor s Bohem. Druhá definuje modlitbu jako pozdvižení mysli k Bohu a zbožné prodlévání u Něho. Novější teologové se pokusili ještě o další definici. Modlitbu vymezují jako “jistým způsobem formulované nebo pojmově zachycené a láskou odpovídající přijetí Boží vůle milovat” (14, 18, 16)

### ***1. 9. 1 Motiv a obsah modlitby***

Motivem modlitby může být klanění, chvála a díkyvzdání, prosba, přímůva a smíření. Modlitby klanění, chvály a díky je prvotně zaměřena na Boží oslavení. Je výrazem milující oddanosti člověka Bohu. Modlitba prosby, přímůvy a smíření má zase za předmět spíše lidské touhy, ačkoliv rovněž vzdává čest Bohu. Převládá v ní milující a prosící naděje. Prosebná modlitba je velmi vhodná pro člověka v jeho pozemské existenci. Obrací pozornost k jeho naprosté závislosti na Bohu. Modlitba klanění a modlitba prosebná nejsou zcela nezávislými formami bohopocty. Modlitba může být svou formou vnitřní nebo vnější, individuální nebo společná, neformální nebo formální, mimoliturgická nebo liturgická.

Pro klienta katolického vyznání je modlitba nezbytnou součástí běžných denních aktivit. Pro křesťana je rozhovor s Bohem nepostradatelný a posilující, zvláště v době nemoci. Pokud je to možné, měla by sestra zajistit pacientovi vhodné a klidné prostředí, kde by se mohl plně soustředit na modlitbu, pokud si to klient přeje může sestra vhodnou formou upozornit spolupacienty, aby respektovali potřebu soukromí a klidu klienta k modlitbě

(14, 18).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2. 1 Cíle práce**

1. Zjistit, do jaké míry jsou uspokojovány duchovní potřeby klientů katolického vyznání.
2. Zjistit, zda sestry při odběru ošetrovatelské anamnézy zjišťují náboženské vyznání klienta.
3. Zjistit, zda sestry informují klienty o možnostech uspokojování duchovních potřeb spojených s jejich vírou.

## **2. 2 hypotézy**

### **1. hypotéza**

Duchovní potřeby klientů katolického vyznání nejsou během hospitalizace uspokojovány.

### **2. hypotéza**

Sestry se při odběru ošetrovatelské anamnézy ptají na náboženské vyznání klienta.

### **3. hypotéza**

Klienti nejsou informováni o možnostech uspokojování duchovních potřeb spojených s jejich vírou.



### **3. Metodika a charakteristika výzkumného souboru**

#### ***3. 1 Dotazníková metoda***

Ke zjištění informací o způsobech uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání během hospitalizace byla použita metoda kvantitativního sběru dat, kdy technikou sběru dat byl dotazník (příloha...)

#### ***3. 2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkum byl proveden v nemocnici České Budějovice, a. s. a v nemocnici Domažlice, a. s. Respondenty byly sestry pracující na interním oddělení a v léčebně dlouhodobě nemocných. Formou anonymního dotazníku bylo osloveno 100 sester. Návratnost dotazníků činila 60% v nemocnici České Budějovice, a. s., kde bylo k výzkumu použito 30 dotazníků a 88% v nemocnici Domažlice, a. s., kde bylo použito 44 dotazníků. Všechny navrácené dotazníky byly kompletně vyplněné a mohly být použity k vyhodnocení výzkumu. Věk oslovených sester se pohyboval v rozmezí 18 – 56 let. Největší skupinu tvořily sestry ve věku od 25. do 45. let. Nejčastějším nejvyšším ukončeným vzděláním oslovených sester bylo střední odborné s maturitou, dále pak vyšší odborné.

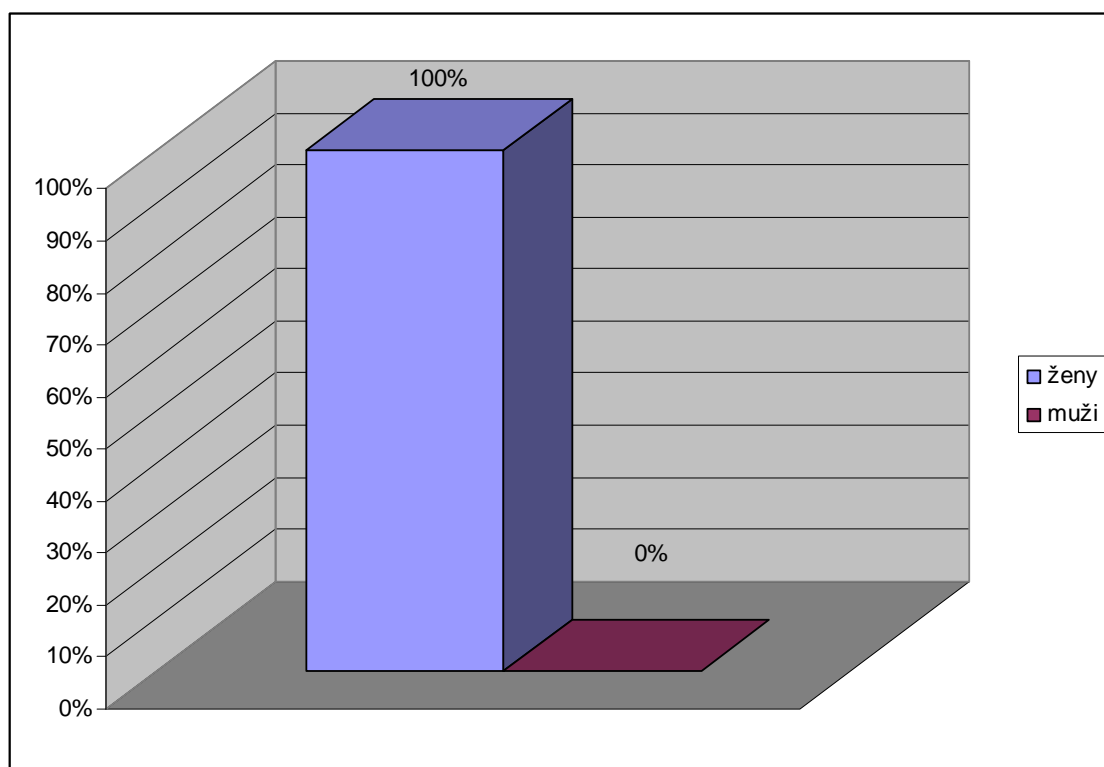
Dotazník obsahoval 22 otázek, z čehož 19 bylo uzavřených a 3 polootevřené. Takto získané informace byly po zpracování a převedení na procenta znázorněny pomocí sloupcových grafů.

#### 4. Výsledky výzkumu

Pomocí dotazníkové metody jsem zjišťovala názory sester týkající se kvality uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání na interním oddělení a léčebně dlouhodobě nemocných a také přístup sester k problematice rozdílů v uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání a klientů ateistů.

##### Graf 1 Pohlaví respondentů

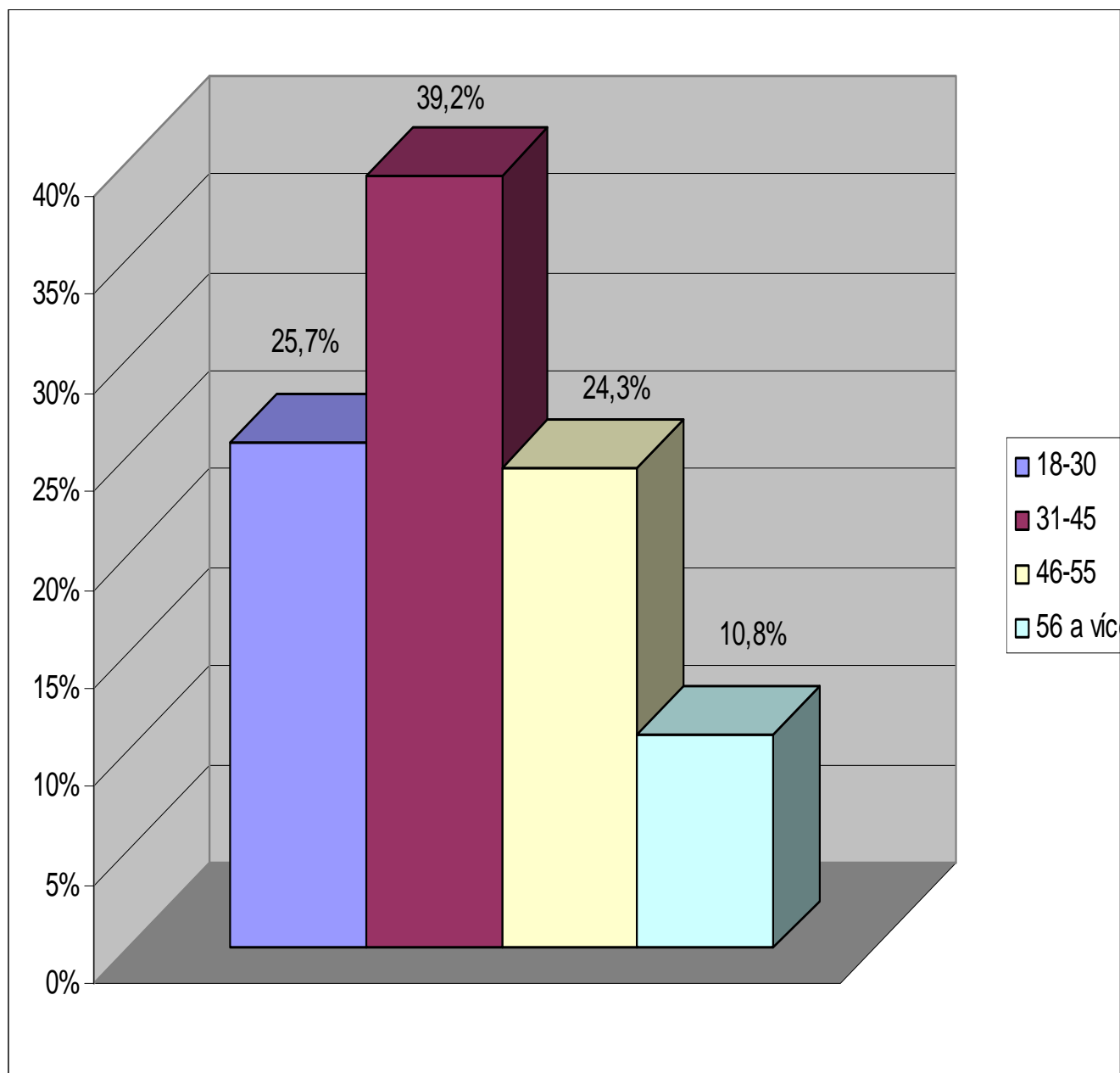
(graf k otázce číslo 1 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že 74 respondentů (100%) jsou ženy. Mezi respondenty nebyl žádný muž, tedy 0%, z celkového počtu 74 sester.

## Graf 2 Věk sester

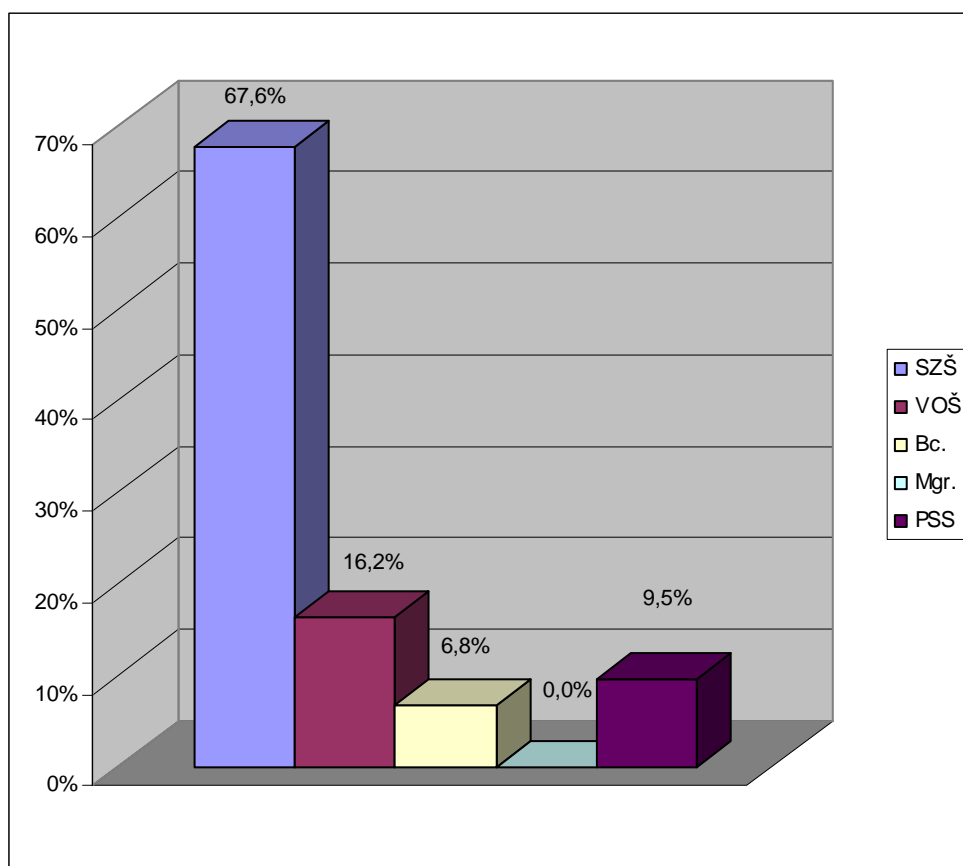
(graf k otázce číslo 2 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že nejvíce, dotazovaných sester bylo ve věku 31- 45 let, tedy 29 respondentů (39, 2%); dále 19 sester (25, 7%) bylo ve věku mezi 18- 30. lety; 18 sester (24, 3%) bylo ve věku mezi 46- 55. lety a nejméně, tedy 8 respondentů (10, 8%) bylo ve věku 56 a více let, z celkového počtu 74 sester.

### Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

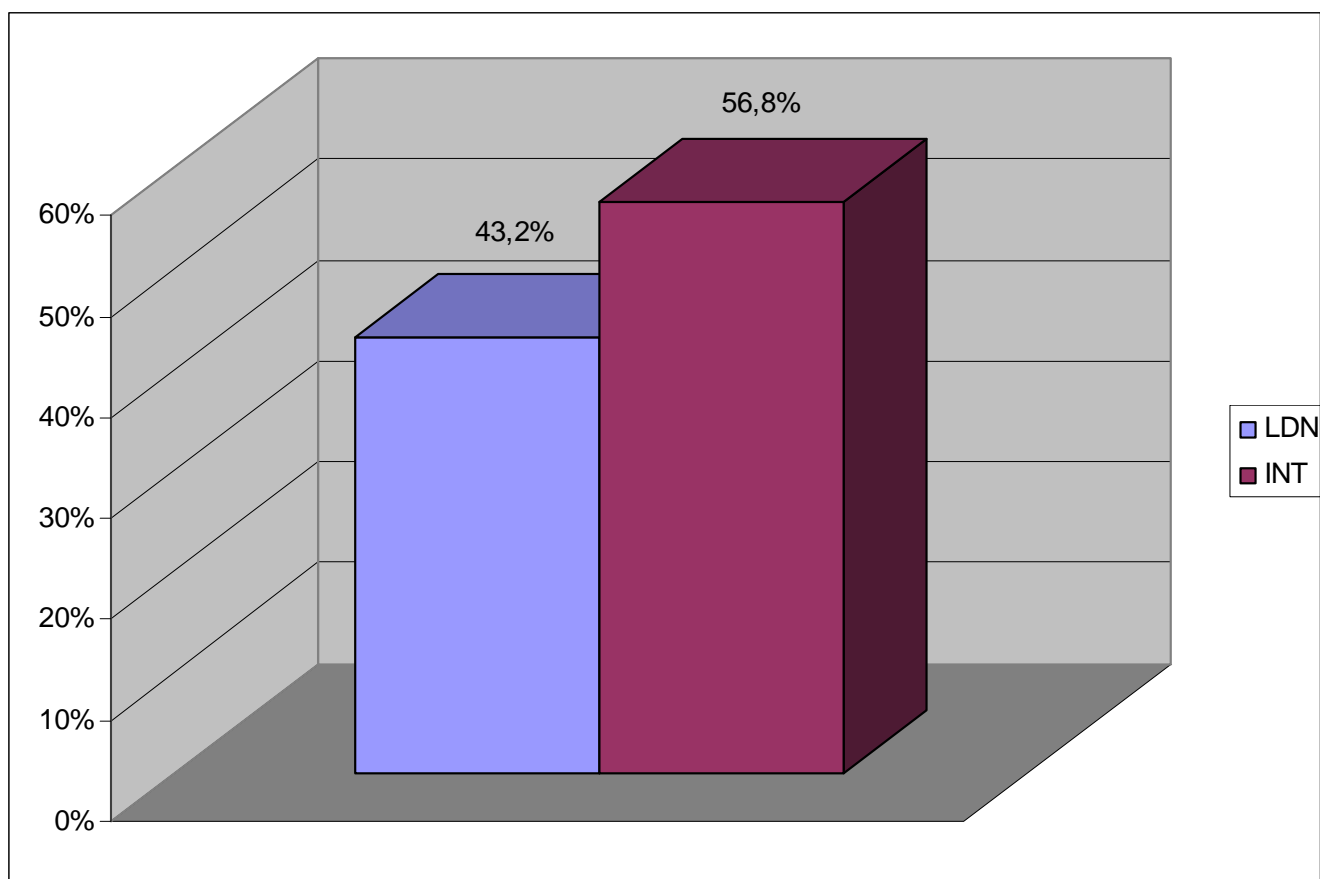
(graf k otázce číslo 3 v dotazníku)



Na grafu je znázorněno, že největší počet dotazovaných, tedy 50 sester (67, 6%) uvádí střední zdravotnické vzdělání; 12 sester (16, 2%) uvádí vyšší odborné vzdělání; 5 sester ( 6, 8%) označilo v dotazníku bakalářské vzdělání; 0 sester (0%) uvedlo magisterské vzdělání; 7 sester ( 9, 5%) označilo v dotazníku pomaturitní specializační studium, z celkového počtu 74 sester.

#### Graf 4 Oddělení, na kterém sestry pracují

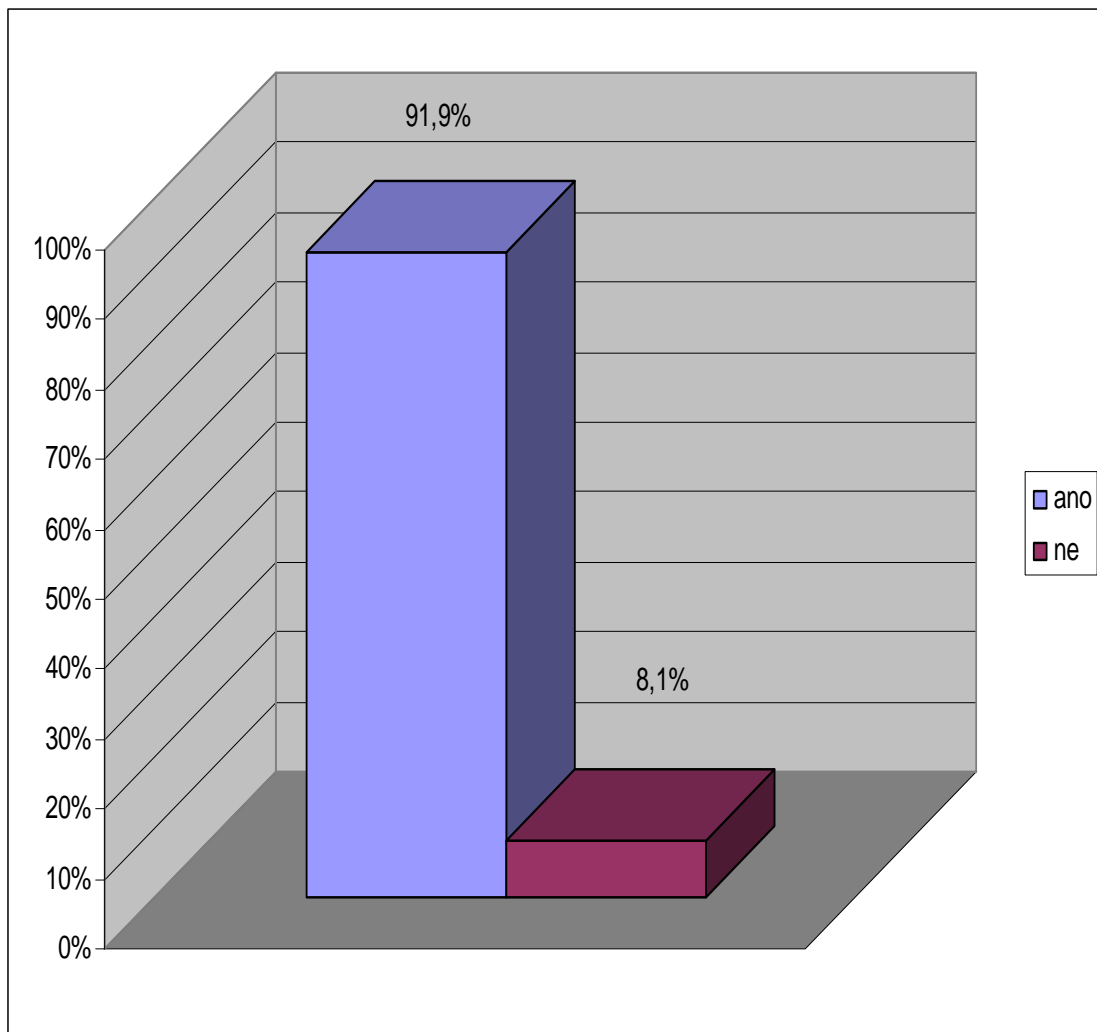
(graf k otázce číslo 4 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že nejvíce dotazovaných, tedy 42 sester (56, 8%) pracuje na interním oddělení; 23 sester (43, 2%) pracuje v léčebně dlouhodobě nemocných, z celkového počtu 74 sester.

### Graf 5 Sběr ošetrovatelské anamnézy při každém příjmu klienta

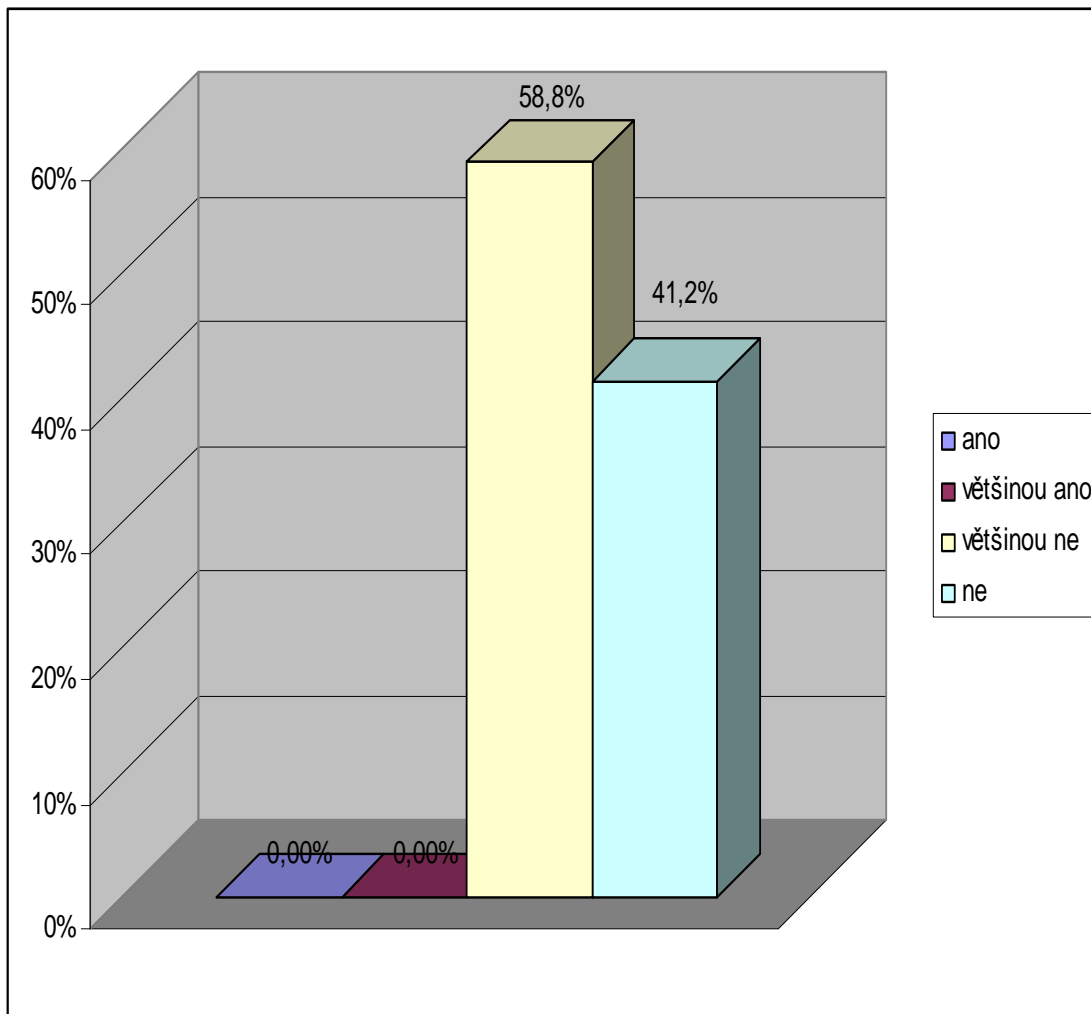
(graf k otázce číslo 5 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že 68 sester (91, 9%) odebírá anamnézu při každém příjmu klienta; 6 sester (8, 1%) neodebírá anamnézu při každém příjmu klienta, z celkového počtu 74 sester.

