

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVCÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Andrea Festová

2008

Vypracovala:

Jana Šrotová

Abstract

Satisfaction of Spiritual Needs of In-Patients

The title of the bachelor's thesis which I hereby present is "Satisfaction of Spiritual Needs of In-Patients". According to the holistic philosophy, the current trend in the care for patients is to satisfy the patients' needs. The problem is that the medical staff members perceive certain patients' needs easier than others, and automatically focus on a professional care regarding mainly biological needs of in-patients. This thesis attempts to prove that even though the spiritual needs of patients are naturally below other needs, they cannot be ignored because the peace of mind of in-patients plays a significant role in their treatment.

The theoretic part outlines the spirituality as a constant need of all people, trying to distinguish it from the religion. The questions about the meaning and essence of the human existence are rooted in the minds of all people. Some people are more sensitive to them, while others do not perceive them. When seeking the truth and answers, people often identify themselves with ideas already expressed and professed. If a person looking for answers joins people with similar views and persuasion, he or she becomes a member of any religion, church or community. The problem of the medical staff is that they reduce the satisfaction of the spiritual needs of these people to a mere respect for the required liturgy, which is extremely valuable and necessary, but it should not be confused with the needs of the human spirituality, as mentioned above. In-patients need to be treated by the medical staff sensitively and need to be accepted without reservations just as they are.

In the practical part of the thesis I used the form of a questionnaire survey in order to find out how current Czech patients think about spiritual topics, and also how they view the care they receive in this respect. The results in both parts were surprising. Czech patients think about spirituality issues much more than expected, and the established quality of the medical care exceeded the original expectations as well.

The research was carried out in the medical wards of hospitals of *Clinicum a.s.* – Vysočany Hospital, Český Krumlov Hospital, Plzeň Teaching Hospital, and the long-term care hospital, Medical and Rehabilitation Centre in Praha - Chvaly.

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

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

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Za všechny rady a připomínky děkuji vedoucí práce Mgr. Andree Festové

Obsah

Úvod.....	6
1. Současný stav problematiky.....	7
1.1 Potřeby člověka.....	7
1.1.1 Význam pojmu <i>potřeba</i>	7
1.1.2 <i>Spiritualita a spirituální potřeby</i>	9
1.2 Náboženství (religio).....	11
1.2.1 <i>Teorie vzniku náboženství</i>	12
1.2.2 <i>Předkritické pojetí</i>	12
1.2.3 <i>Evoluční hypotéza</i>	13
1.2.4 <i>Degenerativní hypotéza</i>	13
1.2.5 <i>Responzivní hypotéza</i>	13
1.2.6 <i>Religionistika</i>	14
1.2.7 <i>Zaujímání náboženských postojů</i>	15
1.2.8 <i>Je možné náboženství překonat?</i>	15
1.3 Historie církevního ošetrovatelství v Čechách.....	16
1.4 Spirituální péče v praxi.....	18
1.4.1 <i>Aktuální stav spirituality v české společnosti</i>	18
1.4.2 <i>Potřeba spirituální péče</i>	20
1.4.3 <i>Vztah zdraví a spirituality</i>	21
1.4.4 <i>Křesťanská definice duchovních potřeb</i>	23
1.4.5 <i>Mapování duchovních potřeb pacienta</i>	23
1.5 Překážky při vykonávání duchovní péče.....	23
1.6 Zásady duchovní péče.....	25
1.7 Péče o osobu ošetrovatele.....	30
2. Cíle práce a hypotézy.....	31
3. Metodika.....	32
4. Výsledky.....	33
5. Diskuse.....	59
6. Závěr.....	76
7. Seznam použité literatury.....	79
8. Klíčová slova.....	81
9. Přílohy	

Úvod

Problematika naplňování duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů není horkým tématem. České zdravotnictví řeší naléhavější problémy jako je oblast financování zdravotnictví. Oproti minulosti se také velmi zvýšila kritičnost laické veřejnosti vůči řízení zdravotnictví. [Mášová, 2005] Pozornost se upírá na reformu zdravotnictví, poplatky, hospodaření zdravotních pojišťoven a na stoupající ceny léků. Televize neustále probírá nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví. Pozornost laické i odborné veřejnosti se zřetelně upíná úplně jinam než na uspokojování duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů.

Přes všechna slova kritiky, jakkoli jsou opodstatněná, je české zdravotnictví na dobré úrovni a je schopno dobře pečovat o své nemocné. Zaměstnává profesionály ve svém oboru. Máme špičkově vybavená oddělení ARO, odborné kliniky a specializovaná pracoviště. Zdravotníci z východních zemí nás vnímají jako zemi zaslíbenou a vzhlížejí k nám podobně, jako i my se ohlížíme po ještě lepších službách a modernějším vybavení. Jen občas zapomínáme, že to nejsou pouze nemocná těla, která polehávají na našich odděleních. S těly je tam i jejich duše a duch a celý kontext rodinného a společenského zázemí. A sám pacient by byl ten poslední, kdo by nám vyčítal, že nenaplňujeme jeho duchovní potřeby. Sotva něco tuší o tomto tématu. Bude se jenom na nemocničním lůžku cítit trochu sám a trochu ztracený. Bez rozmýšlení splní jakýkoli náš požadavek a odhalí před námi své tělo, ačkoli se obvykle velmi stydí. A to všechno bude považovat za normální a správné. Proto je na zdravotnících, aby svůj přístup změnili. Nejsme tu proto, abychom vládli nad jeho životem. On přišel, když mu bylo nejhůř, aby se svěřil do naší péče. Neumíme číst v jeho duši, ale můžeme se naučit opravdově naslouchat tomu, co říká. A učit se starat se o celého člověka.

Ze zkušeností zdravotníků vyplývá, že ve chvílích nemoci pacient čelí otázkám, které ho v dobách, kdy byl zdravý, nenapadaly. Jsou to otázky smyslu života a smrti, smyslu utrpení a naděje. Často se obává smrti nebo invalidity. Pokud mu zdravotník v této chvíli poskytne příležitost se vyprávět a ventilovat své pocity, zejména strach, pomůže mu zároveň vyrovnat se lépe s touto závažnou situací.[Kalvínská, 2006]

1. Současný stav problematiky

1.1 Potřeby člověka

Trendy současného moderního ošetrovatelství by se daly charakterizovat jako snaha o co nejlepší možné naplňování potřeb klienta, ať už je nemocný nebo zdravý. Podkladem této myšlenky je filozofie holismu, tedy snahy vnímat člověka jako bytost celistvou ve všech rovinách osobnosti a zároveň propojenou s okolím. Pro přehlednost jsou lidské potřeby rozděleny na biologické, psychické, sociální a spirituální. Snahou o naplnění spirituálních potřeb se tato práce bude zabývat.

Lidské potřeby jsou propojeny ve vzájemné interakci a nedostatky v jedné oblasti se promítají i do ostatních rovin. Samotné slovo "potřeba" vyjadřuje svůj smysl – něco potřebujeme, doplnit nedostatek nebo zbavit se přebytečného, nechtěného. Plnění potřeb nás rozvíjí a určuje náš růst. Během lidského života se potřeby mění a vyvíjejí. Rámec těchto potřeb je u každého člověka stejný. Intenzita každé z nich je však vnímána různě u každé osoby a ve svém důsledku bude vyžadovat jiný způsob naplňování.

Podle Trachtové je možné potřeby uspokojovat způsobem žádoucím, nebo nežádoucím. Za žádoucí způsob uspokojování potřeb považujeme situace, které neubližují nám ani druhým osobám a zároveň jsou v souladu se sociálně-kulturními hodnotami a v rámci zákona. Nežádoucí uspokojování potřeb může nést tyto znaky: může ubližovat dané osobě nebo osobám jiným, není v souladu se sociálně-kulturními hodnotami nebo se zákonem. Trachtová dále říká, že potřeby jsou schopny vyjadřovat nějaký deficit, tzn. narušenou psychickou nebo psychosomatickou rovnováhu a zároveň snahu o její znovunabytí. Kultura dané oblasti má také velký vliv na způsob chápání vlastních potřeb a zároveň na jejich vyjadřování. [Trachtová, 2004]

1.1.1 Význam pojmu potřeba

[Trachtová 2004, s. 10]

1. Biologický – potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy). Některé biologické potřeby, např. potřeba vápníku, vitamínů nemají psychickou odezvu.
2. Ekonomický – potřeby tu obvykle vyjadřují nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt, např. barevný televizor, boty, šatstvo, byt apod., což je poukazem spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle.

3. Psychologický – je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek. Psychologický význam potřeby je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince.

Vědecký přístup k problému uspokojování potřeb přinesl nutnost potřeby pojmenovat a roztřídit podle jejich naléhavosti. Asi nejnámější klasifikací je v současné době Maslowova hierarchie potřeb, která představuje velmi dobré východisko při sestavování priorit v rámci péče o pacienta.

Potřeby fyziologické

Potřeby jistoty a bezpečí

Potřeby sounáležitosti a lásky

Potřeby uznání a sebeúcty

Potřeby kognitivní

Potřeby estetické

Potřeby seberealizace

Potřeby jsou seřazené podle naléhavosti naplnění. Pokud nejsou uspokojeny potřeby na začátku žebříčku, např. fyziologické, potřeby umístěné hierarchicky níže nebudou tak naléhavě volat po svém uspokojení. A naopak, jakmile budou fyziologické potřeby uspokojeny, vyšší potřeby budeme pociťovat naléhavěji. "Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje." (Maslow) [Trachtová 2004, s. 14]

Není proto možné mluvit o rovnosti potřeb. Marie Svatošová k tomuto tématu říká: "Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální." [Svatošová 2003, s.21] V centru tohoto výzkumu budou stát duchovní nebo také spirituální potřeby jedince. Tyto potřeby řadíme, podle systému naléhavosti, až na jedno z posledních míst. Je tedy zřejmé, že k naplňování těchto potřeb bude přístupováno až po naplnění potřeb důležitějších pro přežití jedince. To však neznamená, že na ně můžeme zapomenout. O jejich důležitosti vypovídají tyto charakteristiky:

Maslowovy teze o vyšších potřebách [Trachtová 2004, s. 16]

1. Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm fylogenetického vývoje.
2. Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm ontogenetického vývoje.
3. Čím vyšší potřeba, tím méně je důležitá pro pouhé přežití, tím déle může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se potřeba trvale ztrácí.
4. Žití na úrovni vyšších potřeb vede k větší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepšímu spánku, chuti k jídlu.
5. Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé.
6. Uspokojení vyšších potřeb vede k žádoucnějším subjektivním výsledkům, tj. hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života.
7. Sledování a uspokojování vyšších potřeb současně znamená všeobecnou tendenci ke zdraví, tedy tendenci směřující dál od psychopatologie.
8. Vyšší potřeby musí mít při svém vzniku splněno více předběžných podmínek.
9. Vznik vyšších potřeb vyžaduje příznivější vnější podmínky.
10. Ti, u nichž došlo k uspokojení obou druhů potřeb, cení si obvykle vyšších potřeb víc než nižších.
11. Čím vyšší je úroveň potřeby, tím širší je okruh identifikace láskou, tj. tím vyšší je počet lidí s láskou se identifikujících.
12. Sledování a uspokojování vyšších potřeb má žádoucí občanské a společenské důsledky.
13. Uspokojování vyšších potřeb má k seberealizaci blíže než uspokojování potřeb nižších.
14. Sledování a uspokojování vyšších potřeb vede k větší, silnější a opravdovější individualitě.
15. Čím vyšší je úroveň potřeb, tím svobodnější a účinnější může být psychoterapie, na úrovni nižších potřeb je stěží platná.
16. Nižší potřeby jsou mnohem lokalizovanější, hmatatelnější a omezenější než potřeby vyšší.

1.1.2 Spiritualita a spirituální potřeby

Spiritualita je lidská potřeba najít odpovědi na otázky týkající se smyslu života. Potřeba lidského druhu, která se nemění. Člověk je neustále puzen klást si otázky týkající se smyslu jeho bytí a hledat na ně odpovědi. Spiritualita nemusí nutně souviset s příslušností k nějaké církvi.

Pojem spirituální péče o nemocné v nás nejčastěji vzbudí představu katolického duchovního, který přichází na nemocniční oddělení požehnat svým ovečkám. Ti informovanější si možná představí pastoračního pracovníka, připraveného pracovat v sociálních službách nebo charitě. Spiritualita se však zdaleka netýká jen věřících lidí. Je dědictvím každého člověka. Otázky, které nám naše mysl předkládá se týkají tajemství smyslu života a smrti, smyslu lidské existence, smyslu utrpení. Toužíme po naději, hledáme vztah k něčemu, co nás přesahuje.

Podle Marie Svatošové panuje v naší společnosti vžitý názor, že v případě uspokojování duchovních potřeb jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Možná je to spíš naopak. Věřící člověk své duchovní potřeby má, obvykle ale ví, jak je naplnit. Nevěřící člověk je v obtížnější situaci. V krizových situacích svého života bývá kontaktován otázkami po smyslu vlastního života. Z nenaplněné potřeby smysluplnosti pak může vzniknout stav duchovní nouze. [Svatošová, 2003]

Spiritualita může být spojena s určitou formulací vyznání a mohou k ní patřit bohoslužby a duchovní úkony jako je například modlitba, půst apod. Spirituální potřeba však zdaleka není pouze vírou v Boha, ať si už pod slovem Bůh představujeme cokoli. Víra je pouze jednou z demonstrací duchovní potřeby, která dostala určité obrysy. Chceme-li posloužit věřícímu člověku, je důležité pomoci mu dodržovat osobní zásady spojující ho s jeho vírou. U křesťana je to například možnost návštěvy bohoslužeb, četba Bible, možnost v klidu se modlit, návštěva faráře apod. S příslušníky jiných církví a vyznavači jiných náboženství se samozřejmě budou atributy víry měnit.

Česká republika se, pokud se jedná o víru v Boha, jeví jako velmi skeptická. Mnoho lidí má však svou vlastní víru, skrze kterou přistupuje ke svému okolí. Jejich víra je souhrnem jakýchsi etických pravidel, víry ve spravedlnost, lásku, věčnost, posmrtný život apod. Společným jmenovatelem tohoto hledání je pátrání po smyslu života. Velmi úzce souvisí s hledáním vlastní identity a na tomto základě jsou budovány vlastní mezilidské vztahy. Proto by také duchovní dimenze lidské osobnosti nikdy neměla být dogmatizována. Je-li má víra pro mne samého definitivní a neměnná, neznamená to, že druzí jsou na tom stejně.

Jaro Křivohlavý duchovní potřeby blíže specifikuje:

- Potřeba nadhledu – transcendence. Člověku nestačí vnímat pouze hmatatelný svět, který ho obklopuje. Uvědomujeme si existenci něčeho, co nás přesahuje a co nemůžeme nikdy plně pochopit.
- Potřeba krásy, pravdy a spravedlnosti

- Potřeba tajemství (mysteria). Tato potřeba nás upozorňuje na skutečnost, že neexistujeme pouze v rámci světa, který je možno změřit a ověřit. Stále narážíme na situace a jevy, které pro nás zůstávají tajemstvím. [Křivohlavý, 2000]

1.2 Náboženství (religio)

Náboženství je konkrétní označení pro náboženský systém. Vymezení pojmu náboženství je velice komplikované. Různí badatelé, filosofové i teologové ho totiž chápou a popisují rozdílně. Z tohoto důvodu je lepší posuzovat každé náboženství samo o sobě, protože každé má svou vlastní historii a původ vzniku. Náboženství podléhá vývoji, rozvíjí se jako odpověď na potřeby společnosti. Jakmile přestane vyhovovat a uspokojovat potřeby lidí, náboženství zahyne a mizí. Každopádně naznačuje vztah člověka k nějakému bohu nebo božstvu. [Říčan, 2002]

Co je to vlastně náboženství? [Heller 2004, s. 17,18]

Kant: Náboženství je uvědomění si mravního zákona (kategorického imperativu) jakožto příkazu božského.

Hegel: Náboženství je vědomost konečného ducha o své podstatě jako ducha absolutního.

Schleimacher: Náboženství je bezprostřední vědomí o všeobecném bytování všeho konečného v nekonečnu, všeho časového ve věčnosti.

Fichte: Náboženství je poznání; objasňuje člověka sobě samému, odpovídá na nejvyšší otázky, které vůbec mohou být vzneseny, a přináší tak člověku dokonalou jednotu se sebou samým a skutečné posvěcení myslí.