### Graf 6 Dotazování se sester na náboženské vyznání klienta

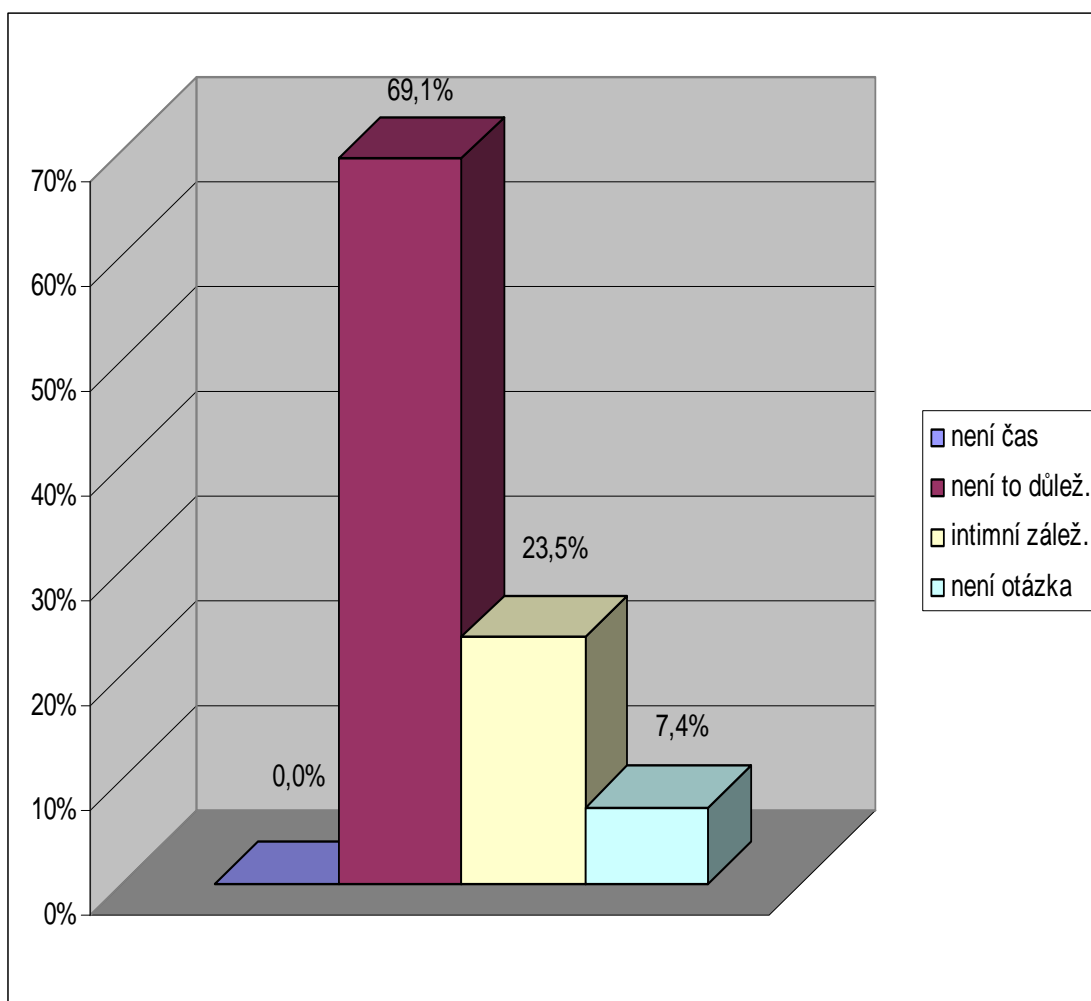
(graf k otázce číslo 6 v dotazníku)



Graf demonstruje, že 40 sester (58, 8%) se většinou neptá na vyznání klienta při odběru ošetrovatelské anamnézy; 28 sester (41, 2%) se nikdy neptá na vyznání klienta; 0 sester (0% ) se většinou ptá na vyznání klienta; 0 sester ( 0%) se ptá na vyznání klienta, z celkového počtu 68 sester.

### Graf 7 Důvod nedotazování se na vyznání klienta

(graf k otázce číslo 8 v dotazníku)

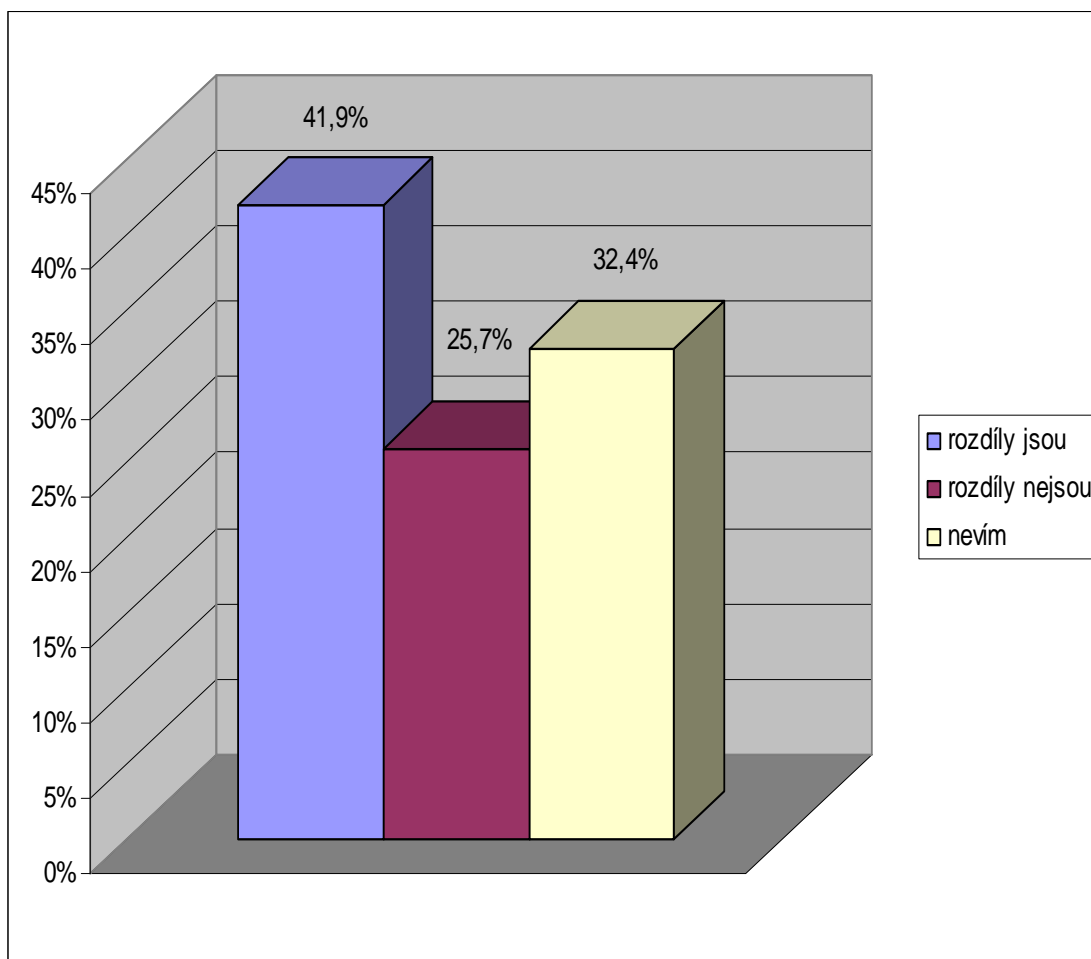


Graf znázorňuje, 47 sester (69, 1%) nepovažuje vyznání klienta za důležité pro hospitalizaci; 16 sester (23, 5%) uvádělo, že jde o intimní záležitost klienta; 5 sester (7, 4%) uvedlo, že tato otázka není obsažena ve formuláři pro sběr ošetřovatelské anamnézy; 0 sester (0%) uvedlo, že nemají čas, z celkového počtu 68 sester.



### Graf 8 Názor sester na rozdíly v uspokojování duchovních potřeb katolíků a klientů ateistů

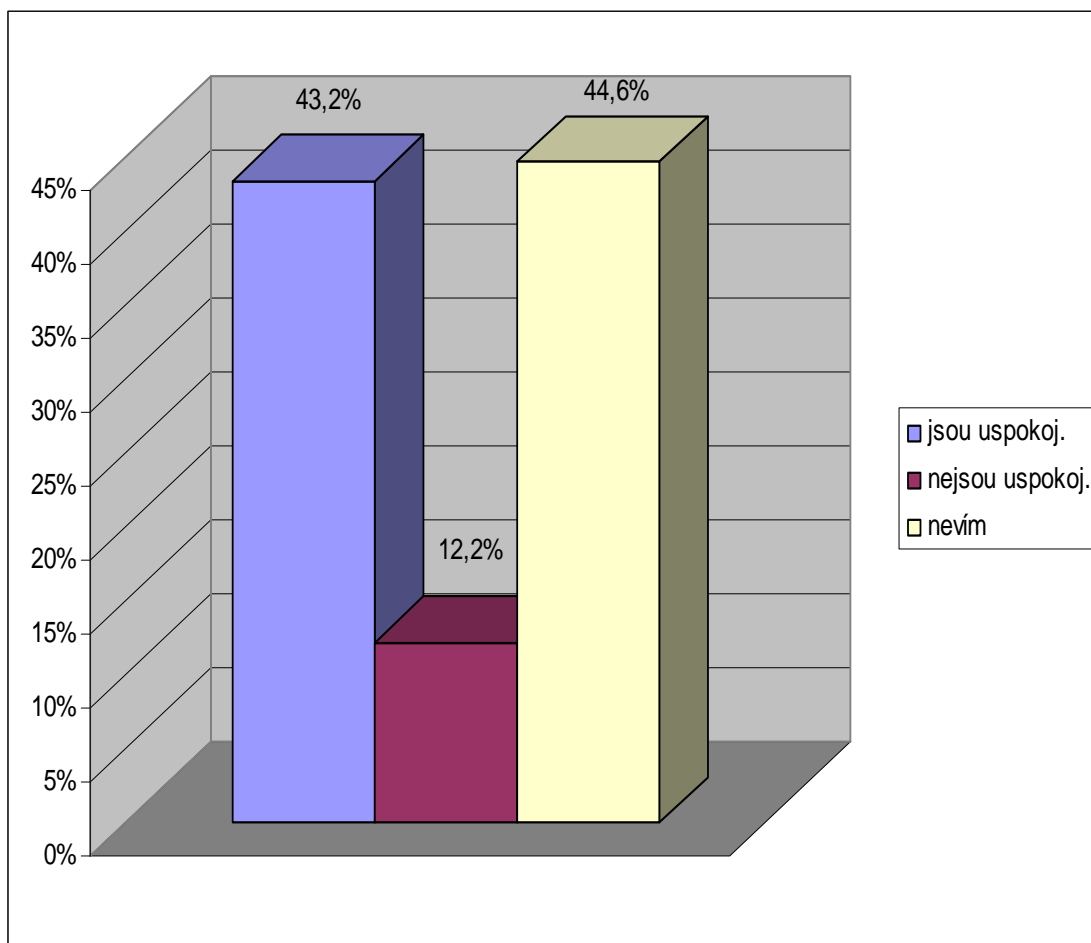
(graf k otázce číslo 9 v dotazníku)



Graf ukazuje, že 31 sester (41, 9%) se domnívá, že rozdíly jsou; 24 sester (32, 4%) neví, zda existují rozdíly; 19 sester (25, 7%) si myslí, že rozdíly nejsou, z celkového počtu 74 sester.

### Graf 9 Názor sester na kvalitu uspokojování duchovních potřeb

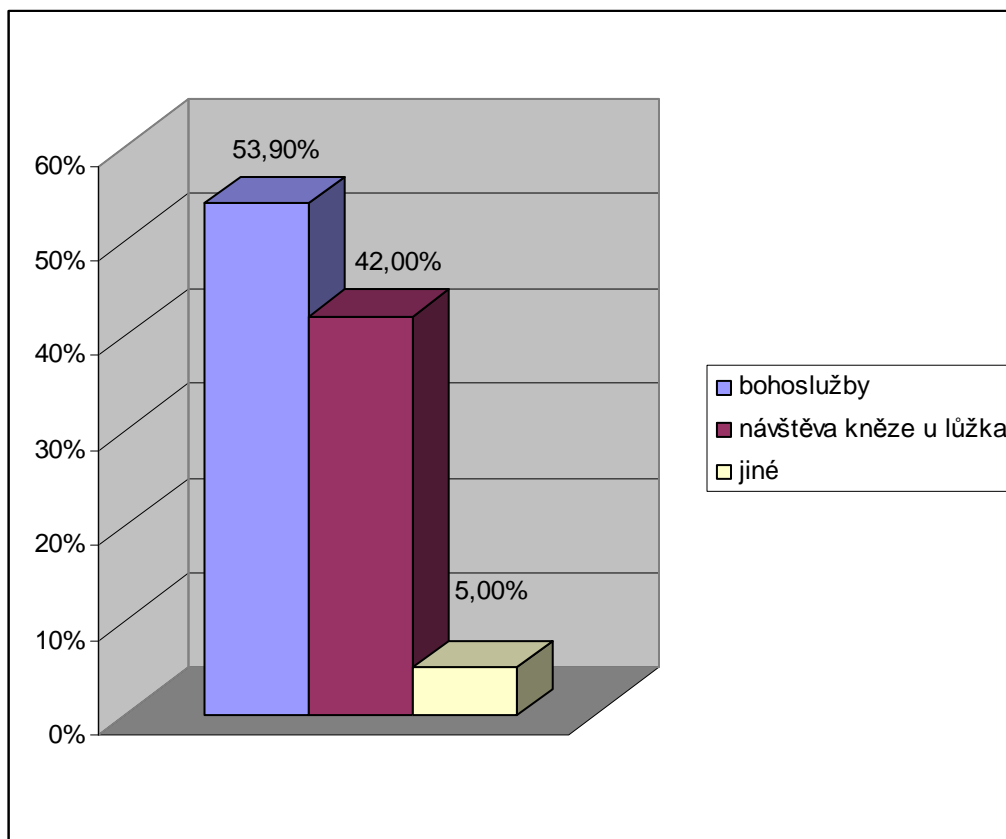
(graf k otázce číslo 10 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že 33 sester (44, 6%) si myslí, že duchovní potřeby jsou uspokojovány; 32 sester (43, 2%) neví, zda jsou potřeby uspokojovány; 9 sester (12, 2%) se domnívá, že uspokojovány nejsou, z celkového 74 sester.

### Graf 10 Možnosti služeb poskytovaných na oddělení

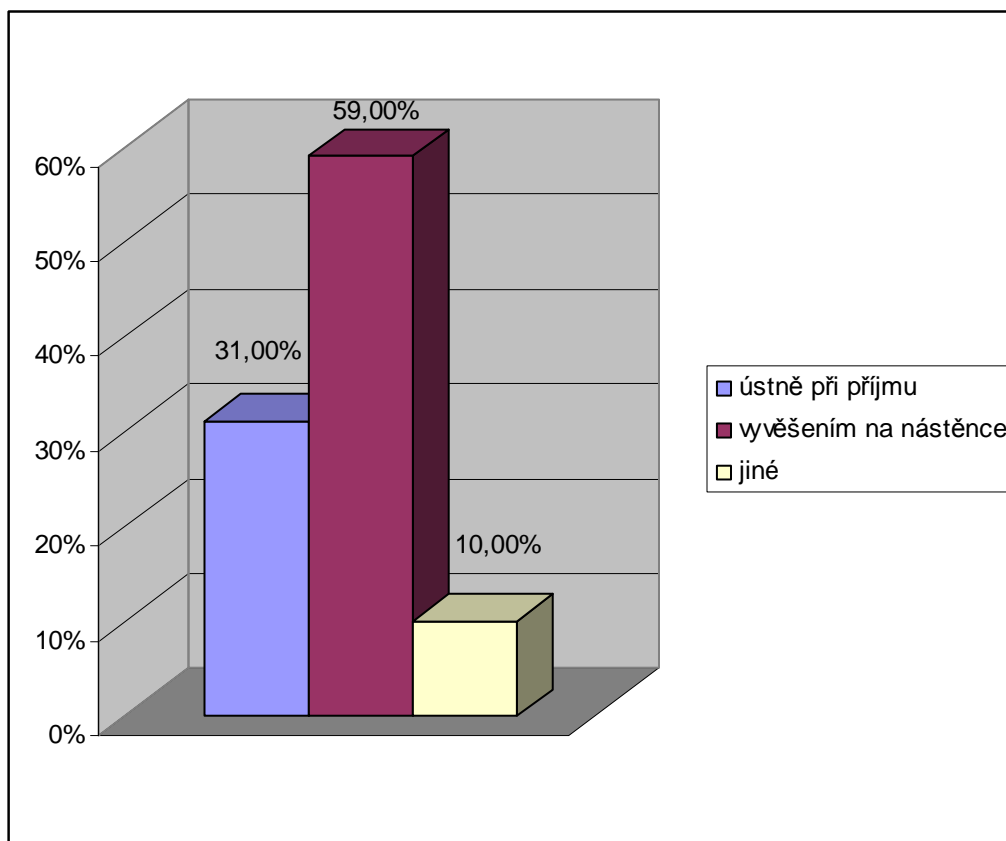
(graf k otázkám číslo 11 v dotazníku, kde mohly sestry označit více možností)



Na grafu je znázorněno, že 58 sester (53, 9%) označilo v dotazníku možnost pravidelné bohoslužby; 49 respondentů (46, 1%) uvedlo možnost návštěvy kněze u lůžka pacienta; 5 sester (0% ) uvedlo možnost jiné, z celkového počtu 74 sester, s možností označit více alternativ.

### Graf 11 Způsob upozornění na služby

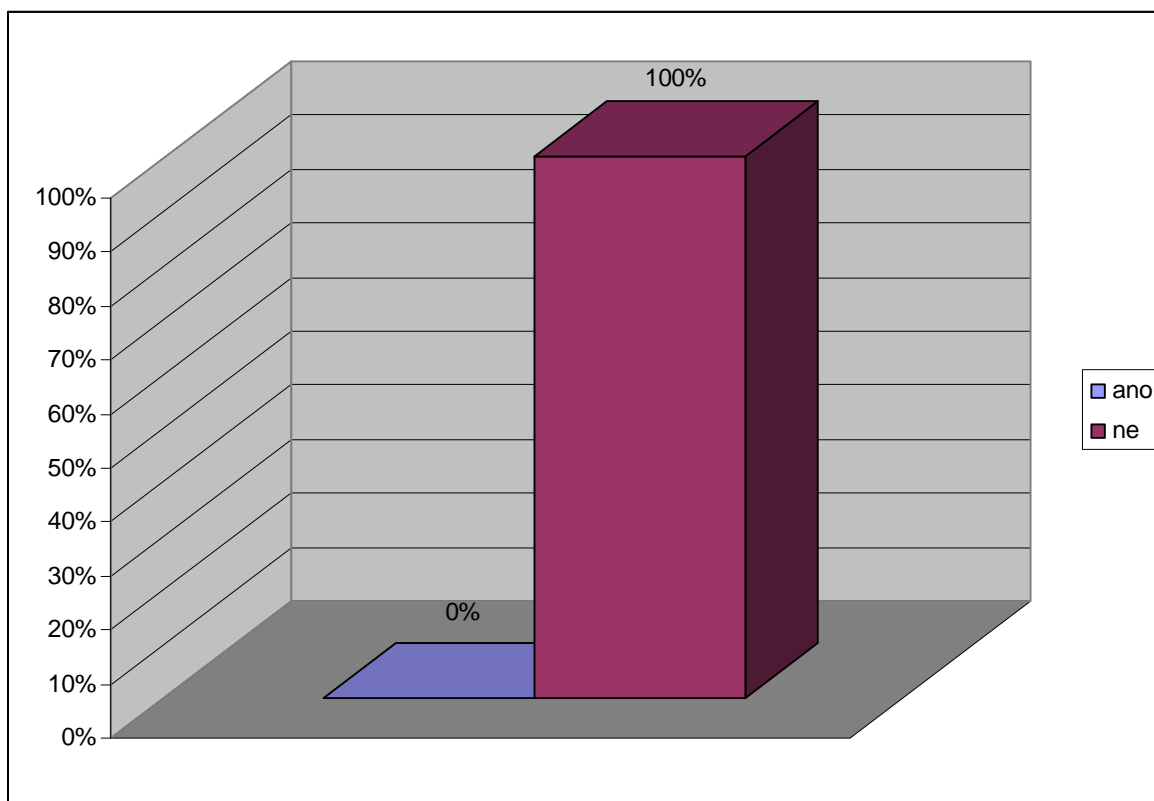
(graf k otázce číslo 13 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že 44 sester (59, 0%) uvedlo možnost upozornění na služby formou vyvěšení na nástěnce nebo jiném viditelném místě; 23 respondentů (31, 0%) označilo v dotazníku možnost ústního upozornění při příjmu; 7 sester (10, 0%) označilo možnost upozornění klienta lékařem, z celkového počtu 74 sester.

## Graf 12 dostupnost náboženské literatury

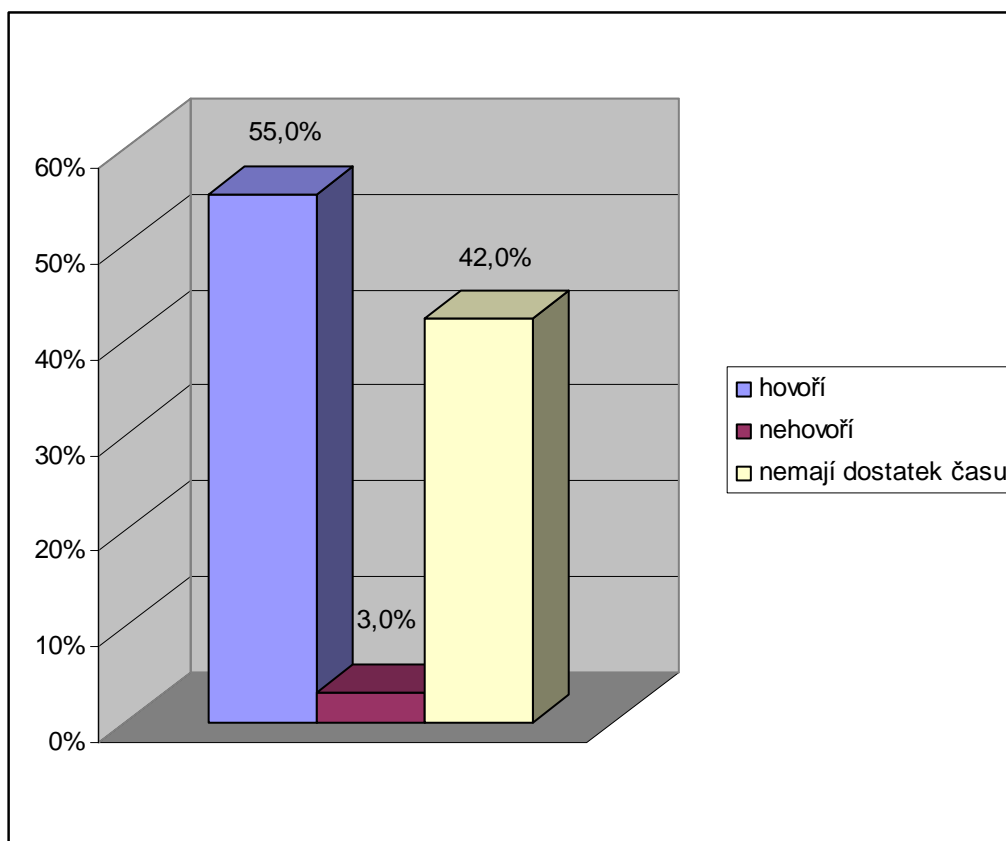
(graf k otázce číslo 14 v dotazníku)



Graf ukazuje, že 100% (74) sester označilo v dotazníku možnost ne; 0% (0) sester označilo v dotazníku možnost ano, z celkového počtu 74 sester.

### Graf 13 Snaha sester hovořit o potřebách

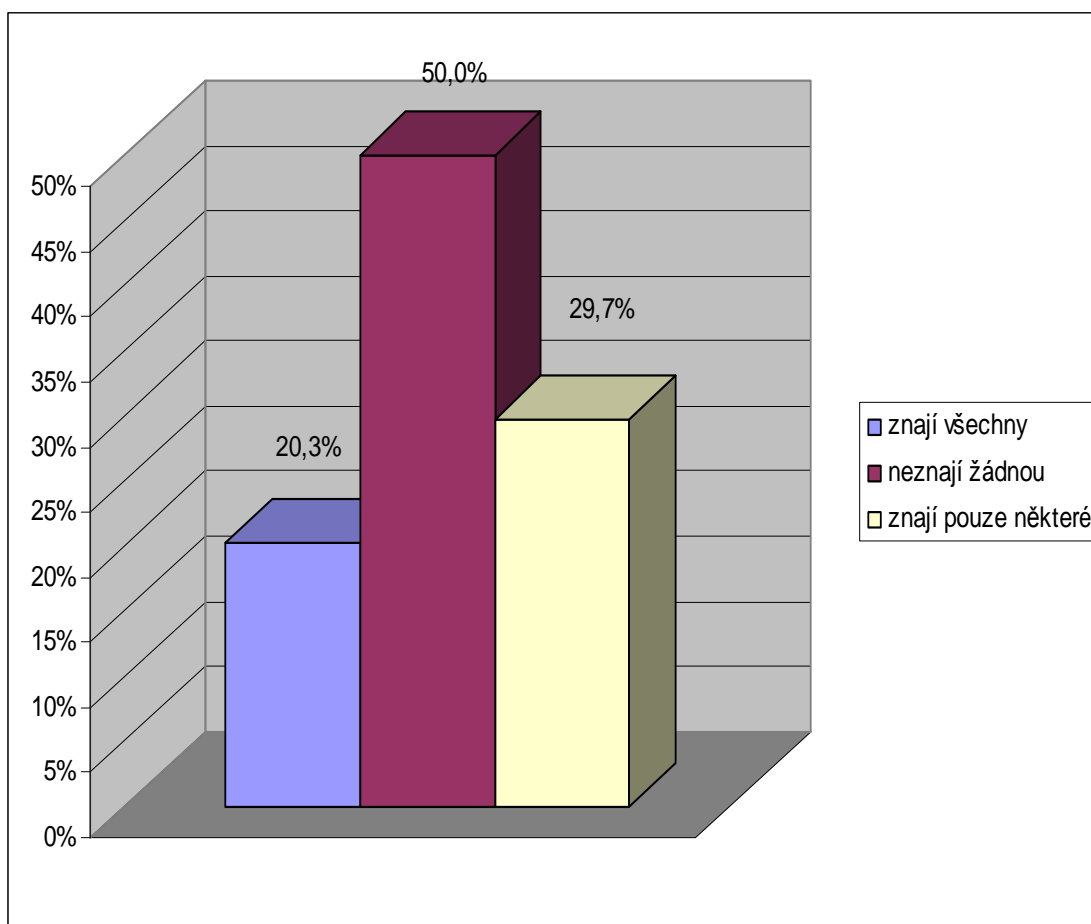
(graf k otázce číslo 16 v dotazníku)



Graf demonstruje, že 41 sester (55, 0%) se snaží hovořit s klientem o jeho přáních a potřebách; 31 sester (42, 0%) uvedlo, že nemají dostatek času; 2 sestry (3, 0%) uvedly, že nehovoří s klienty o jejich přáních a potřebách, z celkového počtu 74 sester.