Spencer: Náboženství každé doby a každého národa jest dosti přesným výrazem pravdy, jak ji tehdy a tam bylo možné lidem chápat.

Marx: Náboženská bída je výrazem skutečné bídy...Náboženství je vzdech sevřeného stvoření, projev bezcitného světa...Je opiem lidu. Zrušení náboženství jako iluzorního štěstí lidu je požadavkem jeho skutečného štěstí.

Šrí Aurobindo: Náboženství je cesta k Bohu. Cesta není dům.

Menshing: Náboženství definujeme jako zážitek setkání se svatou skutečností a jako jednání, kterým na ně odpovídá člověk, jenž je tímto zážitkem svatosti bytostně určen.

Barth: Skutečnost náboženství je zděšení člověka před sebou samým.

Mluvíme-li o spiritualitě lidského druhu zjistíme, že v popředí stojí vztah člověka k bohu. Nelze zaměňovat za vztah boha k člověku, to už narážíme na biblickou zvěst a konkrétní náboženství. Pojem člověk je zástupný a může být zastoupen pojmy jako společnost, společenství, bratrstvo atd. Také slovo bůh lze nahradit termíny jako síla, řád, zákon apod. Mnoho lidí by při popisování svých duchovních zkušeností slovo bůh nikdy nepoužilo. Obecně jde o vztah k něčemu, co nás přesahuje a na čem jsme závislí, něco, co v našem životě roli "boha" zastává.

Karl Barth ve svém Uvedení do evangelické teologie říká: "Pojmem 'Bůh' se rozumí leccos. A tak jsou rozličné 'teologie'. Není člověka, aby neměl – vědomě, nevědomky nebo polovědomě – svého boha nebo své bohy jako předmět své nejvyšší tužby a důvěry, jako základ poplatnosti a závaznosti, a tím nebyl zároveň teologem. A není náboženství, a ani filosofie, ani světového názoru, který by nebyl nějakému tak či onak interpretovanému bůžku nakloněn, a tak nebyl v posledku zároveň i určitou teologií. To platí nejen tam, kde se nějaké božstvo uznává, ale i tam, kde se popírá, což prakticky znamená, že se redukuje na přírodu, rozum, pokrok, pokrokově myslícího a jednajícího člověka nebo třeba i vykupující 'Nic' - zkrátka na jakýkoliv princip. V tomto smyslu jsou teologiemi také zdánlivě ateistické systémy. Jedno mají všechny společné: každá o sobě tvrdí, že je ta pravá." [Heller 2004, s. 19]

Heller vychází ze dvou různých předpokladů. Buď je pro mne bůh skutečný a pak je skutečný i vztah, nebo je pro mne pouhou iluzí, projekcí lidského nitra, pocitů nebo představ a potom je iluzí i vztah k bohu.

1.2.1 Teorie vzniku náboženství

Otázka vzniku náboženství je dnes většinou ponechávána k řešení filosofům náboženství. My však nechceme pouze fakta a třídění náboženských skupin, ale přáli bychom si hlubší pochopení lidského nitra a proto musíme zaujmout určité stanovisko.

1.2.2 Předkritické pojetí

Evropská kulturní tradice je postavena na křesťanství. Obyvatelům Evropy velmi dlouho stačil křesťanský světonázor, který se srozumitelně vyrovnává s otázkami stvoření člověka, hříchem, smrtí, milostí, odpuštěním i Boží existencí. Z tohoto pohledu jsou všechna jiná náboženství kromě křesťanství projevem odvrácení se od správné cesty k Bohu. Až do 18. století byl tento světonázor jen velmi málo podrobován kritice. 18. století s sebou přineslo osvícenství a léta vyznávaný názor se začal měnit.

Filosofové se vraceli k obrazu "zlatého věku", tak jak jej popisuje Ovidius. Ještě později se objevila teorie o živočišném původu člověka. Lidé se seznamovali i s jinými druhy náboženství než je křesťanství a z něho odvoditelný islám a judaismus. Na náboženství se začalo pohlížet jako na jev, který podléhá vývoji stejně jako lidstvo samo.

1.2.3 Evoluční hypotéza

Je reakcí na předchozí nekritické pojetí. V 19. století se rozšířila a své zastánce má až dodnes. Cílem evoluční hypotézy je co nejpřesnější vědecký popis myšlenek, které se staly základem náboženství. Tezí je celá řada a badatelé se podle Hellera "sice neshodovali v tom, z čeho náboženství vzniklo a jaká byla jeho nejstarší podoba, souhlasili však s pohledem, který klasicky formuloval francouzský pozitivismus: Náboženství je pozůstatek primitivního předvědeckého období lidského vývoje, pozůstatek, který je už nyní mezi vzdělanci překonán a časem bude překonán a odstraněn i v celém lidstvu." [Heller 2004, s. 22]

Přes své nedostatky má evoluční hypotéza pravdu v jedné věci – náboženství podléhá vývoji a během času se mění.

1.2.4 Degenerativní hypotéza

Katolický badatel Wilhelm Schmidt se v degenerativní hypotéze snaží oživit původní pojetí biblického Boha. Poukazuje na rozdíl mezi vírou v Nejvyššího Boha a vírou v animistické bůžky. Jeho teorie hodnotí jiná náboženství jako odklon od původní dokonalé myšlenky, kdy na počátku všeho člověk Boha znal a byl s ním v osobním, důvěrném kontaktu a teprve lidský hřích tento vztah narušil. Podle očekávání měla tato teorie největší ohlas mezi katolickými bohoslovci, ale zdaleka ne všichni zastánci křesťanství se za Schmidta postavili. Tato teorie má totiž dogmatický základ a objektivně ji není možné prokázat.

1.2.5 Responzivní hypotéza

(podle Hellera)

Snažíme-li se pochopit podstatu lidské potřeby náboženství, neměli bychom se omezovat na pouhé vysvětlení slova bůh. Rozmanitost náboženství kolem nás potvrzuje, jak nejednoznačně se toto slovo dá vyložit a především pochopit. Některá náboženství nebo lidské společnosti slovo bůh vůbec neznají nebo ho dokonce odmítají používat (např. buddhismus, klasický taoismus) .

Pramenem poznání potřeby náboženství je člověk. Proč vlastně vytváří náboženství? K čemu mu slouží?

"Člověk je svírán otázkou po smyslu, kterou mu klade sama vlastní existence, jakmile ji začne reflektovat. Je to otázka neunesitelná, člověk touží po odpovědi, jež by mu poskytla sebezpotvrzení. Když odpověď nenalézá, tvoří si ty, jimž ji může vložit do úst, a to takovou, jakou si žádá. Responzivní hypotéza (z lat. respondeo,-ere – odpovídat) vidí tedy původ náboženství v odpovědi na otázku po poslední pravdě, smyslu a ceně našeho života." [Heller 2004, s. 24, 25]

Ale proč člověk tak důrazně vyžaduje na tyto své otázky odpověď? Kromě člověka po takovýchto odpovědích žádný jiný tvor přeci nepátrá. Odpovědí je specificky lidské vědomí. "Člověk je bytost, která ví o své konečnosti a tak je sama sobě problémem." [Heller 2004, s.25]

Člověk je schopen sám svoji existenci vnímat v časovém kontextu, má své vzpomínky a přání a chápe, že jednou zemře. Neodbytně se vtírá myšlenka o smyslu života, o jeho cíli a je na každém, bude-li před ní utíkat nebo pokusí-li se na ni najít odpověď.

Lidé samozřejmě našli recepty na to, jak žít bez těchto otázek . Jednou z cest je například existencialismus. Jeho představitelé se domnívají, že existence předchází podstatu. Důraz je kladen na aktivní činnost vyvíjenou vůči budoucnosti. Z toho pramení popření Boha i křesťanských hodnot. Od otázek o smyslu lze odbočit i velmi nesnadnou cestou a odpovědi vytvářet svou aktivitou a silou vydanou do služeb lidstva.

1.2.6 Religionistika

Religionistika je vědní obor, srovnávající různá náboženství [Petráčková, 2000]

Pokud dojdeme k přesvědčení, že bůh je skutečný a vztah reálný, mluvíme o tzv. *náboženské religionistice*. V tomto případě lze vysledovat projevy božské síly.

V opačném případě sledujeme proces jak a proč si člověk nebo lidé onu iluzi boha vytvářejí. Zde mluvíme o *religionistice nenáboženské nebo dokonce protináboženské*.

"Křesťanská odpověď říká: bohy tvoří člověk sevřený otázkou po smyslu bytí a tušící, že není sám poslední skutečností [Bible (1985), Sk 17, 23]. Sami ze sebe a sami v sobě bozi (na rozdíl od Boha) neexistují. Ale jsou-li jednou vytvořeni, získávají silou fascinace nad svými tvůrci a ctiteli takovou moc, že vztah k nim není pouhá iluze, nýbrž trpká realita, jako je realitou lidský hřích, schopný člověka ovládnout a zničit. Proto je z jejich moci třeba vysvobození.

Kdyby bohové byli skuteční, byli bychom v bájesloví. Přesněji řečeno: To, co lidé uctívají jako bohy, ať slunce či měsíc, mravní zákon nebo rozkoš, samozřejmě existuje. Ale není to poslední skutečnost a poslední pravda, nejsou to bozi. Jejich nárok být bohy je nepravdivý, falešný. Kdyby vztah k bohům byl neskutečný, stačilo by odstranit nesnáze, z nichž tito "bozi" projekcí vznikají. Zkušenost však ukazuje, že člověk si i potom najde něco jiného z čeho si začne vytvářet bohy nové. Kalvín říká velmi přesně, že člověk je továrna na modly, stále v chodu. Má-li být člověk šťasten, potřebuje někomu nebo něčemu patřit, nebýt ztracen v nesmyslném osamění. To, čemu patří, je jeho bůh. Tak svůj vztah k "bohu" činí skutečným, protože jej hluboce potřebuje. A tak vzniká náboženství." [Heller 2004, s. 20]

1.2.7 Zaujímání náboženských postojů

Je na každém z nás, abychom k těmto otázkám zaujali vlastní stanovisko. Často (v naší české společnosti velmi často) kolem sebe vidíme lidské bytosti jít cestou nejsnazší a to je pryč od otázek. Každý touto cestou může jít různě dlouho, někdo od těchto myšlenek utíká jen na chvíli, někdo v tomto nevědomí tráví dlouhou dobu. Asi nikdo ale nedokáže stanovit, zda-li je člověk v tomto stavu schopen zůstat nastálo. Paradoxně může dojít k situaci, kdy se nám naše vlastní nevědomost stane určitým náboženstvím. Fakt, že za hranice lidského života stejně nedohlédneme, nás může osvobodit od hledání odpovědí a může se stát i vykoupením.

Kdo se však vydá cestou otázek, ocitá se v náboženské oblasti a nezbyvá mu než hledat.

1.2.8 Je možné náboženství překonat?

Jak už bylo dříve řečeno, náboženství se neustále vyvíjejí, rodí se, prosperují, rostou, umírají a také se ztrácí. Představitelé některých myšlenkových proudů si zničení náboženství dali jako úkol. Přestože některá náboženství zmizela a některá byla překonána, stále zůstává lidská potřeba ptát se a hledat odpovědi. Není-li překonána lidská náboženská potřeba, bude pouze jedno náboženství nahrazeno jiným.

Do této kapitoly patří také otázka náboženské snášlivosti. Podle Hellera má tři roviny:

1. "Vyšší pravda neexistuje – "snášlivost" je pak sice dalekosáhlá, ale vlastně jen zdánlivá. Ve skutečnosti jde o lhostejnost, která je příznačná pro útěk do subreligiózní roviny.

2. Vyšší pravda existuje a je totožná s mým nebo naším názorem, my jsme její vlastníci – z toho ovšem vyplývá nesnášenlivost, ať větší nebo menší, třeba tlumená mocensko-taktickými ohledy.
3. Vyšší pravda existuje, ale my ji nemáme, ona má nás. Pravdu poznáváme i zastáváme vždy nedokonale. Proto způsob, jakým ji vidíme my sami, nesmíme druhým vnucovat. Můžeme se jen snažit vystavit je působení Pravdy samé, která jediná a ze své iniciativy může je i nás přivést k hlubšímu poznání. Takové pojetí není ani lhostejné, ani násilné, nýbrž chce dbát – u sebe i u ostatních – toho, k čemu nás Pravda sama volá a zavazuje. To je počátek pravé, nelhostejné nesnášenlivosti." [Heller 2004, s. 29]

1.3 Historie církevního ošetřovatelství v Čechách [Kafková, 1992]

Počátky ošetřovatelství

Je velice zajímavé, že právě české zdravotnictví, které se duchovní péčí zaobírá jen velmi okrajově, má hluboké křesťanské kořeny. Už v 10. stol byl v místě dnešního Staroměstského náměstí postaven špitál. Špitály byly většinou spojeny s nějakou kaplí, klášterem nebo kostelem. Opatrovnictvím se zabývaly ženské a mužské řády. Významnou osobností této doby je Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava I. Pod jejím vedením vzniklo v Praze několik klášterů. Založila klášter klarisek a chudobinec křížovníků. Byla to také ona, kdo vytvořil pravidla pro péči o chudé a nemocné. Anežka Přemyslovna je pokládána za zakladatelku českého ošetřovatelství a později byla také svatořečena. [Staňková, 2003]

Ženy, které nemocné a chudé opatrovaly, byly motivovány především křesťanskou vírou. Tato činnost byla vnímána jako bohulibá věc a služba Bohu. Pro bohaté obyvatele bylo zase dobrým skutkem financování takovýchto aktivit. Péče o chudé a nemocné a s tím spojené jakési sebeobětování bylo výrazem dobrého života bohabojného křesťana a biblické principy k tomu přímo vyzývaly. Víra v Boha a ošetřování potřebných bylo přímo propojeno.

Příslušnice církevních řádů začaly docházet za nemocnými domů a ošetřovaly je i mimo špitály. Bohužel Tridentský koncil r. 1545 ukončil tuto činnost. Zde je patrné, že křesťanská motivace pomáhat a snaha církve tuto činnost usměrňovat mohou jít paradoxně výrazně proti sobě. Tato doba je také poznamenána protesty proti úpadku mravů v církvi a proti její moci.

Ošetřovatelskou práci začínají vykonávat vedle příslušníků církevních řádů také civilní osoby.

Období po třicetileté válce

Třicetiletá válka (1618 – 1648) měla na svědomí rapidní zhoršení kvality života obyvatel. Zaniklo také mnoho špitálů. Období panování Marie Terezie (1717 – 1780) a jejího syna Josefa vneslo do ošetřovatelství pokrok. Obyvatelstvo sužované epidemiemi a špatnými hygienickými podmínkami se dočkalo reforem. Nový zdravotní řád stanovil, že všichni zdravotnický personál bude podléhat předsedovi zdravotní říšské komise. Mnoho změn k lepšímu v oblasti ošetřování nemocných přineslo období Krymské války. Devatenácté století je poznamenáno činností Florence Nightingale – zakladatelky ošetřovatelství (1820 – 1910). Nightingale díky svým zkušenostem v ošetřování nemocných, na tehdejší dobu zcela novátorsky, kladla důraz na čistý vzduch, čistou vodu, kvalitní kanalizaci, osobní čistotu a světlo. [Archalousová, 2003]

Vznik profesionálního ošetřovatelství

I v českých zemích se dějí změny. Roku 1862 je založen Spolek lékařů českých a jeho předsedou je J. E. Purkyně. Roku 1874 byla v Praze otevřena první česká ošetřovatelská škola, toho času jediná v Rakousku. Byl také vypracován řád služby ošetřovatelské a to výborem Ženského výrobního spolku, jehož hlavním cílem byla výchova žen, k nějakému povolání. Roku 1904 byl založen Spolek pro povznesení stavu ošetřovatelek nemocných, jenž své poslání naplňoval pořádáním teoretických kurzů. Později zemská vláda vydala zákon, který zaručoval, že výuka ošetřovatelství bude probíhat ve dvouletých ošetřovatelských školách zřizovaných při nemocnicích. To zajišťovalo vedle teoretické také praktickou výuku budoucích ošetřovatelek. Roku 1916 byla v Praze otevřena ošetřovatelská škola a současně s ní vznikla i německá škola pro ošetřování nemocných. S budoucími diplomovanými sestrami se počítalo nejenom pro nemocniční práci, ale i pro sociální službu. Několik století přineslo obrat, ošetřování nemocných se zlepšilo, stalo se doménou vzdělaných profesionálů a významně se začalo oddělovat od církve. Přesto v českých nemocnicích pracovaly především řeholní sestry ošetřovatelky. Církevní pracovníci jedné nemocnice byli zpravidla také členy jednoho řeholního řádu. Vedle katolických řeholních sester tu byly také diakonky, členky České diakonie církve evangelické. České a německé diplomované sestry byly početně ve výrazné menšině. Sestry řeholních řádů spadaly do kompetence své matky představené, lékař je nemohl usměrňovat ani propustit. Pod jeho pravomocí byli pouze civilní zdravotníci.

Ve 30. letech se zdravotnictví snažilo soustředit na poradenskou péči. Roku 1927 zahájil svou činnost sociální ústav ve Zlíně, který zaměstnancům Baťovy továrny poskytoval ambulantní ošetření a vyšetřování zaměstnanců. Ústav vykonával také preventivní činnost a pracoval v rámci Baťovy nemocnice. Tato nemocnice byla svého času jedinou, která zaměstnávala pouze civilní sestry.

Období druhé světové války znamenalo rapidní nárůst práce a setkala se tak s nedostatkem pracovních ošetřovatelských sil. Organizace Červeného kříže vyvíjela velké úsilí ve snaze opatřit si ošetřovatele z řad dobrovolníků. Řádové ošetřovatelství mělo stále silnou pozici, řádové školy vyučovaly i civilní ošetřovatelky.

Období sekularizace ošetřovatelství

Po válce se počet ošetřovatelských škol řeholních a civilních pomalu začal měnit ve prospěch škol civilních. Ošetřovatelé z řad řeholních řádů v roce 1947 stále podléhaly svým kongregacím. Zlom do této situace přinesl až rok 1948, kdy v září vešlo v platnost vládní nařízení o Ústavech národního zdraví a podřídilo všechny složky zdravotnické péče ústavům národního zdraví. Politické řešení církevní otázky výrazně zasáhlo i oblast zdravotnictví. Bylo rozhodnuto, že řeholní sestry budou postupně nahrazeny sestrami civilními. Pro řeholní sestry to byla náročná doba a stávalo se, i když ojediněle, že opustily svůj řád a staly se civilními sestrami, aby mohly vykonávat svou milovanou práci. Některé řeholnice mohly pracovat v domovech důchodců nebo v ústavech pro postižené děti. Nastala doba sekularizace české společnosti, jejíž důsledky pociťujeme dodnes a které se v současné době začínají opět řešit. Na několika místech v České republice (např. Nemocnice sv. Karla Boromejského v Praze) znovu začínají pracovat řeholní sestry po boku civilního zdravotnického personálu.

Roku 1995 byl v Čechách otevřen první hospic a hospicové hnutí se u nás začíná rozvíjet. Duchovní potřeby často vystupují do popředí právě v terminálním období života. [Langmeier, Krejčířová, 2000]. Právě hospicové hnutí, začíná u pacientů naplňovat vedle ostatních potřeb také potřeby duchovní.

1.4 Spirituální péče v praxi

1.4.1 Aktuální stav spirituality v české společnosti

Jedním z původních záměrů této práce bylo zaměřit výzkum na typicky českého představitele společnosti. Češi jsou v kontextu evropské komunity v duchovním ohledu vnímáni jako velmi skeptičtí. Tento skepticismus platí však pouze v případě, že zde

pojmem duchovní ztotožňujeme s pojmem křesťanský. Rozšíříme-li však tento pojem i na oblasti, které bychom mohli všeobecně nazvat nadpřirozené, nadpozemské nebo lidskými smysli nepostihnutelné, zjistíme, že český člověk duchovní rovinu nepostrádá. Při sčítání lidu v roce 2001 statistiky potvrdily, že tři nejpočetnější církve (Římskokatolická církev, Českobratrská církev evangelická a Církev československá husitská) zaznamenávají úbytek svých členů řádově v desítkách procent. Malé náboženské společnosti početně mírně rostou. Daleko nejvyšší byl však při tomto sčítání zaznamenán přírůstek lidí u položky "ostatní" a to dvaapůlkrát vyšší.[Vojtíšek, 2004] Dá se předpokládat, že tito lidé sympatizují s netradičními náboženstvími. Bereme-li tyto skutečnosti v úvahu, je zřejmé, že pokud chceme být objektivní, nelze pojem duchovní ztotožňovat s pojmem křesťanský.

Nicméně je to právě křesťanský přístup, který duchovní potřeby člověka pojmenovává a konkretizuje. Pokud chceme být srozumitelní a uvádět v této práci skutečnosti z praxe, musíme sáhnout pro příklady do křesťanské církve. Křesťanská církev duchovní potřeby člověka vidí a snaží se je různými způsoby naplňovat. Křesťanské školy vychovávají pastorační pracovníky, kteří se připravují na zvládání duchovních zápasů lidí podobně, jako se psycholog připravuje na zvládání krizí psychických. Tato pastorační péče se v naprosté většině případů zaměřuje na křesťany. Také směr, jakým se pastorační pracovník ubírá je jednoznačný. Pastorační pracovník svého klienta vede k víře a poslušnosti ke křesťanskému Bohu. Celý proces uzdravování spočívá nejen ve snaze klienta duchovně se uzdravit, ale hlavně v boží aktivní intervenci. Tato víra je oboustranný vztah Boha a člověka.

V rámci tohoto výzkumu tedy nemůžeme zůstat důsledně nestranní a zabývat se pouze všeobecnou rovinou spirituality. Křesťanská věrouka přenesla duchovní potřeby lidí do praxe a pracuje s nimi. Proto se jí můžeme nechat inspirovat a čerpat z ní.

Myšlenka propojení odborné sesterské péče s péčí duchovní nemá v Čechách tradici nebo, lépe řečeno, důsledně ateistické období komunistické vlády tuto tradici přerušilo tak, že na ni lze jen těžko navazovat. Navíc se české sestry v současné době nechávají inspirovat spíše zkušenostmi svých kolegyně z vyspělých západních zemí než vlastní historií. Pokud jde o literaturu zaměřenou na téma naplňování duchovních potřeb pacientů, zcela jistě můžeme sestrám, například z Anglie nebo USA buď závidět, nebo se od nich učit.

Jedna taková kniha [Shelly, 2000] se stala základem pro další část této práce, zaměřenou na praktické naplňování duchovních potřeb pacientů. Tato kniha byla

napsána ve Spojených státech amerických a nemluví proto zcela přesně do situace v České republice. Může se nám však stát velmi dobrým zdrojem informací a zkušeností.

1.4.2 Potřeba spirituální péče

V USA se vyvíjí nové odvětví práce sestry. Tato nová sesterská funkce se nazývá "parish nurse," což by se dalo přeložit jako farní nebo církevní sestra. Tato nová rovina ošetrovatelské péče je odpovědí na duchovní potřeby lidí, což si zdravotníci stále lépe uvědomují. Navíc se ukazuje, že principy duchovní péče skutečně fungují. Pacienti, o které je po duchovní stránce postaráno se rychleji uzdravují a tváří v tvář smrti nacházejí mír.

Další okolnost, která dochází změny, je systém zdravotnické péče. Zatímco dříve pacienti v nemocnici trávili více času a sestry se jim mohly dostatečně věnovat, nyní je moderním trendem zkracovat čas strávený v nemocnici na minimum a sestry tak své pacienty skoro neznají. Péči o pacienty přebírají specialisté. Každý z nich vykoná svou specifickou činnost a odejde. Pacient zůstává sám, bez pečovatele, který by ho dobře znal a komplexně se mu věnoval. Tento fakt netraumatizuje pouze pacienta. Další obětí tohoto systému je právě zdravotník. Ošetrovatelé vidí, že pacienti nedostávají dobrou celostní péči a správně se ptají po pravém smyslu své profese.

Probíhají výzkumy, které zkoumají účinky modlitby, víry nebo vliv příslušnosti k nějakému náboženství na úmrtnost. Výsledky těchto výzkumů poutají pozornost všech – pečovatelů, lékařů, duchovenstva i laiků.

Chikagský pastor Granger Westberg přišel s nápadem, že by se v církvích mohla poskytovat komplexní zdravotnická péče, která by se soustředila především na péči duchovní. Tato myšlenka se později rozvinula v hnutí sester. [Shelly, 2000]

Zde narážíme na další potřebu společnosti a tou je snaha definovat, co to vlastně výraz "duchovní" nebo "spirituální" znamená. Že se situace v USA se vyvíjí podobně jako v České republice potvrzují následné odpovědi. Zatímco v 70. letech lidé na otázku své duchovní orientace odpovídali v křesťanských termínech, v současné době spiritualita rozšířila své obzory na různá náboženství a náboženská hnutí a často je dokonce interpretována jako něco, co se svou podstatou liší od náboženství, jako obsah od formy. Náboženství je vnímáno jako strnulé a omezené, zatímco spiritualita se jeví kreativní a svobodomyšlná. Mezi náboženstvím a spiritualitou navíc není jasně zjevná přesná hranice. Do popředí vystupuje snaha lidí, kteří se snaží vlastními silami naplnit své duchovní potřeby. Tato filosofie se velmi liší od křesťanství, které má naopak

tendence na vlastní sílu příliš nespolehat a veškerou moc přiznává Bohu. Viděno očima křesťanské víry, všichni lidé bez rozdílu mají stejné duchovní potřeby, které je schopen naplnit Ježíš Kristus. Je zřejmé, že v dnešní multikulturní a multinázorové společnosti není možné tyto myšlenky dogmaticky kázat. Křesťané se proto snaží s lidmi, kteří jsou jiného vyznání nebo bez vyznání, citlivě sdílet alespoň naději, kterou mají a spolehat na sílu Ducha svatého, která samostatně pracuje.

Křesťanská víra vnímá většinu jiných než křesťanských duchovních zážitků jako okultismus: např. víru v jin a jang, jógu, trasascendentální meditaci, vykládání karet, věštění z hvězd, mluvení s anděly nebo mrtvými a jiné známé techniky, které západní člověk vnímá jako normální a neškodné nebo zábavné. Vyznávání těchto okultních hodnot vede, podle křesťanské věrouky, k poškozování duchovního zdraví člověka.

Bůh nás stvořil jako bytosti duchovní, proto člověk hledá smysl v něčem, co ho přesahuje, hledá vztah s Bohem, se svým Stvořitelem a nenalezne pokoj, dokud v tomto vztahu nespočine. To je základní duchovní potřeba a zdroj našeho neklidu. [Bible (1985), Sk 17, 26nn.]

Snaha nebýt nábožensky upjatý a rigidní s sebou přináší jeden důsledek. Spiritualita se otevírá všemu a nic neodsuzuje. Cokoli, co slibuje úlevu v nemoci, může být bez váhání použito v péči o nemocné. Absolutní pravda neexistuje.

Zajímavé je, že Bible o spiritualitě nemluví. Soustředí se spíše na vztah mezi Bohem a člověkem, kde člověk dostává možnost svobodné volby. Buď přijme Boží požadavky a vybere si vztah s Bohem nebo se od něj odvrátí k jiným duchovním mocnostem. Ve druhém případě je člověk varován před důsledky takové volby. Snaha křesťanů je proto zjevná – pomoci lidem osobně zakusit vztah s Bohem a nabídnout možnost se pro něj svobodně rozhodnout.

1.4.3 Vztah zdraví a spirituality

Výzkumy dokazují, že náboženství má na zdraví člověka kladný vliv. Je dokázáno, že lidé, kteří pravidelně navštěvují bohoslužby žijí déle, méně často umírají na aterosklerózu, emfyzém, cirhózu, mají nižší diastolický tlak, méně často páchají sebevraždy a když onemocní, jejich rekonvalescence je kratší. Těší se také lepšímu duševnímu zdraví a mají stabilnější manželství. Je také prokázáno, že modlitba skutečně funguje. [Shelly, 2000]

Biblicky je pojem zdraví vnímán velice široce a holisticky. Důraz je kladen mnohem spíše na zdravé vztahy, než na absenci konkrétní nemoci. Výraz zdraví je

hluboce propojen s hebrejským výrazem shalom, který je často překládán jako mír. Tento mír je přítomen v komunitě věřících lidí, kde Bůh stojí v jejich středu. Tato komunita navzájem spolupracuje a její členové se o sebe navzájem starají fyzicky, emocionálně, duchovně, sociálně i ekonomicky. (Srovnání s moderními myšlenkami holismu se zjevně nabízí.) Dalším frekventovaným slovem v Bibli je spravedlnost. Té je možné dosáhnout pouze věrným vztahem s Bohem. Spravedlivý život vede k míru (shalom) a výsledkem je radost a rozkvět.

Jestliže se tedy nemocný modlí za své uzdravení a není uzdraven, neznamena to, že Bůh nevyslyšel jeho modlitby. Pouze na ně odpovídá po svém. Výsledkem pak nemusí být absence nemoci, ale shalom, který nemocný přijímá. Hledáme-li vztah mezi spiritualitou a nemocí, hledáme a zároveň se snažíme pochopit souvislost mezi utrpením a nadějí. [Mašát, 2006]

Jiným cílem křesťanského života je spasení. Řecké slovo sōzō v překladu znamená jak spasení, tak zdraví. Pro ilustraci je tu příběh z Bible: když ochrnutý muž prosil Ježíše o uzdravení, Ježíš mu napřed odpustil jeho hříchy. Teprve když jeho protivníci zpochybňovali Ježíšovu moc odpouštět lidem jejich hříchy, tak na důkaz své moci uzdravil i fyzickou nemoc ochrnutého [Bible (1985), Mt 9.] Ochrnutý dostal víc než jen uzdravení svého postižení, obdržel také spasení.

Podle Marie Svatošové se na období nemoci můžeme podívat ještě z jiného úhlu. "Je-li tato příležitost správně pochopena a zúročena, může být nemoc tím nejplodnějším a nejcennějším úsekem života." [Svatošová 2003, s.38] Je to výzva pro nemocného i pro celou jeho rodinu. Vážná nemoc zamíchá životními hodnotami, zjišťujeme, co je opravdu důležité. S příchodem nemoci z lidského života nezmizí jeho smysl. Pořád zůstává schopnost milovat, radovat se z krásy přírody nebo z uměleckého díla.

I těžce nemocný člověk může vytvářet hodnoty. Marie Svatošová je rozděluje na tři skupiny

- Hodnoty tvůrčí představují především práci, nemoc je může velmi omezit.
- Hodnoty prožitkové nám nemůže vzít nikdo kromě nás samých. Patří sem láska, schopnost radovat se z krásy světa, hudby, umění. Zůstávají v nás. Je na nás, jak s nimi naložíme.
- Hodnoty postojové patří do kategorie nejvyššího řádu. Pokud se člověk octne v situaci, kdy už sám nemůže vůbec nic udělat, čelí např. neodvratitelně se blížící smrti, je zcela svobodně na něm, jaký postoj zaujme. [Svatošová, 2003]

1.4.4 Křesťanská definice duchovních potřeb [Shelly, 2000]

Křesťanská věrouka vnímá hlavní duchovní potřebu člověka jako potřebu být ve správném vztahu s Bohem. Všichni lidé pak zakoušejí tyto další duchovní potřeby:

1. Milovat a být milován
2. Zakusit odpuštění a moci pak odpustit ostatním
3. Najít smysl a cíl v životě a naději do budoucnosti

Tyto potřeby může uspokojit pouze Bůh a následně mohou být přenášeny také do mezilidských vztahů. Pokud sestra mapuje spirituální potřeby u svého pacienta, měla by tyto tři body mít neustále na mysli po dobu, kdy s pacientem hovoří.

1.4.5 Mapování duchovních potřeb pacienta

1. Pozorování

Sestra by si měla všimnout prostředí, které pacienta obklopuje a to jak doma, tak v nemocnici. Všimnout si, jaké pořady sleduje v televizi, jaké knihy nebo časopisy čte, jakými fotografiemi nebo obrázky se obklopil. Uvědomit si, jaký dojem na ni pacient udělal a proč. Vnímání jeho postoje a nálady. Je rozhněvaný nebo depresivní, vypadá úzkostně nebo se zdá, že je osamělý? Neplatí pravidlo, že každý emoční problém je způsoben problémem v duchovní oblasti, ale také to není vyloučeno.