### Graf 14 Znalost svátostí

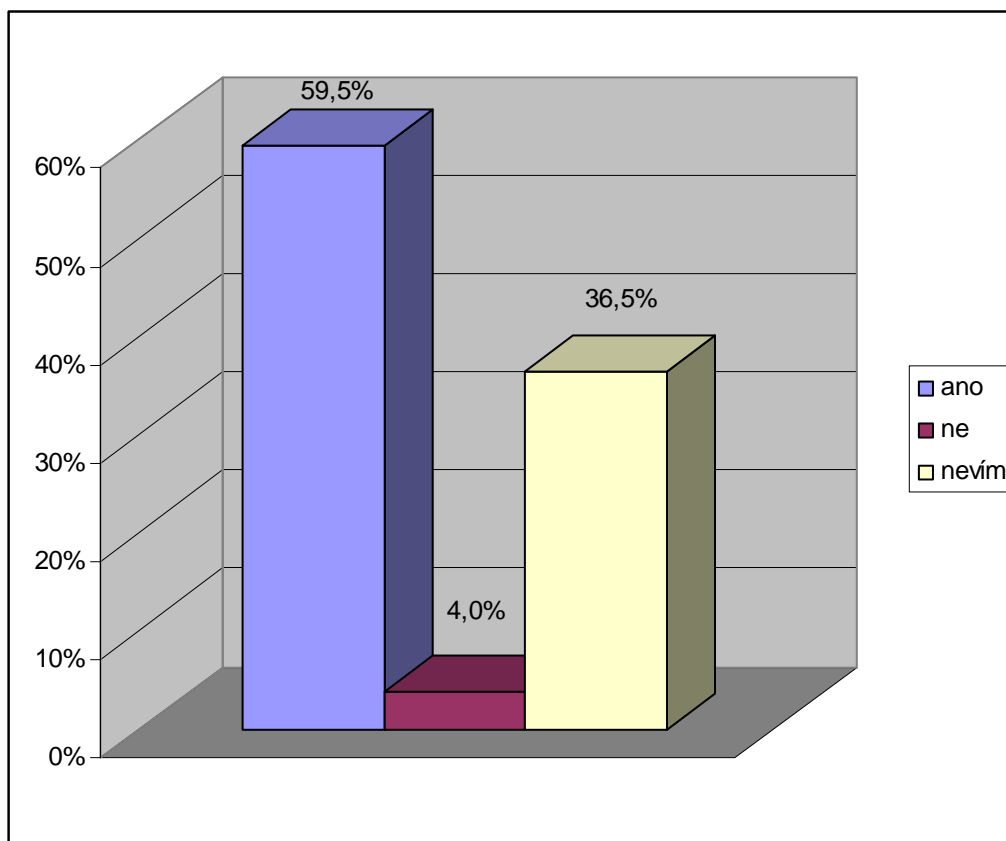
( graf k otázce číslo 17 v dotazníku)



Graf ukazuje, že 37 sester (50,%) nezná žádnou ze sedmi svátostí; 22 respondentů (29,7%) zná pouze některé; 15 sester (20,3%) zná všechny svátosti, z celkového počtu 74 sester.

### Graf 15 Důležitost přijímání svátostí během hospitalizace

(graf k otázce číslo 18 v dotazníku)

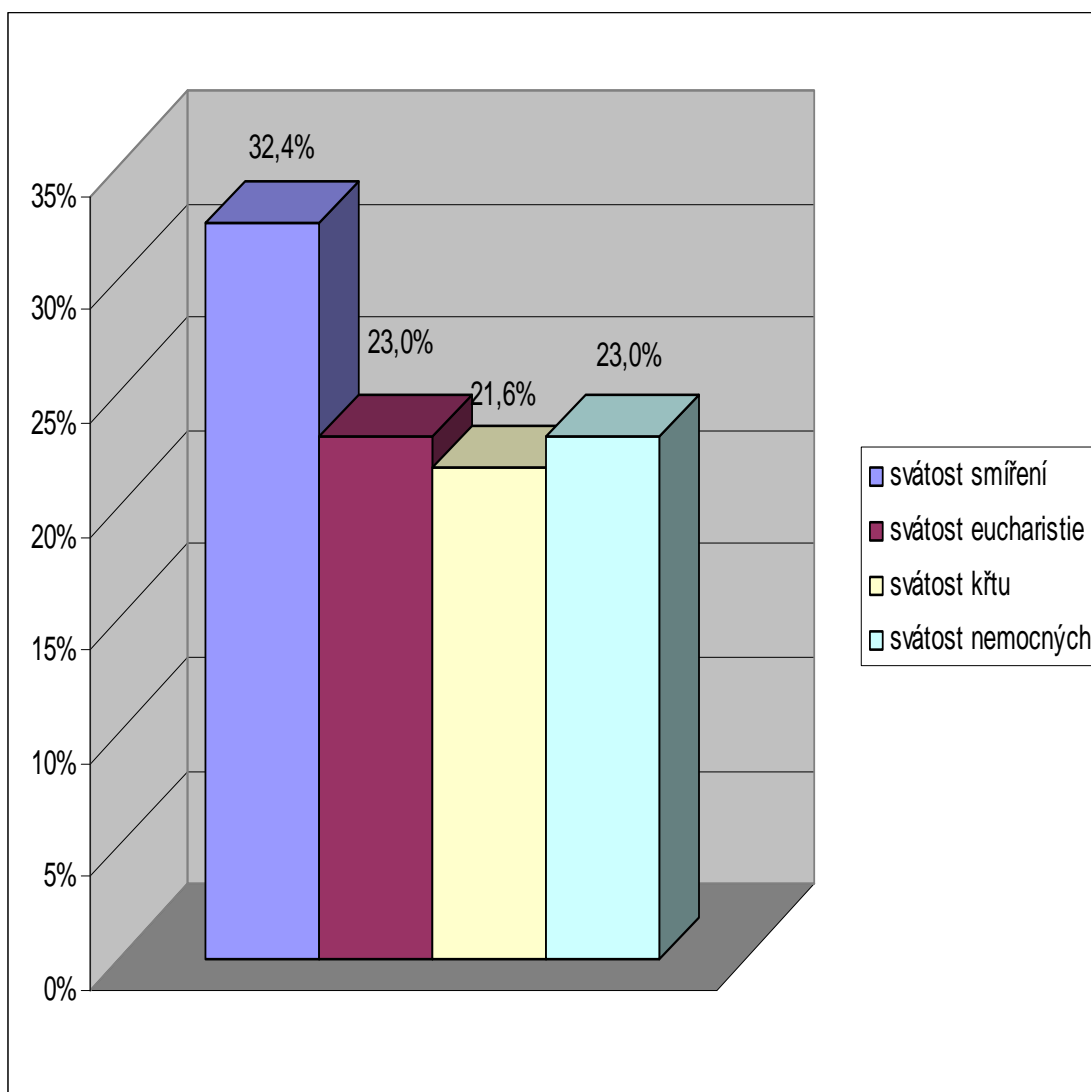


Graf znázorňuje, že 44 respondentů (59, 5%) považuje přijímání svátostí během hospitalizace za důležité; 27 sester (36, 5%) neví, zda je to důležité; 3 sestry (4, 0%) se domnívají, že přijímání svátostí během hospitalizace není důležité, z celkového počtu 74 sester.



### Graf 16 Která ze svátostí je nejdůležitější

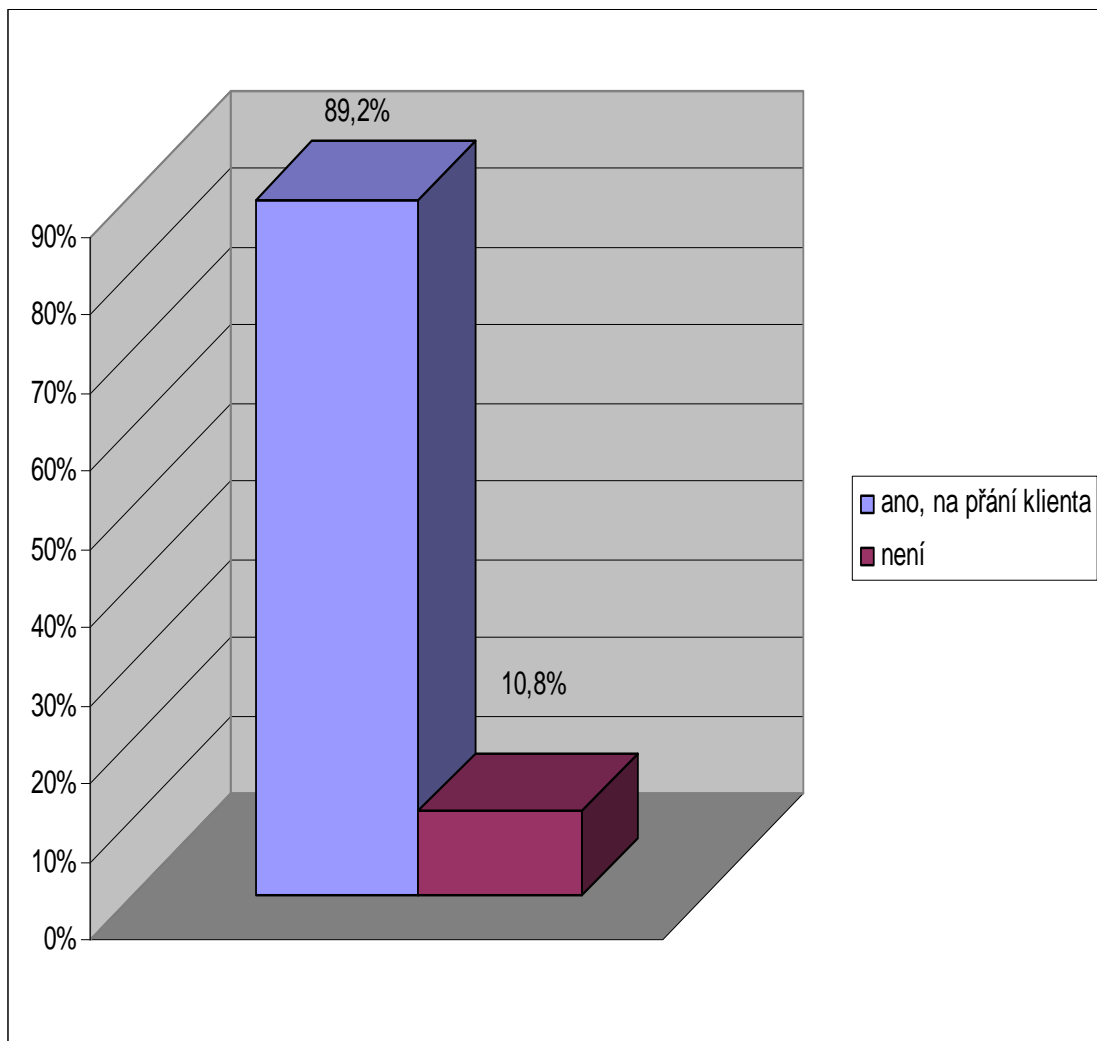
(graf k otázce číslo 19 v dotazníku, kde mohly sestry označit více možností)



Na grafu je znázorněno, že 24 sester (32,4%) považuje za důležitou svátost smíření; 17 respondentů (23%) uvedlo svátost eucharistie; 17 sester (23%) uvedlo svátost nemocných; 16 sester (21,6%) uvedlo svátost křtu, z celkového počtu 74 sester, s možností označit více alternativ, i když všechny sestry označily pouze jednu z nabízených možností.