Jedním z nejdůležitějších předpokladů zdravotní sestry, která chce naplňovat duchovní potřeby pacienta je schopnost naslouchat. Hodně o situaci pacienta vypovídají také vnitřní rodinné vztahy. Má nemocný návštěvy? Zajímají se příbuzní o jeho stav, spolupracují, navrhnou řešení, ptají se nemocného na názor?

2. Vyhodnocení

Nyní je nutné získané informace vyhodnotit, protože zdání může klamat. K tomu je nejvhodnější citlivě vedený rozhovor, kdy na pacienta nebudeme naléhat, ani ho uvádět do rozpaků všetečnými otázkami. Pokud se pacient má se svými bolestmi a potřebami svěřit, udělá to mnohem spíše ve vztahu založeném na důvěře.

Zde také platí pravidlo, že pokud chceme spirituální potřeby pacientů dobře hodnotit, musíme zároveň znát naše vlastní.

1.5 Překážky při vykonávání duchovní péče

V rozhovorech často zaslechneme názor, že zabývání se spirituálními potřebami a duchovními problémy není věcí zdravotnického personálu. V nemocnici se má přece

pacient uzdravovat ze své fyzické nemoci. Tento názor sdílí mnoho pacientů i zdravotníků. Své potřeby a otázky ukrýváme uvnitř sebe. Společnost nás navíc vychovává k samostatnosti. Vážíme si své soběstačnosti a ceníme si kontroly, kterou nad svým životem máme.

Krize a nemoci tyto obranné bariéry rozbíjí. Najednou ztrácíme kontrolu nad svými životy, nad okolnostmi. V tuto chvíli se objevuje otázka, kdo má tedy vládu nad těmito jevy, když ne my sami? Existuje někdo takový?

Všichni jsme duchovní stvoření a máme duchovní potřeby a ty nezmizí ani, když je dobře schováme nebo pohřbíme hluboko v sobě a pro okolí se zdáme být vyrovnanými osobnostmi. Sestra by proto neměla váhat s nabídnutím duchovní péče ani v případě, že potřeby nejsou na první pohled patrné. Není však dobré pacientům duchovní péči vnucovat, každý má právo nabízenou pomoc odmítnout.

Stejně jako máme zábrany připouštět si existenci svých duchovních potřeb, tak jako zdravotníci trpíme zábranami při nabízení duchovní péče. Hlavními důvody jsou:

1. Potřeby jsou skryté. Pacient má obavy o nich mluvit nebo zdravotník nedokáže tyto potřeby vidět a slyšet.
2. Máme strach z vniknutí na cizí výsostné území, nechceme pacienta obtěžovat ptaním se na jeho duchovní potřeby.
3. Trpíme nedostatkem času.
4. Necítíme se dostatečně připraveni pro duchovní péči o pacienty.

Jak už bylo dříve řečeno, společnost je ochotna přijímat spiritualitu jako nezbytnou součást života, náboženství je ale vnímáno jako omezené a rigidní. Své náboženství si proto necháváme pro sebe, snažíme se ho nemísit do veřejného života, možná se trochu stydíme. Takové obavy nemusí křesťanský zdravotník mít, pokud bude k pacientům přistupovat s taktem a respektem. Dokonce i Ježíš dával lidem, se kterými byl v kontaktu, možnost ho odmítnout.

Pokud křesťan o své víře mluví s příslušníkem jiného náboženství, nesmí ho do svého přesvědčení nutit ani s dotyčným manipulovat. Mnoho lidí se v nemoci obrací pro pomoc k víře, ve které vyrostli. Pokud tato víra není křesťanská, spočívá naše pomoc ve zprostředkování kontaktu s představiteli jejich náboženského vyznání, kteří jim pomoc mohou poskytnout.

Velké množství pečovatelů spirituální péči zanedbává pro nedostatek času. To je velká bolest zdravotnických služeb. Platí však také pravidlo, že pokud jsou spirituální

potřeby nemocného uspokojeny, bude lépe probíhat i uzdravování fyzické, psychické a sociální, protože pacient bude klidný a smířený.

Základním předpokladem pro vykonávání křesťanské péče o nemocné při naplňování duchovních potřeb pacientů je víra ve skutečnost, že to nejsme my, kdo tyto potřeby naplňuje, ale je to Bůh samotný. Zdravotník je jen božím nástrojem.

1.6 Zásady duchovní péče

Při vykonávání duchovní péče je důležitější s nemocnou osobou prostě být, než něco pro ni dělat. Často již jen trpělivá a soucitná přítomnost druhého člověka je pro nemocného léčivá. Musíme se vzdát rychlých rad a řešení, které nám napovídají naše vlastní zkušenosti ve prospěch obyčejného pozorného naslouchání trpící osobě.[Grulich, 1995]

Dáváme kus sebe samého pro útěchu nemocného. Bible říká: Radujte se s radujícími, plačte s plačícími[Bible (1985), Ř 12, 15]. Role věřícího zdravotníka nespočívá ani tolik v konkrétním řešení problému, jako ve vytvoření místa k řešení problému Bohem.

Jaro Křivohlavý zformuloval několik pravidel, jimiž je možné se řídit při návštěvě pacienta:

- Při návštěvě pacienta je klíčově důležité všimnout si jeho strachu, ujasnit si, je-li jeho strach objektivní, nebo jde "jen" o strach pacienta nezávislý na okolnostech. To je přesně to téma, o kterém by nemocný měl hovořit. Je potřeba, aby mezi pacientem a pečovatелеm byl vytvořen vztah důvěry, ve kterém je možno svěřit se s tím, co nemocného děsí.

- Pacientovo sebeobviňování. Při rozhovoru je potřeba si všimnout, zda-li se nemocný za něco neobviňuje. Možná ho trápí pocity viny a možná svou nemoc vidí jako následný trest. Srdce takového člověka volá po odpuštění.

- Co nemocného zlobí, eventuálně na koho se pacient zlobí. Možná se velmi hněvá a nemůže to nikomu říct. Předmětem jeho hněvu může být téměř cokoli a kdokoli: lékař, sestry, způsob jeho léčby, rodina, sociální úřad dokonce i Bůh. Pokud o své zlobě s nikým nemluví, jeho vnitřní napětí stoupá. V takové situaci se ze svého hněvu vypovídá, může být léčivě.

- Pacientovo naříkání nad sebou samým. Nemocný člověk trápený bolestí velmi snadno sklouzne k sebelítosti. Tato emoce je dobře pochopitelná, ale nemocnému nepomáhá, naopak jeho duševní stav ještě zhoršuje. Křivohlavý popisuje, jak si při

svých pastoračních návštěvách bere na pomoc sklenici vody. Podal ji nemocnému a ten, když polovinu vody vypil se mohl rozhodnout- bude smutný, že už je jí polovina pryč, nebo se bude radovat, že polovinu ještě má. Objektivně se na situaci nic nemění, jde pouze o to, jaký postoj ke svému utrpení nemocný chce zaujmout.

- Nejtěžší otázky pastorální péče o nemocné. Patří mezi ně: "Proč se to stalo zrovna mně?", "Kde se bere to zlo, které mne pronásleduje?", "Jak to mohl Bůh dopustit?" atp. Takovéto otázky si člověk kladl odedávna. Současná situace nemocného je výslednicí tisíců okolností. Měli bychom si dát proto pozor na rychlá řešení a nevinit z celé věci jenom jednu příčinu. Každý si také musí uvědomit, že nikdy nemůžeme dokonale pochopit Boží úmysly. Nezbyvá než důvěřovat a být pokorný. Je-li nemocný věřící nebo pokud je ochoten se modlit, může tuto důvěru a pokoru hledat právě v skrze modlitbu. [Křivohlavý, 2000]

Naslouchání

Naslouchání je jednou z nejnáročnějších dovedností, kterou by ale měl ovládat každý pečovatel. Nestačí se jenom posadit a poslouchat, jak slova plynou. Naslouchání spočívá ve slyšení a porozumění nejen tomu, co nemocný říká, ale i tomu, co se obává vyslovit. Nasloucháme nejenom významům slov, ale i neverbální komunikaci, kterou nám nemocný sděluje skutečnosti o svém stavu. Pokud sami pocítíme úzkost, budeme svou pozornost obracet od nemocného sami k sobě a naše naslouchání bude obtížnější. Podobný efekt mají situace, kdy osoba, které nasloucháme, útočí na něco, co je nám drahé. V takové chvíli cítíme potřebu bránit sebe, nebo své hodnoty a nejsme schopni být dobrými posluchači.

Empatie

Empatie je schopnost rozumět tomu, co druhý cítí a umět mu to sdělit a ve stejné chvíli zároveň dokázat objektivně zhodnotit situaci a poskytnout pomoc. Empatie zahrnuje obojí – rozum i emoce. Empatický proces má tři fáze. Fází číslo 1 je sbírání a vyhodnocování dat, která nám přiblíží skutečný stav situace a okolností, ve kterých se nemocný nachází. Poté se dostáváme do fáze číslo 2, kterou je sympatie s trpícím. Už se nezabýváme pouze fakty, ale začínáme vnímat pocity druhého. V této chvíli se tak trochu stáváme jím, začínáme ho chápat, začínáme mu rozumět a stavíme se na jeho stranu. Je však velmi důležité neustrnout v tomto místě a přesunout se do třetí fáze, což je empatie. V tomto okamžiku vnímáme jak fakta, tak pocity a jsme schopni je

objektivně zhodnotit a pak realizovat pomoc. Proces empatie by se měl dostat pod kůži každému pečovateli, naplňujícímu duchovní potřeby trpících. [Shelly, 2000]

Zranitelnost

Zranitelnost se dostavuje s otevřenými mezilidskými vztahy. Ten, kdo je ochoten riskovat odmítnutí, bolest a kritiku, se logicky stává zranitelným. Ten, kdo chce soucítit s trpícími, zcela jistě časem pocítí jejich bolest. Kdo své slabosti neskrývá za sebevědomou maskou, musí počítat s tím, že druzí budou v pokušení ho soudit. Zranitelnost je lidská vlastnost. Jako lidé zraňujeme druhé a děláme chyby. Potřebujeme pomoc a potřebujeme pomáhat druhým. Zranitelnost je poctivá. Ten, kdo se bojí a schovává se, přichází o kus své lidskosti.

Dr. John Townsend věnoval jednu svou knihu problematice skrývání se před láskou. Píše o tom, že někteří z nás jsou schopni žít dva životy. Jeden, kterým se prezentujeme před svým okolím. Kdy vyjadřujeme pocity, postoje a chování, jež je před ostatními "bezpečné" vyjadřovat. A život druhý, kdy ve svém nitru pohřbíváme rysy naší osobnosti, kterou se obáváme před ostatními vyjevit. Na první pohled se může zdát, že nás tato hra na spokojeného člověka může ochránit před útoky okolí, ve skutečnosti však ztrácíme vlastní identitu. [Townsend, 2001]

Pokora

Pokora přichází s rozpoznáním a přijetím naší omezené lidskosti. Pokora nás chrání před pýchou, která se může dostavit s našimi úspěchy v pečovatelské práci. Chrání nás před pocití vlastní nezbytnosti a moci. Z křesťanského hlediska, pokorný člověk přijímá fakt, že pro práci, kterou dělá, může Bůh kdykoli použít někoho jiného. Pokud si při práci někdy budeme myslet, že o člověku, o kterého se staráme, víme vše co se vědět dá, nikdy nebudeme schopni o něj pečovat soucitně. Jen pokud budeme pokorní, dokážeme zůstat sami sebou.

Odevzdání se

Pokud se rozhodneme o nemocného skutečně pečovat, svým způsobem se odevzdáváme jemu a vztahu, který s ním sdílíme. Je nebezpečné začít budovat vztah, získat důvěru pacienta, naslouchat příběhům, které nikdy nikomu jinému neřekl a pak utéct. Tato zkušenost může být pro nemocného velmi zraňující. Vztah vyžaduje vytrvalost. Vytrvalost do té doby, dokud osoba, kterou máme v péči potřebuje duchovní

podporu. Nebudujeme však vztah závislosti. Nemocný by měl záviset především na Bohu. Pečovatel se pak Bůh stává zdrojem síly.

Hranice

Pomyslné hranice vlastních možností jsou pro pečovatele ochranným valem, chránícím ho před vyhořením. Ani Ježíš nenechal lidi, kteří ho obklopovali a skutečně potřebovali jeho pomoc, aby ho připravili o všechnu jeho sílu a čas. [Bible (1985), Mk 1, 35-39] Vytváření hranic může být velmi obtížné. Ti, o které pečujeme se mohou cítit ošizeni a odsunuti na druhou kolej. Ale žádný, kdo se stará o naplňování potřeb druhých lidí nemůže bez načerpání nové síly soucitně sloužit druhým. Skončil by jako vyhořelá svíčka, která už nemá sílu druhým posvítit na cestu.

Modlitba

Mnoho lidí si Boha představuje jako automat na přání. Vhodí modlitbu a přání se jim splní. Pokud tomu tak není, ztrácejí důvěru v boží existenci nebo v jeho moc. Pokud je přání vyplněno, vše je v pořádku. Všemohoucí Bůh se však nedá manipulovat.

Skrze modlitbu přijímá věřící člověk sílu a ujištění o boží blízkosti. Modlitba je komunikací ve vztahu mezi člověkem a jeho Stvořitelem. Nemocný člověk často bojuje s myšlenkou, že Bůh na něj zapomněl, když ho takto nechává trpět. Nevidí odpovědi na své modlitby a často ztrácí schopnost se modlit. Do této situace se dostávají i hluboce věřící lidé. Věřící sestra může být takovému člověku pomocí. Když se v jeho přítomnosti za něj modlí, nemocný člověk je přesvědčen, že sestru Bůh slyší, obrazně řečeno se taková sestra dočasně stává náhradním komunikačním kanálem mezi nemocným a Bohem. Věřící sestra se tedy může modlit za nemocného, ale modlit se s nemocným má ještě větší psychologický efekt. Společná modlitba se může stát jednou z nejhlubších forem lidské komunikace vůbec. Na otázky ohledně smyslu utrpení a nemoci se v modlitbě hledají odpovědi lépe, než v obyčejném intelektuálním rozhovoru. Pokud nenacházíme odpovědi, stále je tu ještě vztah s Všemohoucím Bohem. Pokud se takto s nemocným modlíme, poskytujeme mu mnohem víc, než jen podporu, ale stojíme mu po boku při hledání odpovědí na otázky týkající se smyslu života. [Shelly, 2000]

Bible

Bible, Písmo svaté, je pro věřícího člověka autoritou. Slovem, které mu Bůh posílá do tohoto světa. Má velkou moc, ale pokud ho pečující osoba používá hloupě

nebo svévolně, může nemocnému velmi ublížit. V samotné Bibli je velmi dobrý příklad citového zraňování nemocného člověka těmi, kdo mu chtěli citací Písma dodat síly a moudrosti. Kniha Job vypráví příběh trpícího Joba a jeho přátel, kteří ho přicházejí v těžkých chvílích utěšit. První chybou, kterou Jobovi přátelé udělali bylo, že automaticky předpokládali, že ten, kdo trpí, zcela jistě trpí zaslouženě. Usouzenému Jobovi neustále připomínali, že určitě zhřešil, když teď prochází utrpením. Druhé chyby se tito přátelé dopustili, když se ani jednou nezeptali na Jobovy pocity, prostě ho odsoudili. Přesto ale, vytržené z kontextu Jobova utrpení, proslovy jeho přátel zní velice moudře, napáchaly však mnoho škody na nevinném trpícím člověku. [Bible (1985), Jb]

Další hrubou chybou, která je v křesťanských církvích k vidění velmi často, je vyčítání nemocným jejich nedostatek víry. "Kdybys víc věřil, Bůh by tě jistě uzdravil." Máloco dokáže tak zranit hluboce věřícího, nemocného člověka, jako tato věta.

Pouhý fakt, že citace pochází z Bible, neznamená, že je vždy vhodná. Bible, ač je inspirována Bohem, byla napsána člověkem a to do určitého historického kontextu své doby. Zahrnuje vyprávění příběhů, jsou v ní osobní dopisy, různá přísloví, soupisy práv atd. Kdo chce Bibli citovat nemocnému člověku, musí ji znát. A ještě dříve, než z Bible cituje musí trpícímu naslouchat, aby pak mohl svatým Písmem skutečně pomoci.

Síla doteku

Dotek má velkou moc a také sdělovací hodnotu. Dotekem sdělujeme něhu, náklonnost, sílu a přijetí. Dotek s sebou nese určitou intimitu. Dotekem nemocnému říkáme, že jsme tady pro něj, že není sám. Pokud máme strach, zcela automaticky natáhneme ruku k druhému člověku, hledáme u něj podporu. Naopak tím, že ustrašenému a dezorientovanému pacientovi položíme konejšivě ruku na rameno, často dosáhneme toho, že se uvolní a lépe se adaptuje na nové prostředí.

Zásady při dotýkání [Shelly, 2000]

1. Než se nemocného dotknete, požádejte o svolení
2. Než se nemocného dotknete, vezměte v úvahu kulturní kontext jeho původu
3. Při dotýkání buďte opatrní. Nedotýkejte se prsou, genitálií, hýždí a stehen. Naopak bezpečná místa jsou ruce, ramena a záda.
4. Ve většině případů se vyhněte dotýkání, pokud jste s pacientem sami
5. Dejte pozor, aby se pacient necítil donucen od vás přijímat vaši náklonnost
6. Šimrání a hravá agrese obvykle nejsou vhodné

Marie Svatošová vnímá prožitek tělesného kontaktu jako vrozenou pozitivní emoci. Tělesného kontaktu si užívá už dítě v náručí matky. Láskyplný vztah mezi partnery je spojen s dotyky, manželé jsou si zdrojem lásky a sexuality. Lidský dotek může člověku, který se zrovna nachází v životní krizi přinést naději a sílu. [Svatošová, 2003]

1.7 Péče o osobu ošetřovatele

Péče v církvi

Křesťanský věřící zdravotník patří do společenství církve. Ta, pokud správně funguje by pro unaveného, vyčerpaného služebníka měla znamenat útočiště a zdroj síly. Věřící komunita slouží svým členům modlitbami. Věřící pečovatelé jsou vyučováni ve znalostech Bible, která je potom jednak jejich nástrojem ve službě, ale také zdrojem moudrosti, síly a pomoci při rozhodování ve složitých životních situacích. Křesťané věří, že ve shromáždění věřících je přítomen Duch svatý, který je přímo zástupcem Všemohoucího Boha na zemi.

Principem církevní práce není, aby každý člen pracoval bez podpory a osamoceně. Naopak, za věřícím církevním pracovníkem by vždy měla stát modlitební i praktická pomoc jeho domovského církevního společenství. Ideální je, pokud se nový církevní pracovník rozvíjí ve svých schopnostech pod dohledem svého zkušenějšího kolegy – mentora. Tento mentor by měl, pokud je to možné, být nejen zkušenější ve své službě, ale také dospělejší křesťan (ne věkově, ale ve víře) než jeho žák. Mentor a žák navzájem nerozvíjejí jen své schopnosti, měl by mezi nimi vyrůst skutečný, hezký vztah.

Praktická péče o sebe

Aby ilustrovala vztah pečovatele a nemocného, nechala se Judith Shelly pro tuto kapitolu inspirovat instrukcemi při letu. Jedna z těchto instrukcí zní: "V případě nebezpečí při letu z příhrádky nad vámi vypadne kyslíková maska. Prosím, ujistěte se, že máte dobře nasazenou masku předtím, než začnete pomáhat ostatním:" Smyslem tohoto sdělení je myšlenka, že pracovník, který pomáhá ostatním k získávání zdraví, se musí napřed postarat o své vlastní zdraví. [Shelly, 2000]

Naše kultura se orientuje na pracovní výkon. Když odpočíváme, cítíme se provinile, když tvrdě pracujeme, jsme spokojeni. Paradoxně tedy někdy musíme postupovat proti vlastním zvyklostem a odpočinkem a zábavou bojovat proti vlastnímu fyzickému, duševnímu a duchovnímu vyčerpání.

2. Cíle práce a hypotézy

Cíl práce

Zhodnotit saturaci duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů

Hypotéza č. 1

Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů nejsou saturovány

Hypotéza č. 2

Pacienti nemají možnost saturace spirituálních potřeb během hospitalizace

3. Metodika

Metodika postupu sběru dat

Při práci byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazník obsahoval otázky otevřené, polootevřené i uzavřené. Vzhledem k citlivému tématu této práce, byli pacienti v úvodu dotazníku upozorněni na skutečnost, že pokud jim není příjemné na některé otázky odpovídat, bude tato skutečnost akceptována.

Charakteristika zkoumaného souboru

Na dotazník odpovídali pacienti interních oddělení Nemocnice Český Krumlov, a.s., Fakultní nemocnice Plzeň, Clinicum a.s. – Nemocnice Vysočany a LDN léčebné a rehabilitační středisko Chvaly. Interní oddělení byla k výzkumu vybrána záměrně. Jedním z hlavních záměrů při sběru dat bylo oslovit respondenty, které jejich zdravotní situace nutí řešit otázky smyslu života a smrti, pacienty kteří jsou nuceni zamýšlet se nad smysluplností nemoci a utrpení.

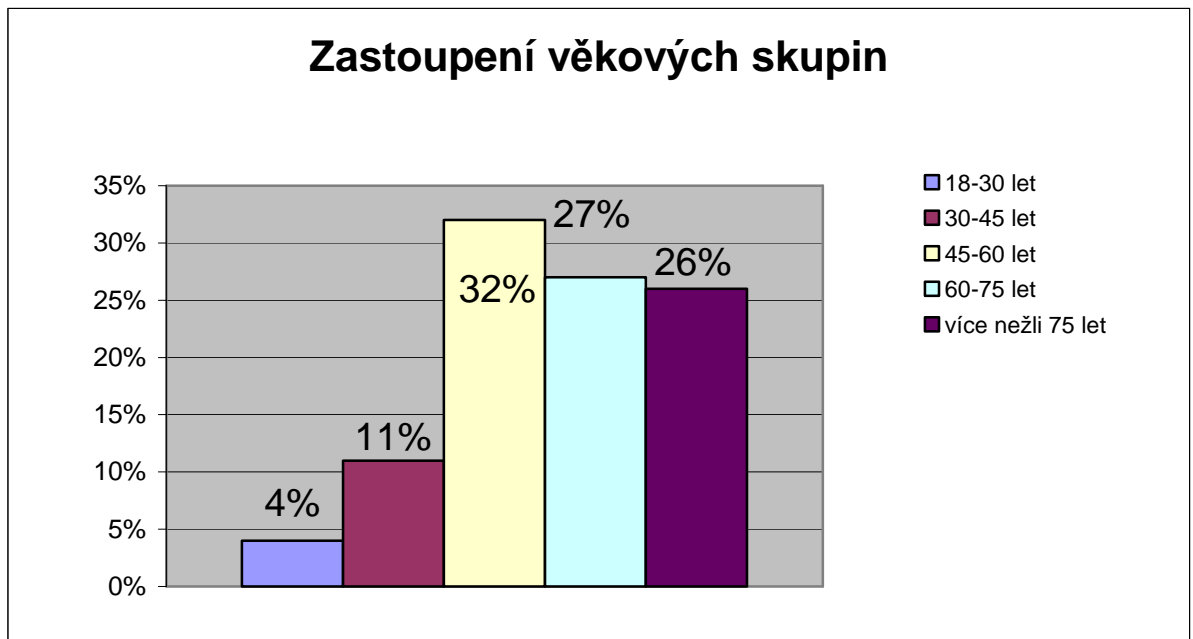
Dalším předpokladem při výběru zkoumaného souboru pacientů bylo neřídít se náboženským vyznání pacientů, ale zmapovat plošně duchovní situaci věřících i nevěřících klientů.

Počet rozdaných dotazníků byl 150. Vráceno 100 kusů, s tímto vzorkem byl prováděn průzkum.

4. Výsledky

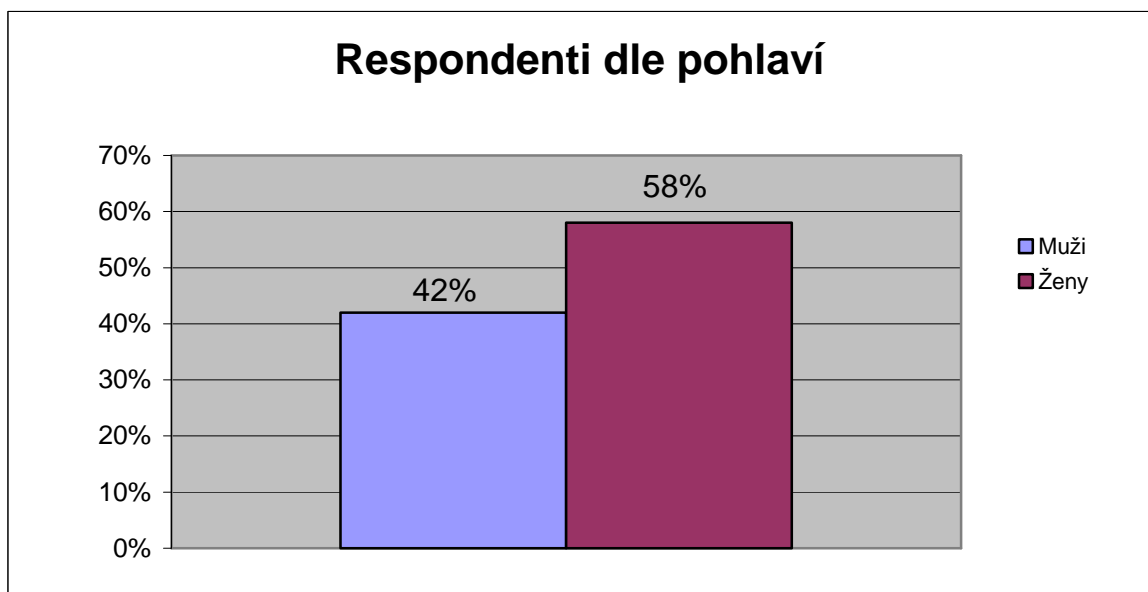
Všechny grafy pochází z vlastního zdroje autorky této práce

Graf 1



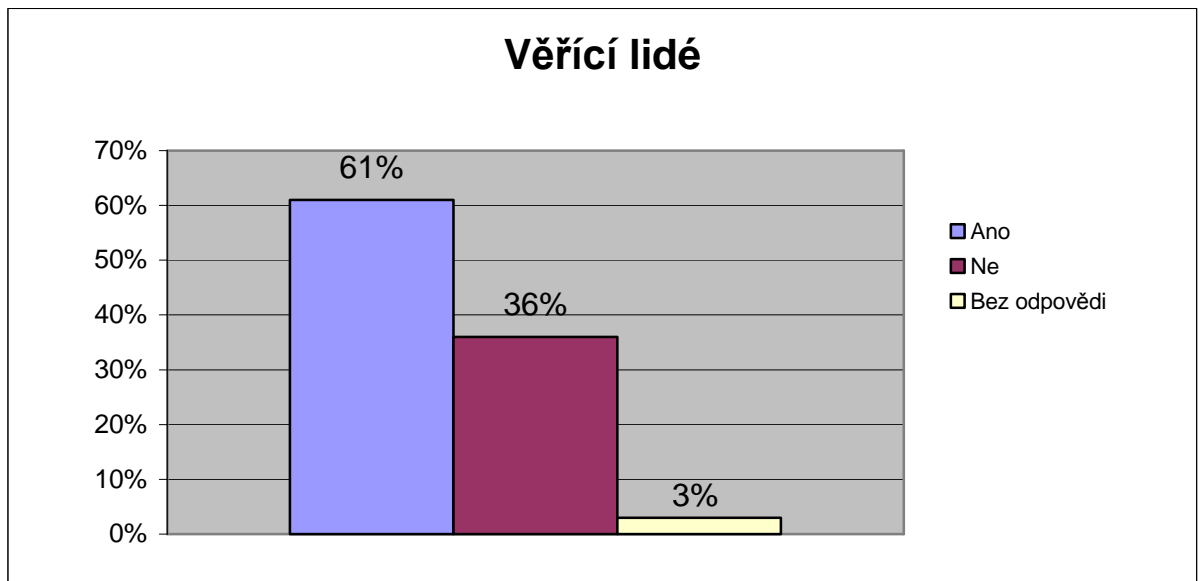
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) byly v nejmladší věkové skupině od 18 do 30 let pouze 4 (4%) respondenti, od 30 do 45 let 11(11 %) klientů, od 45 do 60 let 32(32 %) klientů, skupina od 60 do 75 let 27(27 %) respondentů a skupina pacientů nad 75 let měla 26(26%) pacientů.

Graf 2



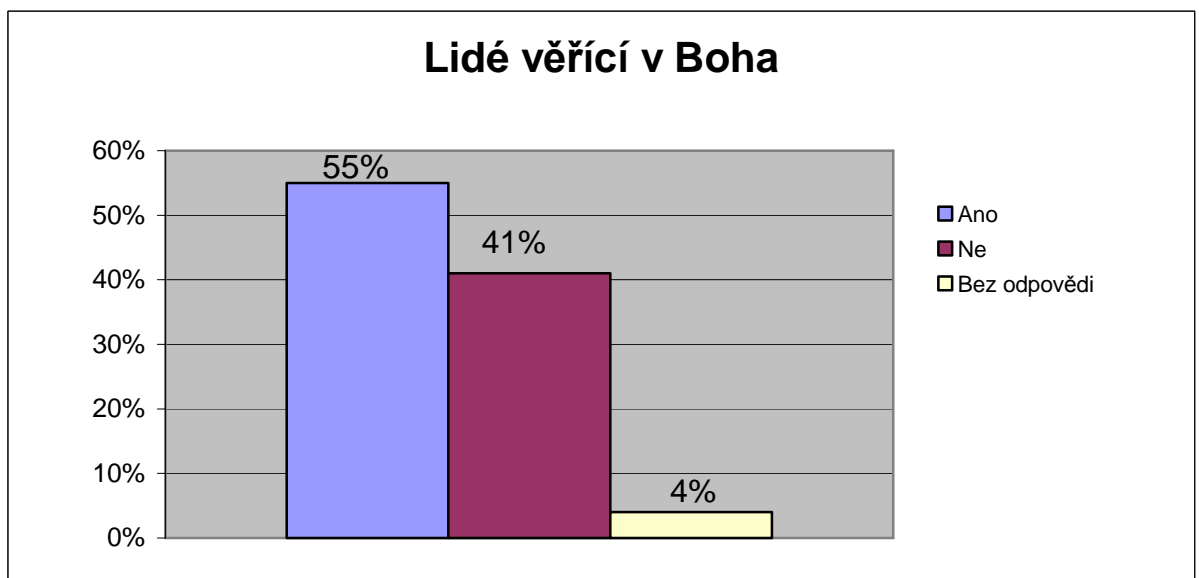
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) bylo vyšší zastoupení klientů ženského pohlaví a to 58 (58 %) žen, mužských klientů bylo 42(42 %).

Graf 3



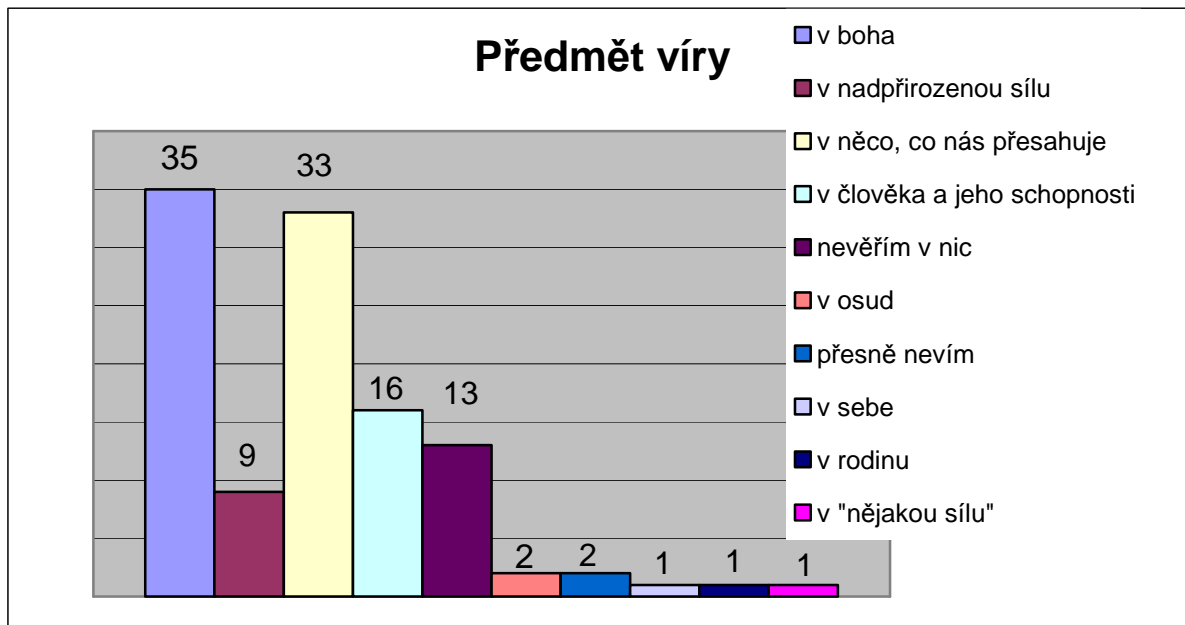
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) odpovědělo 61(61 %) tázaných, že se cítí být věřícími, 36(36 %) odpovědělo, že se za věřící nepovažují a 3 osoby (3 %) nevedly žádnou odpověď.