### Graf 17 Návštěva kněze u lůžka umírajícího

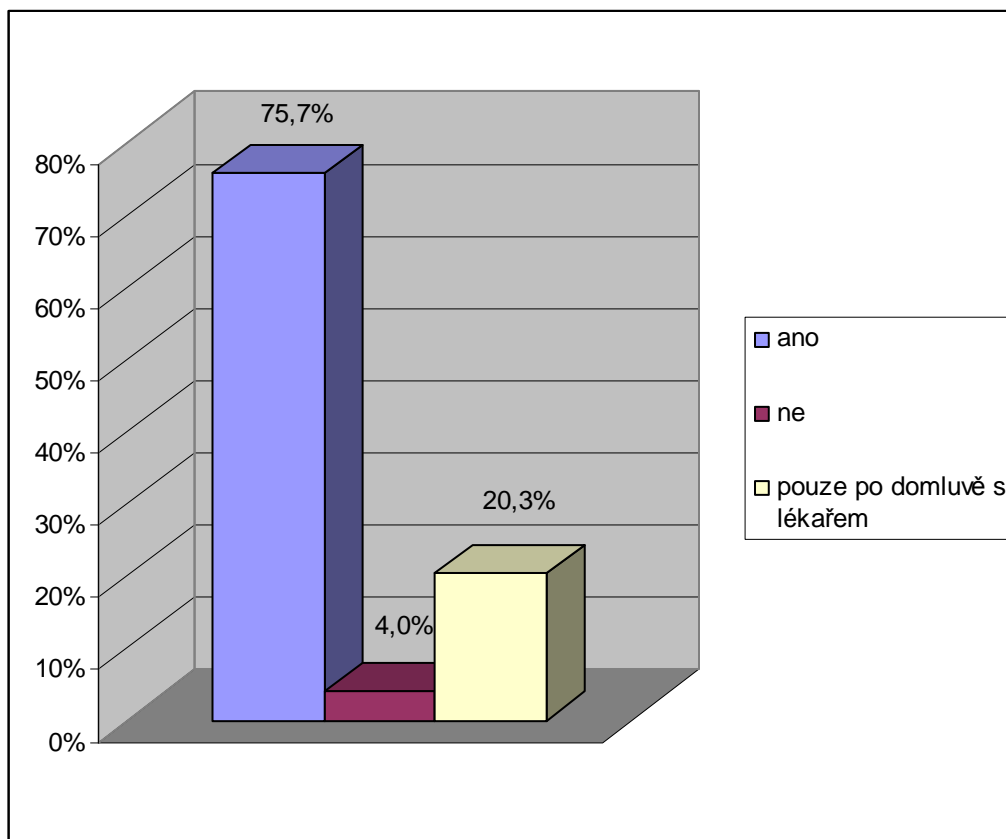
(graf k otázce číslo 20 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že 66 sester (89, 2%) označilo v dotazníku možnost “ano, na přání klienta;” 8 sester (10, 8%) uvedlo, že návštěva kněze běžná není, z celkového počtu 74 sester.

### Graf 18 Návštěvy rodiny u lůžka klienta

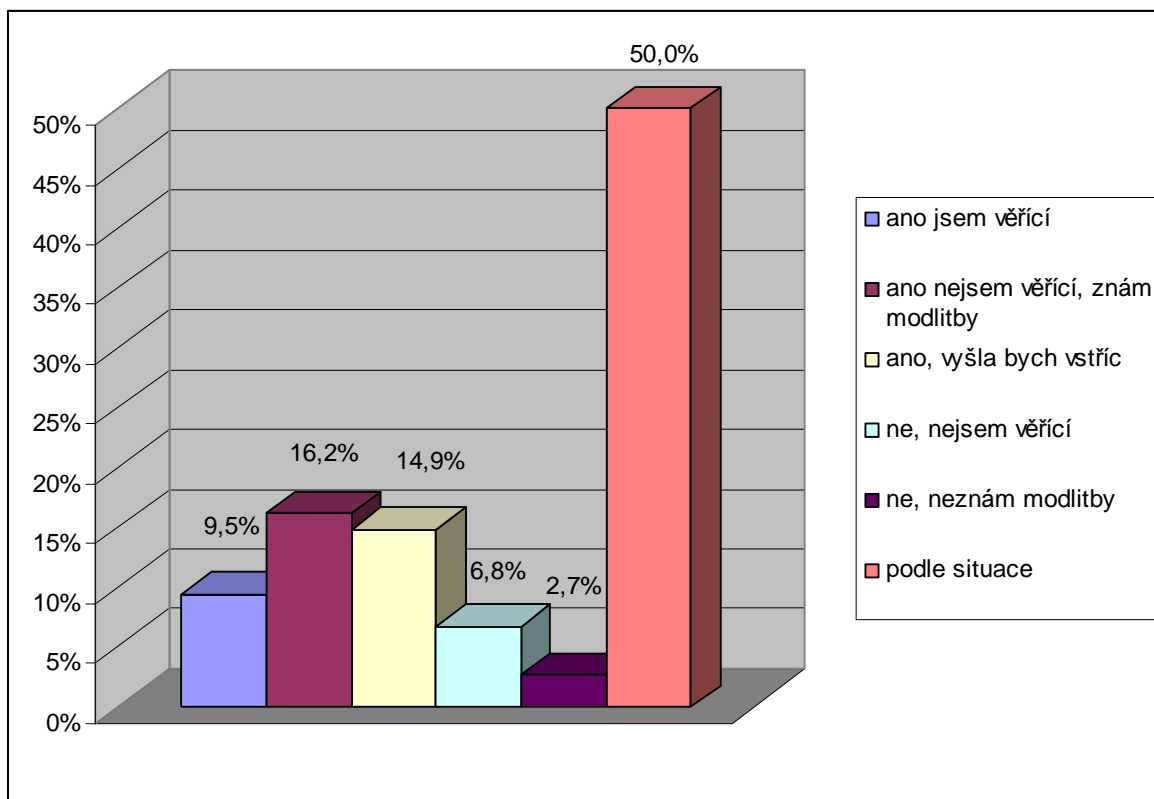
(graf k otázce číslo 21 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že 56 respondentů (75, 7%) uvedlo, že návštěvy smí k lůžku pacienta bez ohledu na návštěvní hodiny; 15 sester (20, 3%) uvedlo možnost návštěv mimo vymezené hodiny pouze po domluvě s lékařem; 3 sestry (4, 0%) uvedly, že návštěvy nesmí k lůžku klienta mimo vymezené návštěvní hodiny, z celkového počtu 74 sester.

## Graf 19 Společná modlitba s klientem

(graf k otázce číslo 22 v dotazníku)



Graf znázorňuje, že 37 (50%) sester by bylo ochotno se s klientem pomodlit v závislosti na situaci; 12 (16, 2%) není věřících, ale zná některé modlitby a bylo by ochotno se s klientem pomodlit; 7 (9, 5%) sester je věřících a bylo by ochotno se s klientem pomodlit;

11 (14, 9%) sester by vyšlo klientovi vstříc; 5 (6, 8%) sester není věřících a nebylo by ochotno se s klientem pomodlit; 2 (2, 7%) sestry by nebyly ochotné ke společné modlitbě s klientem, protože neznají žádné modlitby, z celkového počtu 74 sester.

## 5. Diskuse

Při získávání informací týkajících se způsobu uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání během hospitalizace jsem oslovila sestry, které pracují na interním oddělení a na oddělení následné péče a to v Nemocnicích České Budějovice a. s. a v Nemocnici Domažlice, a. s. Výzkum probíhal formou anonymního dotazníku, který obsahoval 22 otázek. Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondenty byly pouze ženy (graf 1).

Nejpočetnější celkovou skupinu tvořily sestry ve věku mezi 25. až 45. lety. V obou nemocnicích to byly nejčastěji sestry ve věku mezi 31. až 45. lety, tvořily tedy 39%. Druhou největší skupinou byly sestry ve věku 18- 30 let, které tvořily 26% zkoumaného celku. Další skupinou, tvořící 24% byly respondenti ve věku 46 až 55 let. Nejmenší počet respondentů, tedy 11% bylo ve věku od 56 let výše (graf 2). Nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů bylo střední zdravotnické vzdělání s maturitou, tedy 68% sester. Vyšší odborné vzdělání, jako své nejvyšší dosažené, označilo v dotazníku 16% dotazovaných. Sestry bakalářky tvořily 7% zkoumaného celku, kdežto magisterské vzdělání neoznačila v dotazníku žádná z dotazovaných sester. Pomaturitní specializační studium uvedlo téměř 10% dotazovaných sester (graf 3). Graf 4 demonstruje, na kterém oddělení pracují dotazované sestry. Nejvíce respondentů, tedy 57% je zaměstnáno na interním oddělení a 43% respondentů pracuje na oddělení LDN. Na grafu 5 je znázorněno, jak často provádějí dotazované sestry sběr ošetřovatelské anamnézy. Většina z oslovených, tedy 92% sester v dotazníku uvedlo, že provádí sběr ošetřovatelské anamnézy při každém příjmu klienta. Zbýlých 8% sester uvedlo, že neprovádí sběr ošetřovatelské anamnézy při příjmu klienta. Tato skutečnost mě překvapila, protože se domnívám, že sběr ošetřovatelské anamnézy je stěžejní pro realizaci celého ošetřovatelského procesu, do kterého patří i uspokojování duchovních potřeb. Z toho vyplývá, že pokud sestry neodebírají ošetřovatelskou anamnézu, nezjišťují tedy ani náboženské vyznání klienta a nesoustředí se na potřeby, které s náboženským vyznáním souvisejí a vychází z něho a nejsou tedy schopny je efektivně uspokojovat.

Graf 6 znázorňuje, zda se sestry při sběru ošetrovatelské anamnézy dotazují na náboženské vyznání klienta. Sestry nejčastěji uváděly, že se většinou nedotazují na náboženské vyznání klienta, tvořily tak 59% zkoumaného celku. Velkou skupinu, tedy 41% tvoří sestry, které se nikdy neptají na náboženské vyznání klienta při odběru ošetrovatelské anamnézy. Žádná z dotazovaných sester v dotazníku neoznámila možnost, že se ptá nebo alespoň většinou ptá na náboženské vyznání klienta. Podle mého názoru je však důležité zaměřovat se při sběru ošetrovatelské anamnézy na vyznání klienta. Z výsledků výzkumu vyplývá, že duchovní potřeby a dovolují si tvrdit, že duchovní potřeby nejen katolíků jsou během hospitalizace stále opomíjeny. Za prioritu je stále považováno uspokojení potřeb, které souvisí s tělesnou stránkou člověka. Někdy však může být pro klienta opravdu přednější, ztišení se k modlitbě nebo k přemýšlení před hygienou nebo obědem, jak jsem již uvedla v teoretické části (14). Jako důvod, proč se nedotazují na vyznání klienta uvádělo 69% dotazovaných sester, že se jim to nezdá důležité pro průběh hospitalizace klienta, což podle mého názoru pramení z nízké informovanosti sester o této problematice. Druhou skupinu tvořily sestry, které v dotazníku uváděly, že se jedná o intimní věc klienta, a to 24% respondentů. Dalším důvodem, proč se sestry nedotazují na náboženské vyznání klienta byl fakt, že otázka týkající se vyznání není obsažena ve formuláři pro sběr ošetrovatelské anamnézy. Tyto sestry tvořily 7% dotazovaných sester. V tomto případě je možné otázku týkající se vyznání klienta zařadit do tohoto formuláře, aby si sestry zvykly běžně se dotazovat na vyznání klienta. Zajímavé je, že tuto možnost označily pouze sestry z nemocnice v Českých Budějovicích, v Domažlicích tento důvod neuváděla v dotazníku žádná z dotazovaných sester. Možnost, že sestry nemají dostatek času neoznámil v dotazníku nikdo z oslovených respondentů. Výsledky výzkumu vyvracejí hypotézu číslo 2 “Sestry se při odběru ošetrovatelské anamnézy ptají na náboženské vyznání klienta.” (graf 7).

Graf 8 demonstruje názor sester na rozdíly v uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání a klientů ateistů. Respondenti, kteří se domnívají, že existují rozdíly v uspokojování těchto potřeb tvořily 42% dotazovaných sester. Nejméně dotazovaných sester, tedy 26% se domnívá, že rozdíly v uspokojování duchovních potřeb katolíků a ateistů během hospitalizace nejsou. Do poslední skupiny patří sestry,

které označily v dotazníku odpověď “nevím,” to znamená 32% respondentů. Na těchto výsledcích je podle mého názoru vidět, že sestry nemají jasnou představu a možná i dostatek informací o problematice klientů hlásících se ke katolickému vyznání. Neví, jaké potřeby jsou s vyznáváním této víry spojeny a jak na tyto potřeby reagovat. Proto by podle mého názoru bylo vhodné vypracovat na jednotlivých odděleních model vycházejícího slunce aplikovaný na klienty katolického vyznání, aby měly sestry alespoň představu, jaké potřeby z této víry vychází.

Graf 9 ukazuje názor sester na kvalitu uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání na oddělení, kde pracují. Pro zajímavost uvádím rozdíly ve výsledcích výzkumu na jednotlivých odděleních ve zkoumaných nemocnicích. Rozdíly nejsou velké, pouze ukazují, jak se liší názory sester na kvalitu poskytovaných služeb na dvou různých odděleních ve stejné nemocnici. Na otázku zda se sestry domnívají, že jsou na oddělení, kde pracují dostatečně uspokojovány duchovní potřeby katolíků během hospitalizace, označilo v dotazníku odpověď “ano” 33% dotazovaných sester v Českých Budějovicích, z čehož 60% je zaměstnáno na oddělení následné péče a 40% na interním oddělení. Stejnou odpověď označilo v dotazníku 50% respondentů v Domažlicích, z čehož 45% pracuje na oddělení následné péče a 55% je zaměstnáno na interním oddělení. Odpověď “nevím” označilo v dotazníku 50% respondentů v Českých Budějovicích, z čehož 73% z nich pracuje na oddělení následné péče a 37% je zaměstnáno na interním oddělení. V Domažlicích odpovědělo “nevím” na stejnou otázku 41% dotazovaných sester, z čehož 33% je zaměstnáno na oddělení následné péče a 67% pracuje na interním oddělení. Nejmenší skupinu tvoří sestry, které se domnívají, že duchovní potřeby klientů katolického vyznání nejsou na jejich oddělení uspokojovány a to 17% dotazovaných sester v Českých Budějovicích, z čehož 40% z nich pracuje na oddělení následné péče a 60% na interním oddělení. V Domažlicích se domnívá, že na oddělení, kde pracují nejsou tyto potřeby uspokojovány 9% dotazovaných sester, z čehož 50% pracuje na interním oddělení a 50% z nich je zaměstnáno v léčebně dlouhodobě nemocných. Výsledky výzkumu tedy vyvrací mnou stanovenou hypotézu číslo 1 “Duchovní potřeby klientů katolického vyznání nejsou během hospitalizace uspokojovány.” Z výsledků vyplývá, že tyto potřeby jsou podle

dotazovaných sester nejlépe uspokojovány na interním oddělení v Domažlicích, dále na oddělení následné péče ve stejné nemocnici a také na oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Podle zkušeností, které jsem získala během školní praxe na výše jmenovaných odděleních v obou nemocnicích mohu souhlasit s výsledky, které vyšly v nemocnici v Domažlicích, kde se mi opravdu líbil přístup sester k uspokojování duchovních potřeb a to nejen klientů katolíků. V nemocnici v Českých Budějovicích jsem se během školní praxe s řešením této problematiky nesešla.

Graf 10 znázorňuje duchovní služby poskytované na jednotlivých odděleních, kde výzkum probíhal. Nejčastější službou, kterou sestry v dotazníku uváděly, byla návštěva kněze u lůžka klienta. Tuto možnost označilo v dotazníku 42% dotazovaných sester. Pravidelné bohoslužby v nemocniční kapli nebo místnosti k tomu určené, uvádělo v dotazníku 53%. Sestry v dotazníku často vpisovaly k možnosti "jiné," že jsou ochotny umožnit nebo zajistit jakékoliv služby, které nenarušují chod oddělení nebo klid a soukromí pacientů. Dále sestry uváděly, že klientovi kdykoliv poradí nebo pomohou, pokud se na ně sám obrátí, tvořily tak 5% dotazovaných sester.

Způsob, jakým jsou klienti katolického vyznání upozorňováni na služby poskytované na oddělení, znázorňuje graf 11. Nejčastější odpovědí v dotazníku bylo upozornění formou vyvěšení nabídky na nástěnce nebo jiném viditelném místě. Tuto možnost označilo 60% dotazovaných sester. O tomto výsledku bych chtěla diskutovat, protože jsem se během praxe na výše jmenovaných odděleních zatím nesešla s upozorněním na jakoukoliv duchovní službu vyvěšením na nástěnce nebo jiném viditelném místě, i když si myslím, že by to určitě bylo vhodné a pro pacienty přehlednější a dostupnější, většina klientů, která má o tuto službu zájem se podle mých zkušeností stydí zeptat, protože si nejsou jistí, zda jsou tyto služby běžné

a také nechtějí obtěžovat. Další častou odpovědí byla možnost ústního upozornění při příjmu klienta, tuto možnost uvádělo v dotazníku 30% sester. S touto formou nabídky jsem se setkala, ovšem podle mého názoru není tato praxe běžná a záleží vždy na sestře, která je u příjmu klienta přítomna. Možnost jiné uvedlo 10% dotazovaných sester, nejčastěji to pak bylo získání informace od ošetřujícího lékaře. Výsledky výzkumu tedy



vyvrátily hypotézu číslo 3 “Klienti nejsou informováni o možnostech uspokojování duchovních potřeb spojených s jejich vírou,” a z odpovědí sester vyplývá, že se sestry snaží klienty

o těchto možnostech informovat.

Otázkou číslo 14 v dotazníku jsem zjišťovala dostupnost náboženské literatury na oddělení, kde sestry pracují. Všechny dotazované sestry, tedy 100% respondentů uvedlo, že na oddělení, kde pracují, není dostupná náboženská literatura. (graf 12)

Graf 13 znázorňuje, jak se sestry snaží ve volném čase hovořit s klienty o jejich přáních a potřebách. Nejvíce dotazovaných sester v dotazníku uvedlo, že se ve volných chvílích snaží s klienty hovořit, tuto možnost uvedlo 55% sester. Možnost “s klienty nehovořím o jejich přáních a potřebách” v dotazníku označily 3% dotazovaných sester. Jako důvod, proč sestry nehovoří s klienty o jejich přáních a potřebách, uváděly respondenti nejčastěji nedostatek času na rozhovor. Tyto sestry tvořily 42% respondentů. Do dotazníku také sestry často vpisovaly možnost: “při tak nízkém počtu zaměstnanců, není možné najít si čas na rozhovor s klientem,” dále například “je nás na oddělení moc málo na to, abychom se takto mohli věnovat všem pacientům.” Myslím si, že nedostatek času a málo zdravotnického personálu je hlavním důvodem, proč sestry nehovoří s klienty o jejich přáních a potřebách. Velkou pomoc vidím v tomto případě v dobrovolnících, kteří docházejí ve svém volném čase na oddělení a věnují se pacientům, hovoří s nimi a podobně.

Otázkou číslo 17 jsem v dotazníku zjišťovala znalost svátostí u sester. Výsledky jsou znázorněny na grafu 14. Znalost všech sedmi svátostí uvedlo v dotazníku 20% sester. Sestry, které znají pouze některé ze svátostí tvořily 30%. Nejvíce sester v dotazníku uvedlo, že neznají žádnou ze svátostí, ty tvořily 50% dotazovaných sester.

Názor sester na to, jak je pro klienty katolického vyznání důležité přijímat svátosti během hospitalizace demonstruje graf 15. Nejpočetnější skupinou byly sestry, které v dotazníku označily možnost “nevím,” ty tvořily 36% dotazovaných. Sestry, které se domnívaly, že pro klienta je během hospitalizace důležité přijímání svátostí tvořily 60%. Nejmenší skupinou byly sestry, které uvedly, že přijímání svátostí během hospitalizace není pro klienta důležité, tvoří tedy 4% dotazovaných sester. U sester,

keré v dotazníku uvedly, že je pro klienta katolického vyznání důležité přijímat svátosti i během hospitalizace, mě zajímal názor, která ze sedmi svátostí je podle nich pro klienta během nemoci nejdůležitější. U této otázky mohly sestry označit více možností. Výsledky znázorňuje graf 16. Nejčastěji uváděnou svátostí byla zpověď, tedy svátost smíření, kterou v dotazníku uvedlo 32% respondentů. Svátost eucharistie, jako důležitou pro klienta uvedlo 23% dotazovaných sester. Stejný počet, tedy 23% sester označil za důležitou svátost nemocných. Svátost křtu považuje za důležitou 22% sester. Podle Katechismu katolické církve je pro věřící, tedy katolíky velmi důležité pravidelně přijímat svátosti a tato potřeba se v období nemoci výrazně umocňuje a stává se naléhavější. Podle Katechismu je pro nemocného člověka nejdůležitější přijímání svátosti smíření, eucharistie a svátosti pomazání nemocných. Myslím si, že znalost této skutečnosti by sestrám pomohla lépe pochopit, jak důležité jsou pro klienta katolického vyznání návštěvy kněze u lůžka.

Na grafu 17 je znázorněno, jak běžné jsou na odděleních, kde výzkum probíhal, návštěvy kněze u lůžka umírajícího. Největší skupinu tvořily sestry, které v dotazníku uváděly, že na oddělení, kde pracují, je tato služba běžná, pokud si to klient nebo jeho rodina přejí. Tuto možnost označilo 89% sester. Pouze 11% sester uvádělo, že taková služba není na oddělení, kde pracují, běžná, ale je umožněna jen na *výslovné* přání klienta nebo rodiny. Podle mého názoru by měly být návštěvy kněze u lůžka klienta umožněny v případě nutnosti kdykoliv, pro umírajícího pacienta, který se hlásí ke křesťanské víře je poslední pomazání, neboli svátost nemocných opravdu velice důležitá a vychází z jeho přesvědčení o posmrtném životě, na který by podle křesťanské věrouky měl být právě touto svátostí připraven.

Graf 18 znázorňuje možnost návštěvy rodiny u lůžka klienta bez ohledu na návštěvní hodiny. Největší počet dotazovaných sester, tedy 76% respondentů uvádí, že rodina smí navštívit klienta kdykoliv a to i mimo vymezené návštěvní hodiny. Možnost navštívit klienta mimo vymezené hodiny pouze po domluvě s ošetřujícím lékařem označilo v dotazníku 20% dotazovaných sester. Nejmenší počet respondentů, tedy 4% uvádí, že rodina nesmí navštěvovat klienta mimo návštěvní hodiny. Jako důvod sestry většinou uváděly, že by návštěvy rodiny narušovaly klid pacienta

i ostatních pacientů, popřípadě chod oddělení. Domnívám se, že návštěva rodiny nebo nejbližších osob je důležitá pro většinu pacientů, nejen tedy pro ty, kteří se hlásí ke katolickému vyznání. Klient se mezi blízkými cítí lépe, uvolněně, také se celý den “má na co těšit” a rodina bývá, podle mých zkušeností, pro zdravotnický personál přínosem, většinou se totiž snaží pro pacienta udělat maximum, například vykoupat ho, nakrmit, což personálu usnadňuje práci a dává možnost více se věnovat ostatním pacientům. Také si myslím, že by v dnešní době neměl být problém s umožněním návštěvy mimo vymezené návštěvní hodiny, pokud to stav klienta dovoluje.

Otázkou číslo 22 jsem zjišťovala, zda by byly dotazované sestry ochotné pomodlit se s klientem, pokud by je o to požádal (graf 19). Sestry, které v dotazníku označily možnost “ano podle situace,” tvoří největší skupinu, tedy 50%. Dále 9, 5% sester je věřících a bylo by ochotno se s klientem pomodlit, 16, 2% sester není věřící, ale zná některé křesťanské modlitby. Sestry, které v dotazníku označily možnost „ne, nejsem věřící,“ tvoří 6, 8% respondentů. Sestry, které neznají žádnou křesťanskou modlitbu, a proto by nebyly ochotny ke společné modlitbě s klientem, tvoří 2, 7% respondentů. Sestry, které by vyšly klientovi vstříc, pokud by jim vysvětlil, co očekává tvoří 14, 9% zkoumaného celku. Pro klienta katolického vyznání je modlitba velice důležitá a to i během hospitalizace. Modlitba, je vlastně vnitřní rozhovor s Bohem, jakýmsi zamyšlením, ztišením se, jak jsem již uvedla v teoretické části práce (4, 18). Sestra by to měla respektovat a zajistit například klidné, nerušené prostředí.

Sestry, které by nebyly ochotné se s klientem pomodlit, kdyby je o to požádal tvoří 9% respondentů. Jako nejčastější důvod uváděly sestry stud, neznalost žádné z křesťanských modliteb nebo to, že nejsou věřící a nedokáží se vžít do situace klienta. Myslím si, že nezáleží na tom, jestli je sestra věřící nebo není. Záleží na ochotě a také na přístupu sestry. Pokud pacient sestru požádá o společnou modlitbu, je to pro něj důležité a je na sestře, jak se k tomu postaví. Někdy totiž stačí jen pouhá tichá přítomnost nebo držení za ruku. Na druhou stranu si myslím, že společná modlitba s klientem není povinností sestry a pokud se sestra stydí nebo jednoduše nechce, není vhodné, aby se do společné modlitby s klientem nutila, může například požádat jinou sestru nebo pacienta, o kterém ví, že je věřící.

## 6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, do jaké míry jsou uspokojovány duchovní potřeby klientů katolického vyznání, zjistit, zda sestry při odběru ošetrovatelské anamnézy zjišťují náboženské vyznání klienta, zjistit, zda sestry informují klienty o možnostech uspokojování duchovních potřeb spojených s jejich vírou.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nebyla potvrzena žádná ze stanovených hypotéz. Hypotéza číslo 1 “Duchovní potřeby klientů katolického vyznání nejsou během hospitalizace uspokojovány,” se nepotvrdila. Většina dotazovaných sester v dotazníku uvedla, že jsou na oddělení, kde pracují uspokojovány duchovní potřeby klientů katolického vyznání (graf 7). Hypotéza číslo 2 “Sestry se při odběru ošetrovatelské anamnézy ptají na náboženské vyznání klienta,” nebyla potvrzena. Hypotéza číslo 3 “Klienti nejsou informováni o možnostech uspokojování duchovních potřeb spojených s jejich vírou,” se nepotvrdila. 100% dotazovaných sester v obou nemocnicích, kde výzkum probíhal v dotazníku uvedlo, že jsou klienti upozorňováni na poskytované služby, vedoucí k uspokojení duchovních potřeb spojených s jejich vírou.