Graf 4



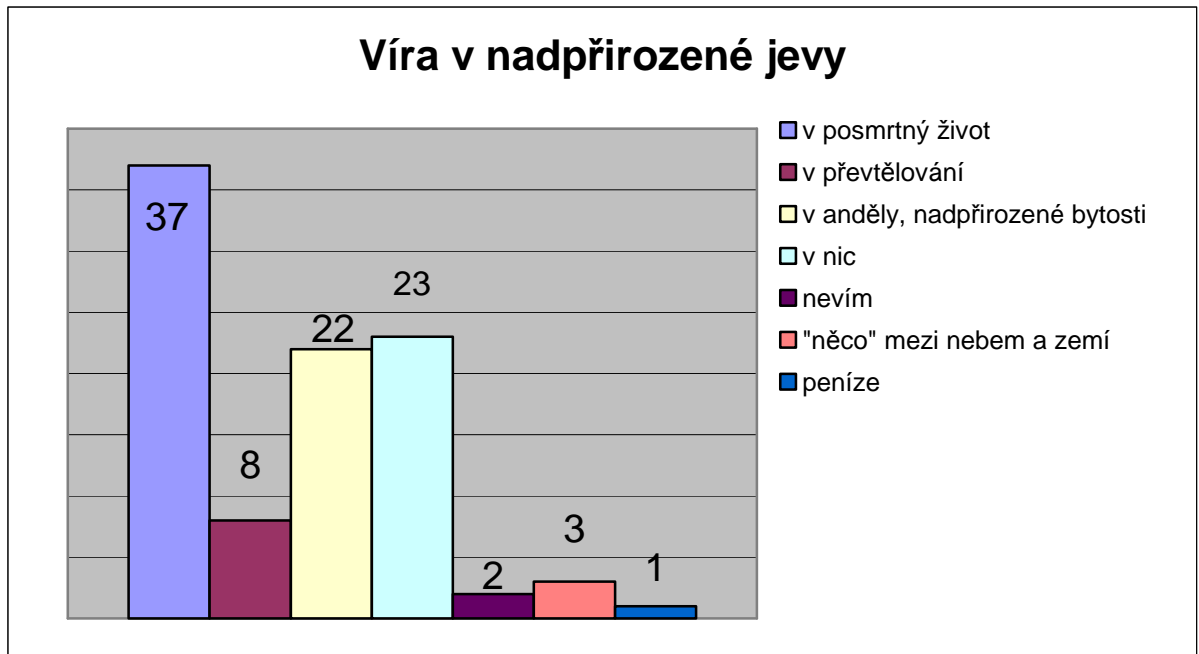
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) na otázku "Věříte v Boha?" odpovědělo kladně 55(55%) osob, 41(41 %) klientů odpovědělo záporně a 4 (4 %) z dotazovaných svou odpověď nevedli.

Graf 5



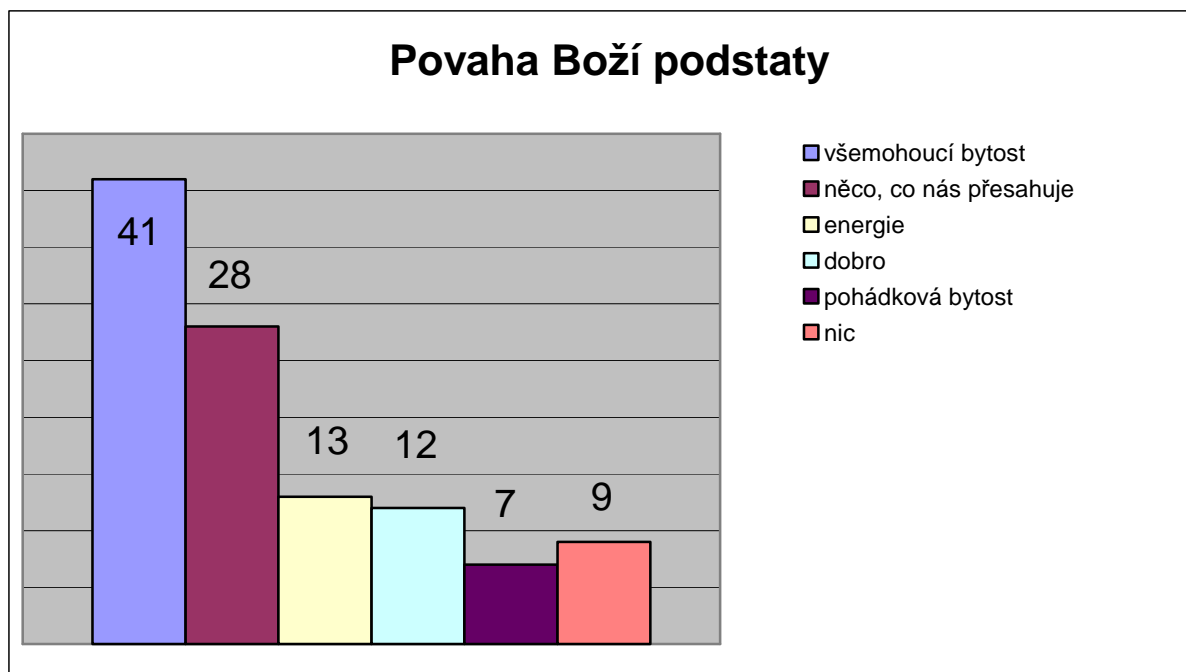
Z celkového počtu 100 respondentů možnost, že věří v boha zaškrtnulo 35 dotázaných, 9 tázaných souhlasilo s druhou možností a uvedli, že věří v nadpřirozenou sílu, 33 respondentů věří v něco, co nás přesahuje a 16 věří v člověka a jeho schopnosti, 13 tázaných uvedlo, že nevěří nic. Z těch, co nesouhlasili s žádnou možností a přesto v něco věří ve dvou případech uvedli, že věří v osud, dvakrát se objevilo, že v něco věří, ale přesně nevědí v co, jeden respondent věří v sebe, jeden v rodinu a jeden v "nějakou" sílu.

Graf 6



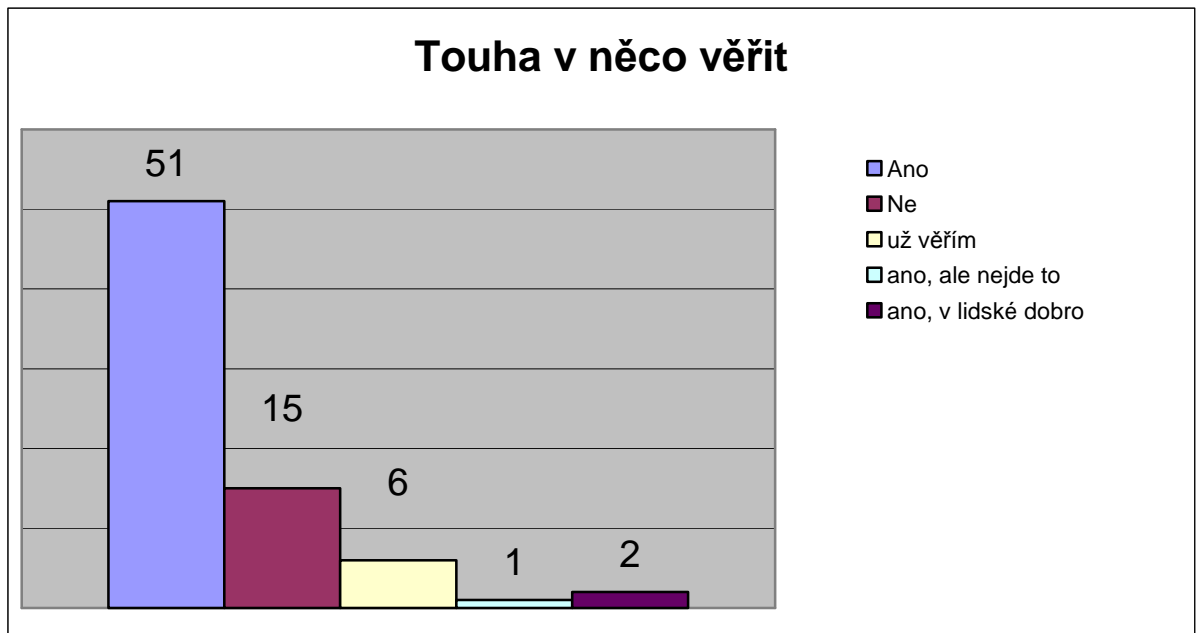
Zde se odkazujeme spíše k jevům a důsledkům víry, než k jejím předmětům. Z celkového počtu 100 respondentů 37 tázaných uvedlo, že věří v posmrtný život, 8 věří v převtělování, 22 respondentů uznává existenci andělů nebo jiných nadpřirozených bytostí. 23 klientů samo doplnilo, že věří, že nic takového nemůže existovat, 2 uvedli, že neví, co odpovědět. 3 respondenti věří v "něco" mezi nebem a zemí a 1 z dotazovaných věří v peníze.

Graf 7



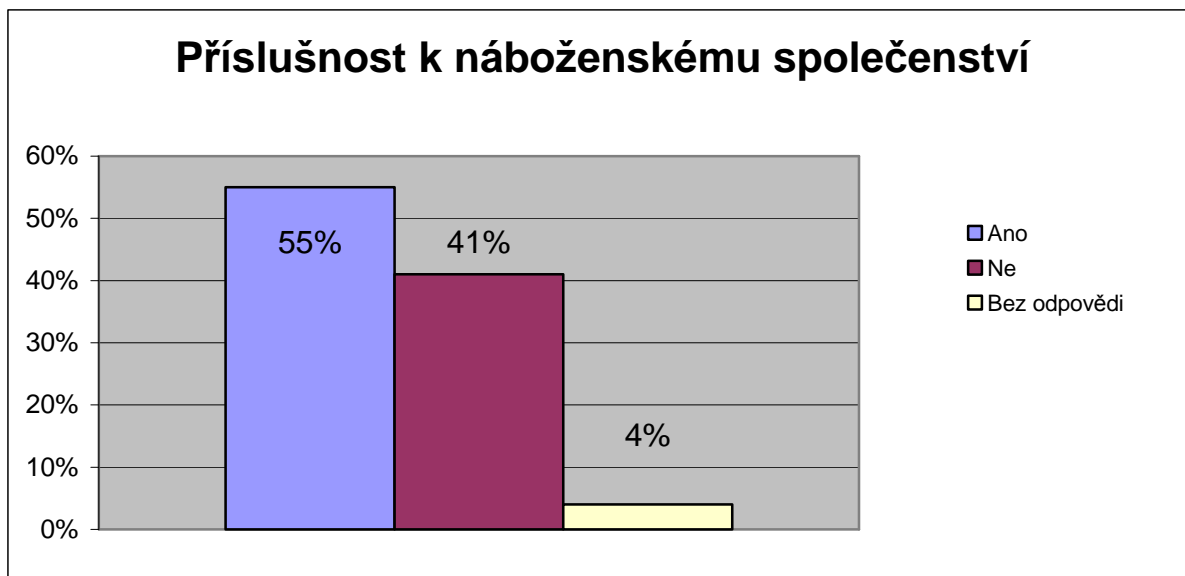
Z celkového počtu 100 respondentů s názorem, že je Bůh všemohoucí bytost, souhlasilo 41 dotázaných. 28 zvolilo možnost, že Bůh je něco, co nás přesahuje, ale nedokážeme to pojmenovat. 13 tázaných zaškrtnulo možnost energie. Odpověď Bůh je dobro zvolilo 12 dotazovaných, pohádková bytost 7 a devíti respondentům se při slově Bůh nevybaví vůbec nic.

Graf 8



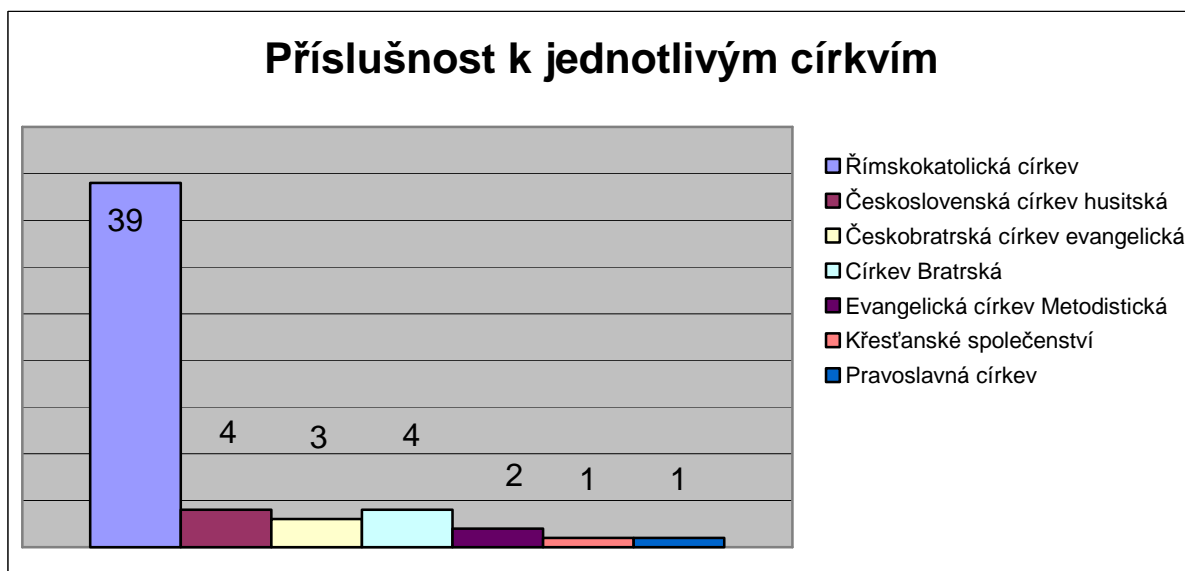
Z celkového počtu 100 respondentů na otázku, zda by si přáli v něco věřit 51 odpovědělo ano, přáli by si v něco věřit a 15 si v nic věřit nepřeje. Ostatní tázání doplňovali: 6 pacientů se vyjádřilo, že už věří, 1 uvedl, že by chtěl věřit, ale nejde to a 2 by si přáli věřit v lidské dobro.

Graf 9



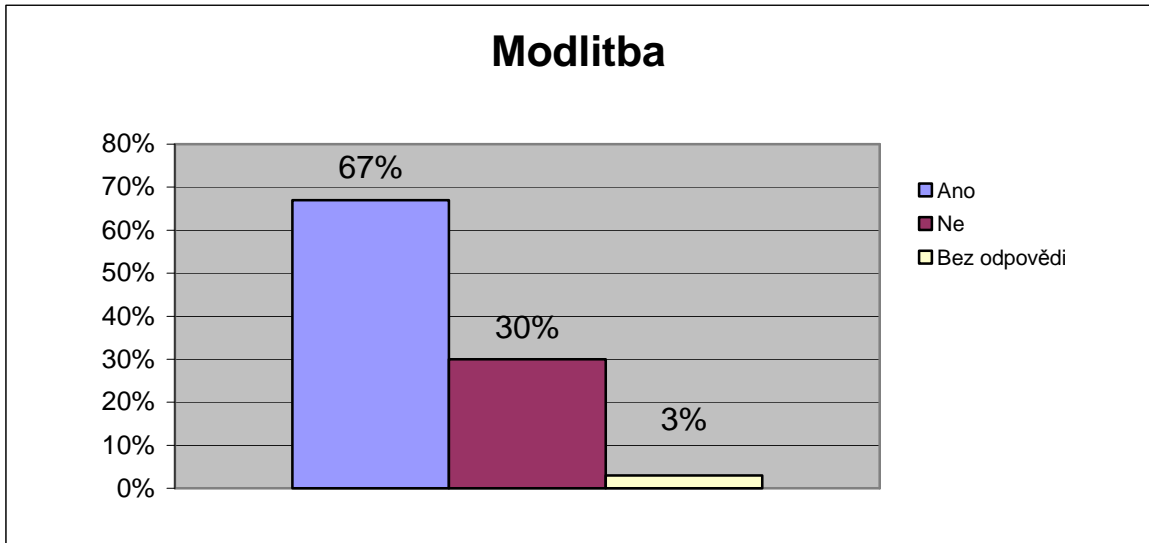
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) se k příslušnosti k nějaké církvi nebo náboženské skupině přihlásilo 55(55 %) dotázaných, 41(41 %) odpovědělo záporně a 4(4 %) nevedli žádnou odpověď.

Graf 10



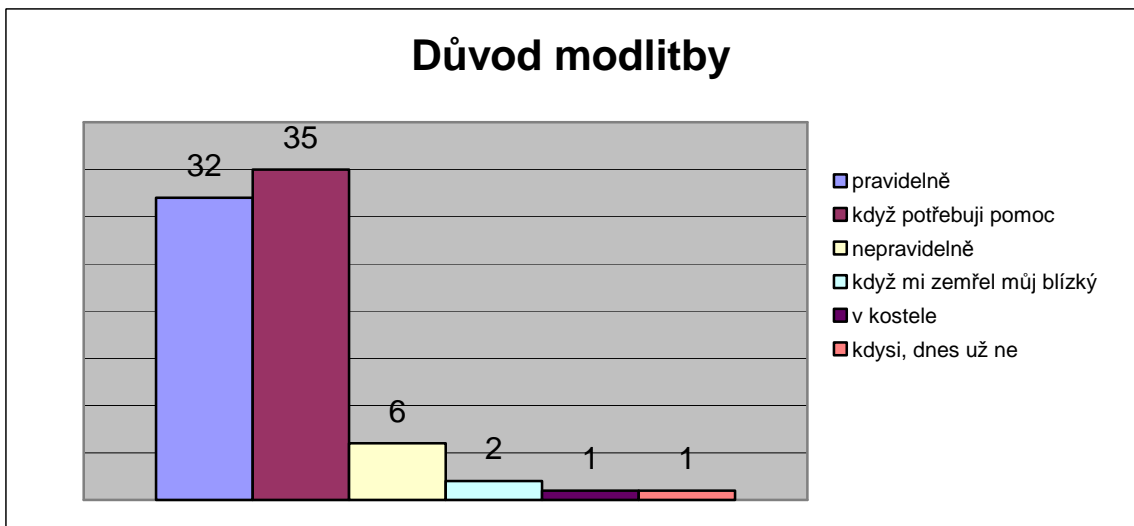
Z celkového počtu 100 respondentů je 39 členy Římskokatolické církve, 4 jsou příslušníky Československé církve husitské, 3 patří do Českobratrské církve evangelické, 4 do Církve Bratrské, 2 do Evangelické církve Metodistické, 1 patří do Křesťanského společenství a 1 do Pravoslavné církve.

Graf 11



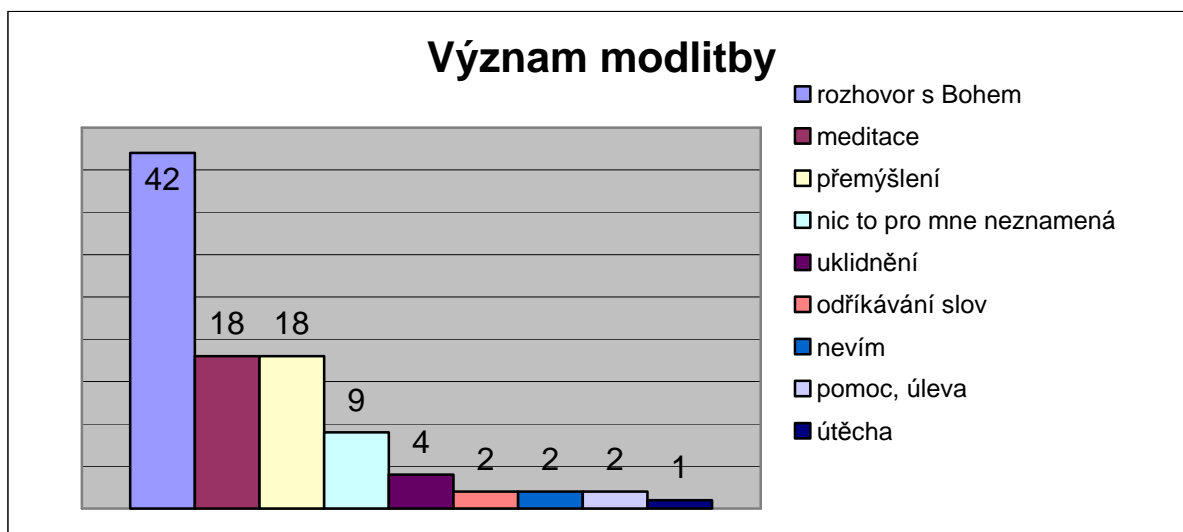
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) na otázku, zda se někdy modlí odpovědělo kladně 67(67 %) tázaných a 30(30 %) odpovědělo záporně, tři (3 %) dotazovaní nechali tuto otázku bez odpovědi.

Graf 12



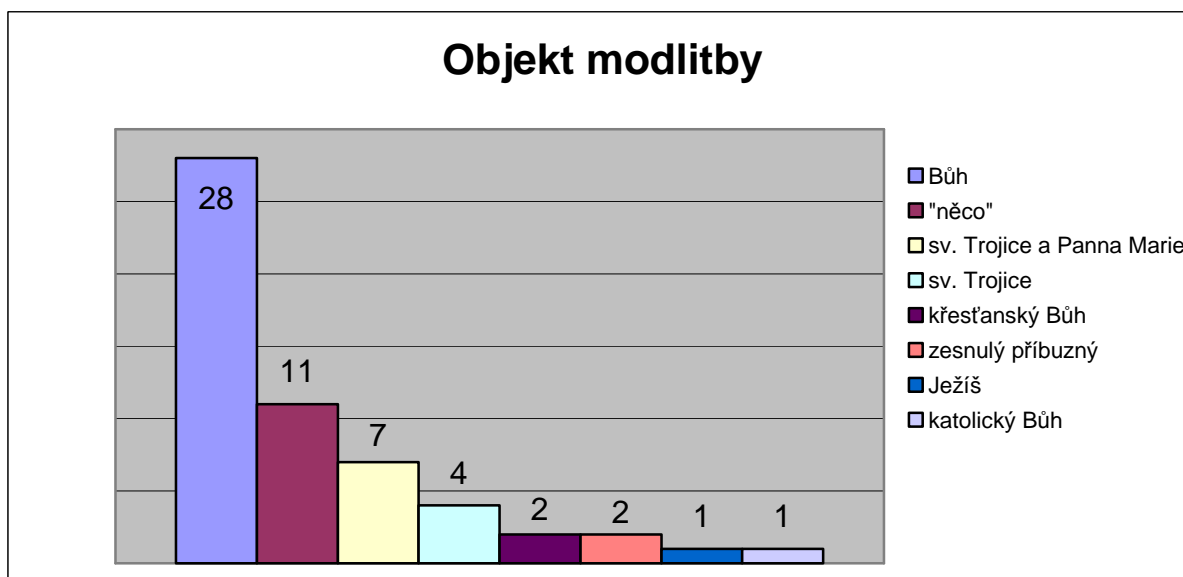
Na otázku, při jaké příležitosti se modlí, z celkového počtu 100 respondentů, odpovědělo 32, že se modlí se pravidelně, bez ohledu na situaci, 35 se modlí, když jsou v nesnázích a potřebují pomoc. Ostatní odpovědi tázaní doplňovali sami: 6 z nich odpovědělo, že se modlí nepravidelně, 2 uvedli, že se modlili pouze při smrti jim blízkého člověka. 1 se modlí v kostele a 1 dotazovaný uvedl, že se modlil kdysi, dnes už ale ne.

Graf 13



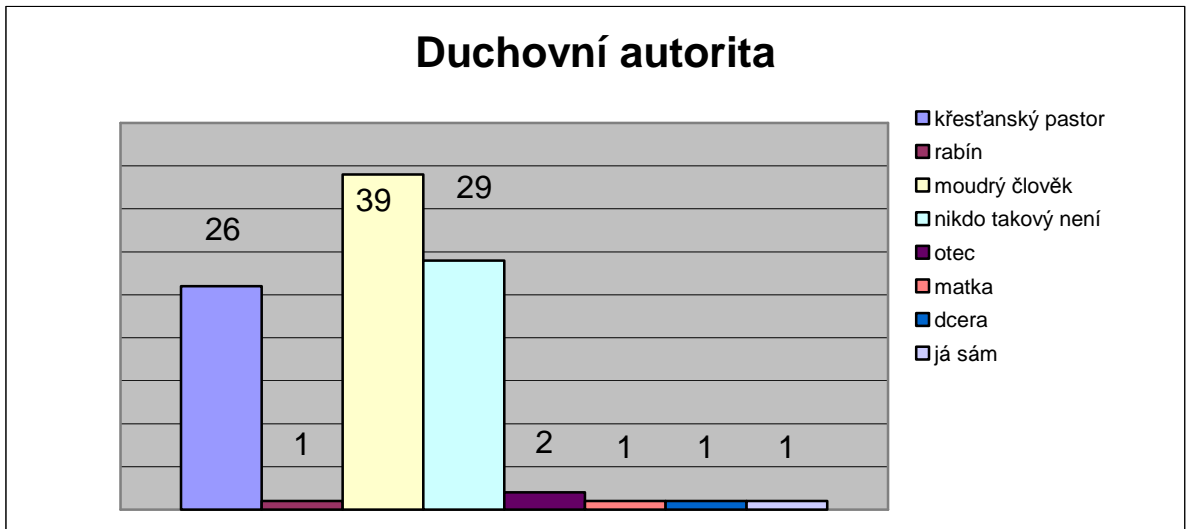
Z celkového počtu 100 respondentů 42 osob vybralo variantu, že modlitba je rozhovor s Bohem, 18 si myslí, že modlitba je spíše meditací, 18 v ní vidí přemýšlení a pro 9 dotazovaných to nic neznamená. Z odpovědí, které pacienti doplňovali sami, se nejčastěji objevovala varianta modlitby jako uklidnění a to 4 krát. 2 lidé vnímají modlitbu jako odříkávání slov, 2 nevědí, co je pro ně modlitba, 2 v ní vidí úlevu a pomoc a 1 z dotazovaných útěchu.

Graf 14



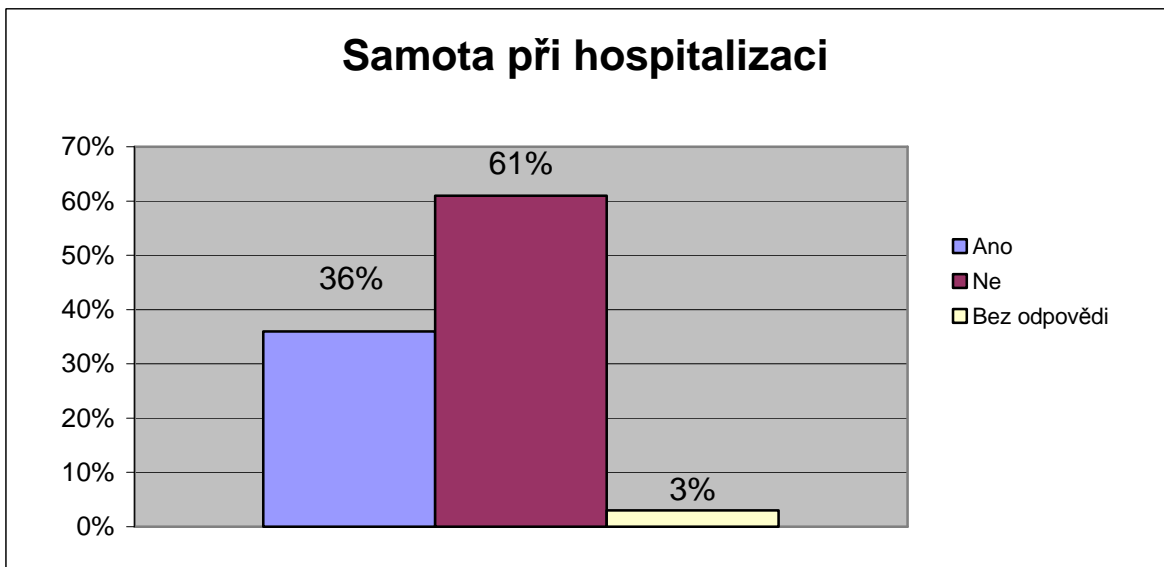
V otázce ke komu (čemu) se modlí, se z celkového počtu 100 respondentů 28 modlí k Bohu, 11 nazývá objekt své modlitby "něčím", pro 7 z nich je cílem jejich modliteb svatá Trojice a Panna Marie, 4 se modlí ke svaté Trojici, 2 ke křesťanskému Bohu, 2 se modlí k mrtvému příbuznému, 1 k Ježíši a 1 ke katolickému Bohu.

Graf 15



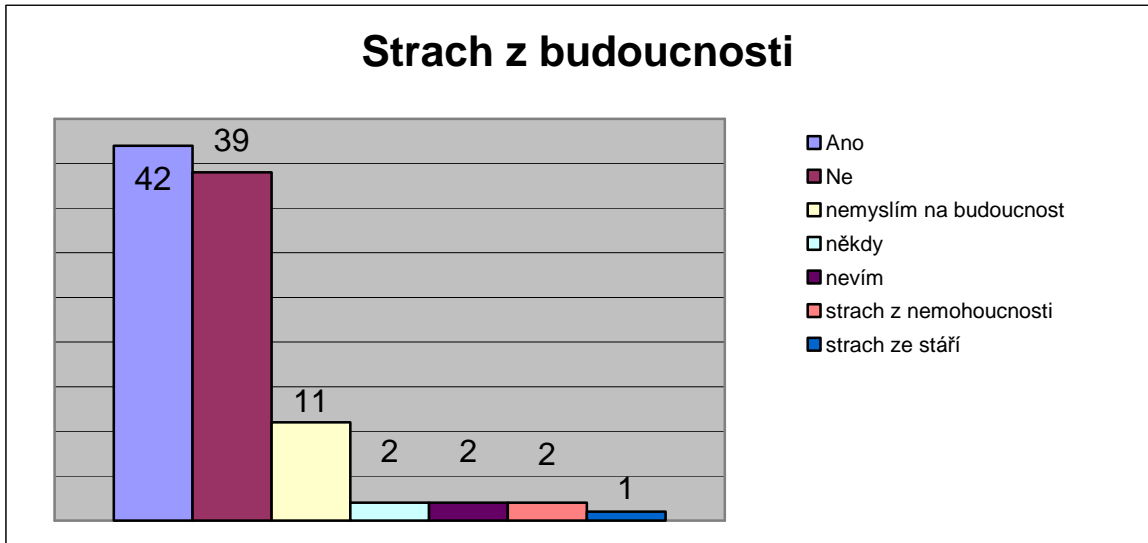
Z celkového počtu 100 respondentů je pro 26 z nich duchovní autoritou křesťanský kazatel nebo pastor, jen 1 zvolil rabína. 39 z dotazovaných považuje za svou duchovní autoritu nějakého moudrého člověka a 29 uvedlo, že nikdo takový neexistuje. Dva z klientů potom sami doplnili, že jejich duchovní autoritou je jejich otec. 1 uvedl matku, 1 svou dceru a 1 považuje za svou duchovní autoritu sám sebe.