Výzkumu se zúčastnilo 74 sester. Původně bylo rozdáno 100 dotazníků, které byly rozděleny ve výše uvedených nemocnicích na oddělení následné péče a interním oddělení. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že v obou nemocnicích, kde výzkum probíhal a na všech zkoumaných odděleních je úroveň poskytování duchovních potřeb klientům katolického vyznání téměř totožná nebo se liší jen minimálně. Podle výsledků výzkumu je patrné, že sestry většinou znají problematiku týkající se katolického víry a potřeb, které z ní vycházejí, pokud je takový klient hospitalizován. Většina sester je také podle výsledků výzkumu v případě potřeby ochotna vyjít klientovi vstříc, poradit nebo pomoci se zařizováním jednotlivých duchovních služeb.

Výsledky práce budou poskytnuty vedení nemocnic, ve kterých výzkum probíhal, kde mohou být využity jednak jako zpětná vazba pro sestry, které se výzkumu účastnily, dále pak je možné výsledky práce využít jako podklad pro zvyšování kvality uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání během hospitalizace.

## **7. Klíčová slova**

**Sestra**

**Klient**

**Duchovní potřeba**

**Víra**

**Katolické vyznání**

## 8. Literatura

1. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. PRAHA: Portál, 2003. 420 s. ISBN: 80-7178-735-3.
2. BIBLE - *Písmo svaté Starého a Nového zákona*. PRAHA: Ústřední církevní nakladatelství, 1987. 130s. –další údaje neuvedeny.
3. BOČEK, P. a kol. *Judaismus, křesťanství, Islám*. OLOMOUC: Nakladatelství Olomouc s. r. o. 2003. 661 s. ISBN: 80-7182-165-9.
4. <http://hospice.cz/pastsoc.html>
5. <http://hospice.cz/svatosova/potreba.htm>
6. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. PRAHA: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
7. KATECHISMUS KATOLICKÉ CÍRKVE, PRAHA: Zvon, 1995. 760 s. ISBN 80-7113-132-6.
8. KOLÁŘÍKOVÁ, A. a kol. *Základy ošetrovanka a asistencie*. MARTIN: Osveta, 2003. 252 s. ISBN: 80-8063-125-5.
9. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatel'stvo I*. MARTIN: Osveta1995. 836 s. ISBN: 80-217-0528-0.
10. KUBALÍK, J. *Hovory o víře*. PRAHA: Ústřední církevní nakladatelství, 1985. 106 s. ISBN neuvedeno.
11. KÜBLER- ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. HRADEC KRÁLOVÉ: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
12. KÜNG, H. *Malé dějiny katolické církve*. JIHLAVA: Ekon, 2002. 144 s. ISBN: 80-86598-770-7.
13. MURPHY, J. *Zákony myšlení a víry*. BRATISLAVA: Aktuel, 2002. 230 s. ISBN 80-88733-98-7.
14. NEŠPOR, Z., R. *Náboženství na prahu nové doby*. ÚSTÍ NAD LABEM: Nakladatelství Kristiny Kaiserové, 2006. 693 s. ISBN 80-86971-06-6.

15. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie*. PRAHA: Portál, 2004. 199 s. ISBN: 80-7178-885-6.
16. SMÉKAL, V. *Psychologie osobnosti*. BRNO: Barrister a Principál, 2004. 515 s. ISBN: 80-86598-65-9.
17. SOTOVÁ, V a kol. *Slovník křesťanské kultury*. PRAHA. Garamond 2002. 446 s. ISBN 80-86379-41-8.
18. STÖRIG, H., J., *Malé dějiny filosofie*. PRAHA: Zvon, 1995. 549 s. ISBN 80-7113-115-6.
19. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. BRNO: Mikada, 2001. 185 s. ISBN: 80-7013-324-8.
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. PRAHA: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
21. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství- II*. PRAHA: Fortuna, 1995. 191 s. ISBN: 80-7168-260-8.
22. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. PRAHA: Portál, 2003. 391 s. ISBN: 80-7178-740-X.

## **9. Přílohy**

1. Dotazník
2. Model vycházejícího slunce podle Leiningerové



## Příloha 1 Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Blanka Löffelmannová a jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento **anonymní** dotazník slouží ke sběru informací pro praktickou část mé bakalářské práce na téma Způsoby uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání. Dotazník je určen pro zdravotní sestry pracující na interním oddělení a léčebně dlouhodobě nemocných. Prosím Vás o jeho vyplnění a děkuji za spolupráci.

### **Dotazník:**

***Z nabízených možností vyberte, prosím, jednu.***

#### **1, Jste:**

- a) žena      b) muž

#### **2, Kolik je Vám let?**

- a) 18- 30  
b) 31- 45  
c) 46- 55  
d) 56 a více

#### **3, Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) SZŠ  
b) VOŠ  
c) Bc.  
d) Mgr.  
e) PSS

#### **4, Na kterém oddělení pracujete?**

- a) interní oddělení  
b) LDN

#### **5, Provádíte sběr ošetřovatelské anamnézy při každém příjmu pacienta?**

- a) ano  
b) ne

**Pokud jste odpověděla ne, pokračujte prosím otázkou číslo 9.**

#### **6, Dotazujete se při sběru ošetřovatelské anamnézy na náboženské vyznání klienta?**

- a) ano  
b) většinou ano  
c) většinou ne

d) ne

**Pokud jste odpověděla c) nebo d), pokračujte prosím otázkou číslo 8.**

**7, Jak často se ptáte na vyznání klienta?**

- a) při každém sběru anamnézy
- b) při většině sběrů anamnéz
- c) ptám se málokdy

**8, Pokud se neptáte na vyznání klienta nebo se ptáte málokdy, prosím uveďte důvod:**

- a) nemám dostatek času
- b) nezdá se mi to důležité pro průběh hospitalizace klienta
- c) jiné (prosím uveďte).....

.....

**9, Domníváte se, že existují rozdíly v uspokojování duchovních potřeb ateistů a katolíků během hospitalizace?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**10, Domníváte se, že jsou na Vašem oddělení dostatečně uspokojovány duchovní potřeby klientů katolického vyznání?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**11, Jaké služby jsou poskytovány na Vašem oddělení pro klienty katolického vyznání v rámci uspokojování duchovních potřeb spojených s jejich vírou? Můžete označit více možností.**

- a) pravidelné bohoslužby v nemocniční kapli (nebo místnosti k tomu určené)
- b) možnost návštěvy kněze u lůžka pacienta
- c) jiné (prosím uveďte).....

.....

**12, Jak často jsou na Vašem oddělení umožněny návštěvy kněze k lůžku pacienta?**

- a) dle potřeb a přání klienta
- b) minimálně 1x týdně
- c) na oddělení kněz nedochází

**13, Jakým způsobem nabízíte klientům možnost bohoslužeb nebo návštěvy kněze? Můžete označit více možností.**

- a) na tuto možnost jsou klienti upozorňováni při příjmu na oddělení

b) nabídka je vyvěšena na oddělení na viditelném místě, např. nástěnka

c) jiné (prosím uveďte).....

**14, Je na Vašem oddělení dostupná literatura zabývající se náboženskou tematikou?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**15, Pokud je na oddělení dostupná literatura zabývající se náboženskou tematikou, jsou klienti informováni, kde ji mohou v případě zájmu vyhledat?**

- a) ano
- b) ne

**16, Snažíte se ve volném čase hovořit s klienty o jejich přáních a potřebách?**

- a) ano
- b) ne
- c) nemám dostatek času

**17, Znáte všech sedm svátostí?**

- a) ano
- b) ne
- c) znám pouze některé

**18, Domníváte se, že je pro klienty katolického vyznání důležité přijímání těchto svátostí během hospitalizace?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**19, Přijímání které ze svátostí je podle Vás pro klienta během hospitalizace nejdůležitější? Můžete označit více možností.**

- a) svátost smíření
- b) svátost eucharistie
- c) svátost křtu
- d) svátost nemocných

**20, Je na Vašem oddělení běžná návštěva kněze u lůžka umírajícího, pokud si to klient nebo jeho rodina přeje?**

- a) ano
- b) ne
- c) na výslovné přání klienta nebo rodiny ano

**21, Smí rodina navštěvovat klienta neomezeně, bez ohledu na vymezené návštěvní hodiny?**

- a) ano
- b) ne
- c) pouze po domluvě s lékařem

**22) Pokud by Vás klient požádal, abyste se s ním pomodlil(a),**

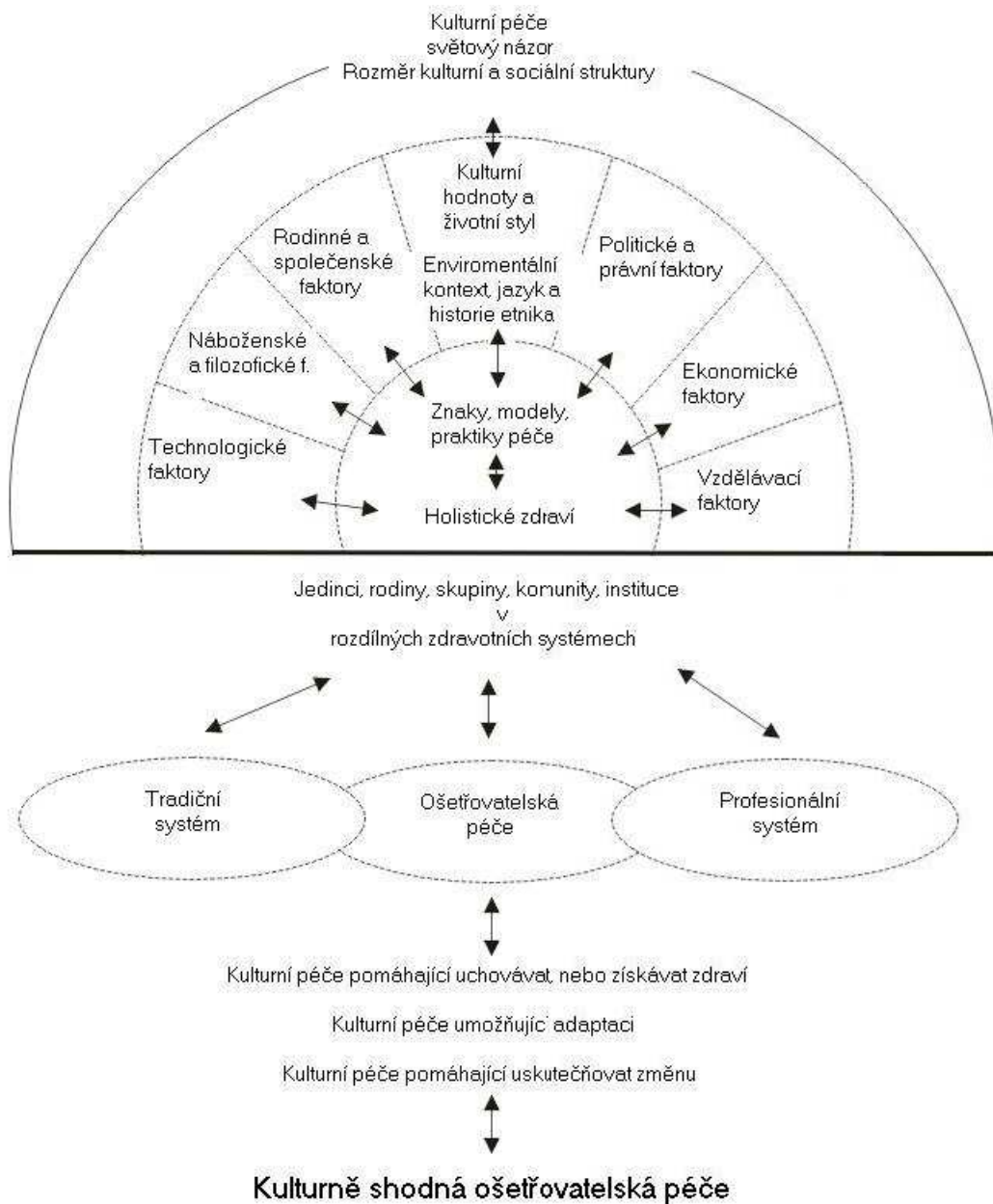
**souhlasil(a) byste?**

- a) ano, jsem věřící nebo znám některé křesťanské modlitby
- b) ano, nejsem věřící, ale znám některé křesťanské modlitby
- c) ano, snažila bych se mu vyjít vstříc, pokud by mi vysvětlil, co ode mě očekává
- d) ne, nejsem věřící
- e) ne, neznám žádné křesťanské modlitby
- f) podle situace nebo závažnosti diagnózy klienta (například klient před těžkou operací, umírající klienta apod.)

Pokud mi chcete něco sdělit, můžete zde. Děkuji za Vaši spolupráci,  
Blanka Loffelmannová

.....  
.....  
.....  
.....

## Příloha 2 MODEL VYCHÁZEJÍCÍHO SLUNCE



Zdroj: <http://www.cizinci.cz/>