Graf 16



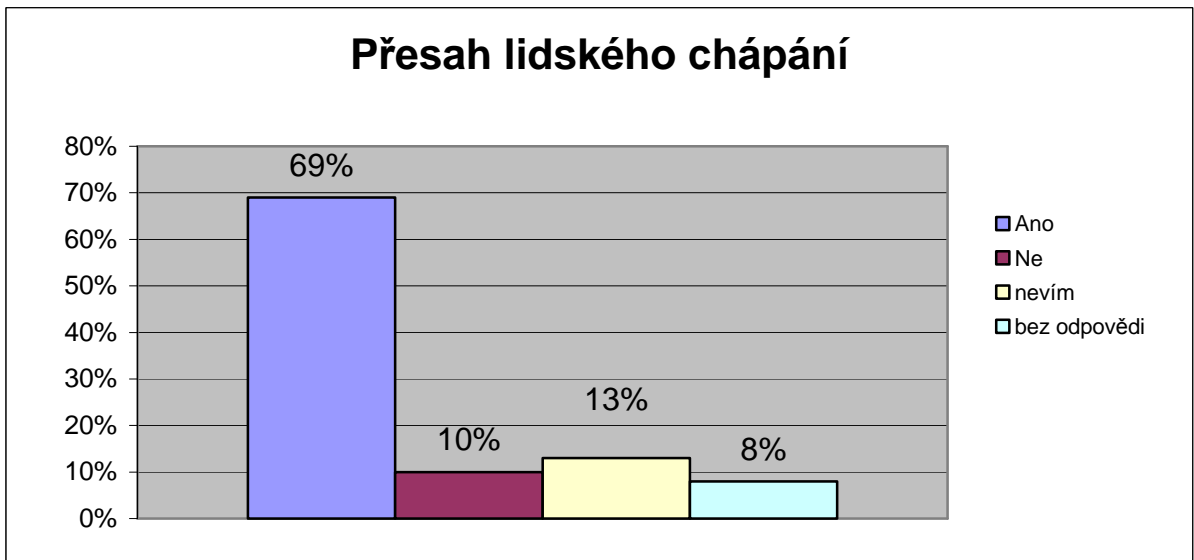
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) na dotaz, zda se v nemocnici často cítí sami odpovědělo kladně 36(36 %) a záporně 61(61 %) respondentů. Tři dotazovaní (3 %) ponechali tuto otázku bez odpovědi.

Graf 17



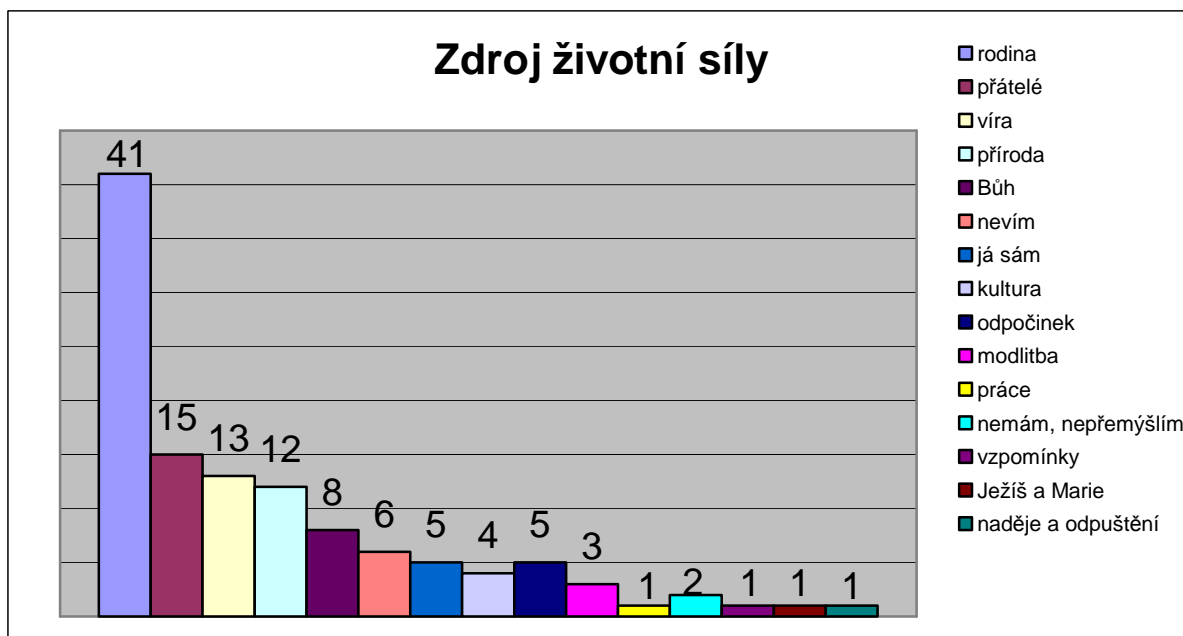
Z celkového počtu 100 respondentů vyjádřilo 42 klientů strach z budoucnosti a zvolilo odpověď ano, 39 klientů potom odpověď ne. 11 uvedlo, že na svou budoucnost nemyslí. V části, kde mohli respondenti sami doplňovat své odpovědi, se dvakrát objevila odpověď někdy, dvakrát nevím, 2 dotazovaní napsali, že nemají strach z budoucnosti ale z nemohoucnosti a 1 se bojí spíše stáří, než věcí budoucích.

Graf 18



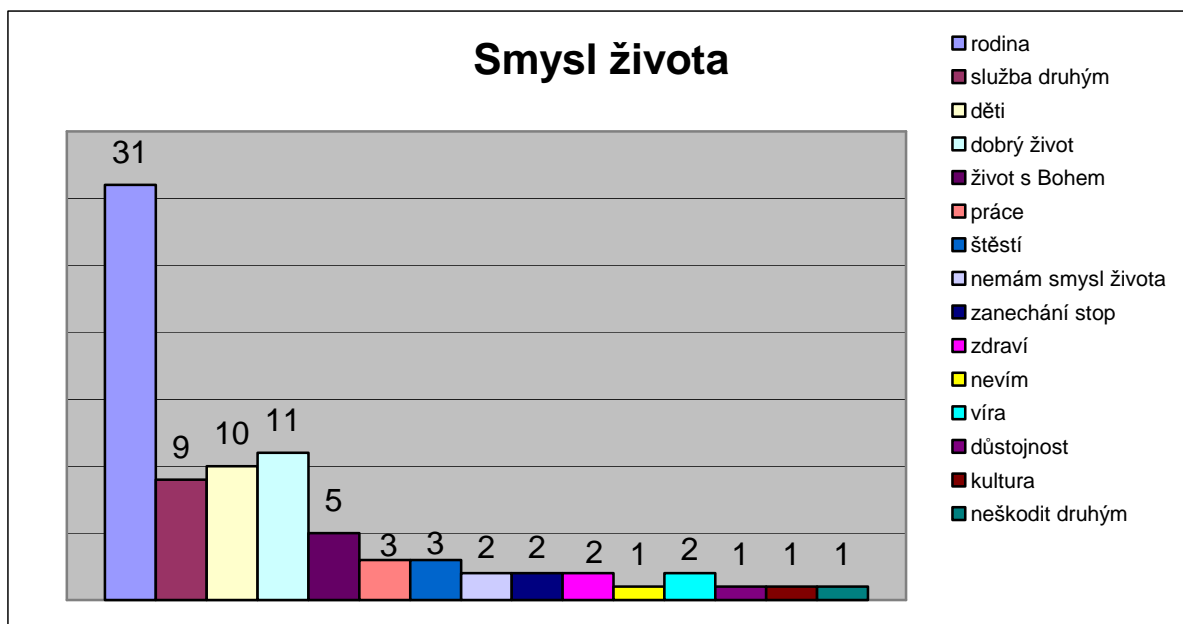
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) si 69 (69 %) dotazovaných myslí, že existuje něco, co přesahuje lidské chápání, 10 (10 %) uvedlo zápornou odpověď a 13 (13 %) zvolilo odpověď nevím. 8 osob (8 %) na otázku neodpovědělo.

Graf 19



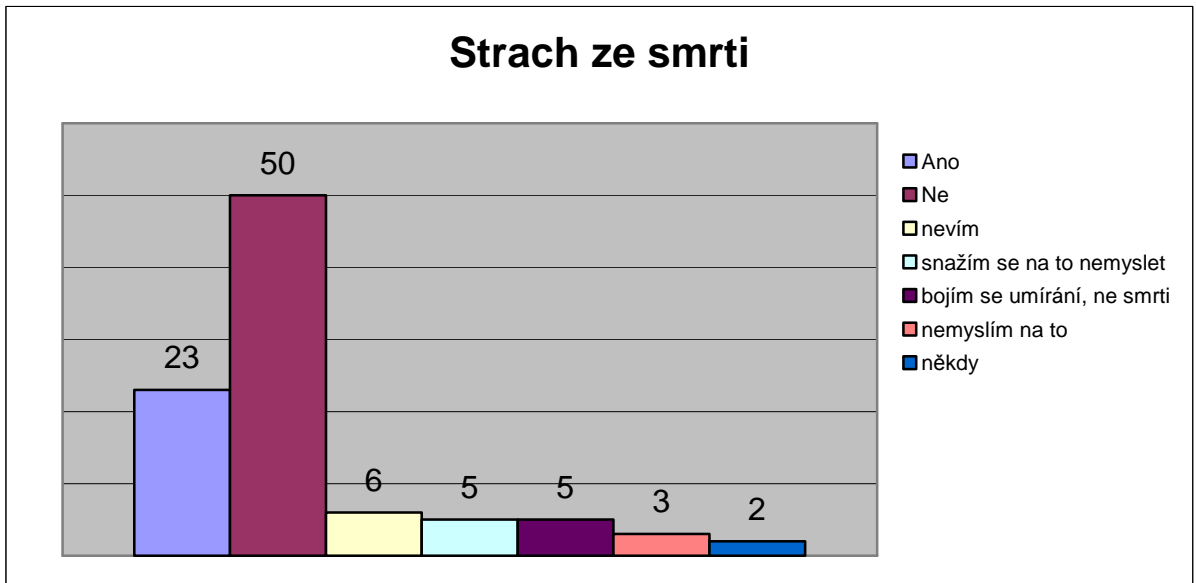
Z celkového počtu 100 respondentů jich suverénně nejvíc doplnilo odpověď rodina, objevila se 41 krát. Odpověď přátelé zazněla 15 krát, víra 13 krát a příroda 12 krát. 8 lidí uvedlo jako zdroj životní síly Boha, 6 lidí odpovědělo, že neví, kde svou sílu čerpají. 5 respondentů odpovědělo, že jsou sami sobě životním zdrojem síly. Pro 4 respondenty je to kultura, pro 5 odpočinek, pro 3 modlitba, pro 1 práce, 2 lidé takový zdroj nemají a nepřemýšlí o něm, pro 1 jsou jím vzpomínky, pro 1 Pán Ježíš a Panna Marie a pro 1 naděje a odpuštění.

Graf 20



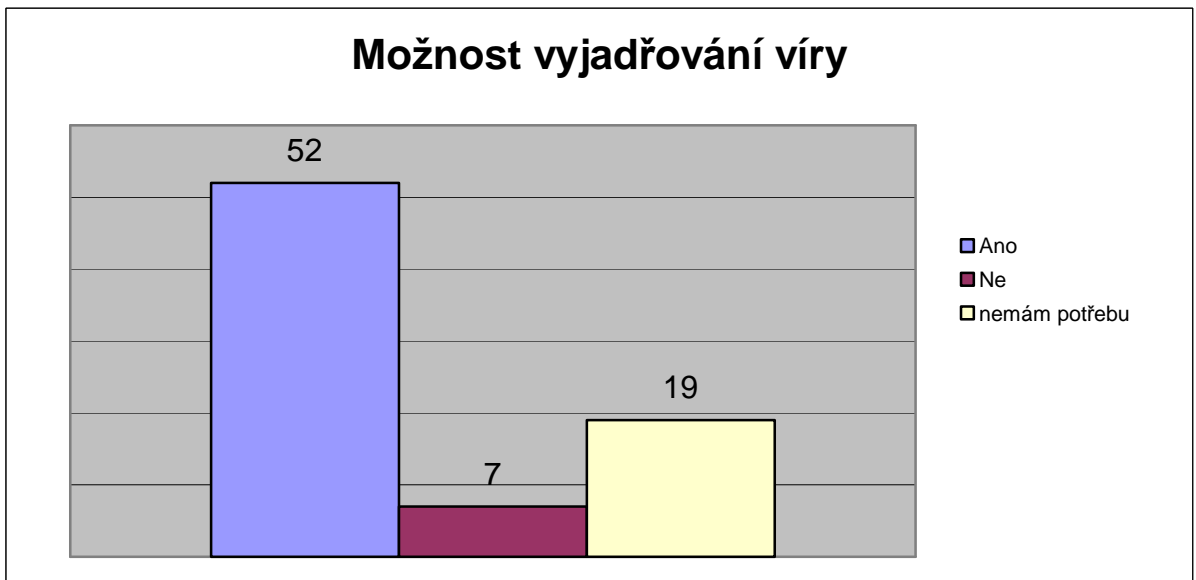
Z celkového počtu 100 respondentů jich opět nejvíce napsalo odpověď rodina, jako ke smyslu života se k ní přihlásilo 31 dotazovaných. Devět lidí vidí smysl života ve službě druhým. Pro 10 dávají životu smysl děti a pro 11 je to dobrý kvalitní život. Pět lidí zde uvedlo život s Bohem, 3 práci a 3 štěstí. Dva lidé nemají smysl života, pro 2 je smyslem zanechávání stop a pro další 2 zdraví. Jeden člověk neví, co je jeho smyslem života, pro 2 je to víra. Pro jednoho důstojnost, pro jednoho kultura a pro jednoho je smyslem neškodit druhým lidem

Graf 21



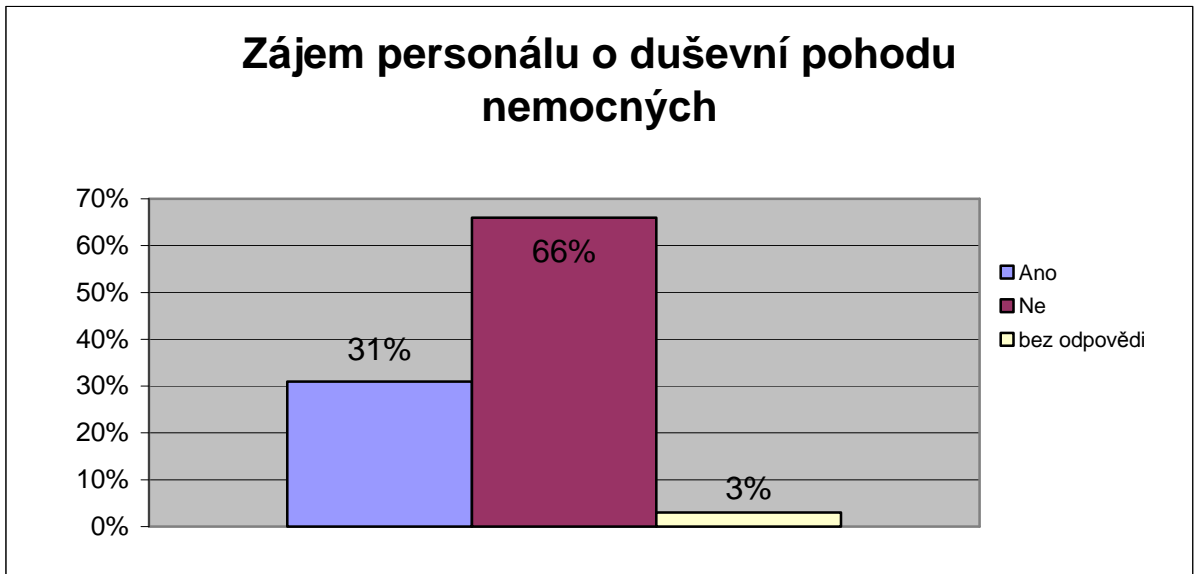
Z celkového počtu 100 respondentů na dotaz, zda se bojí smrti odpovědělo 23 dotázaných kladně. 50 z dotazovaných se smrti nebojí. V doplňovací části otázky 6 lidí uvedlo, že neví jestli se smrti bojí nebo ne. 5 klientů se na smrt snaží nemyslet a dalších 5 uvedlo, že se bojí spíše umírání než smrti. 3 dotazovaní na smrt nemyslí a 2 se jí bojí pouze někdy.

Graf 22



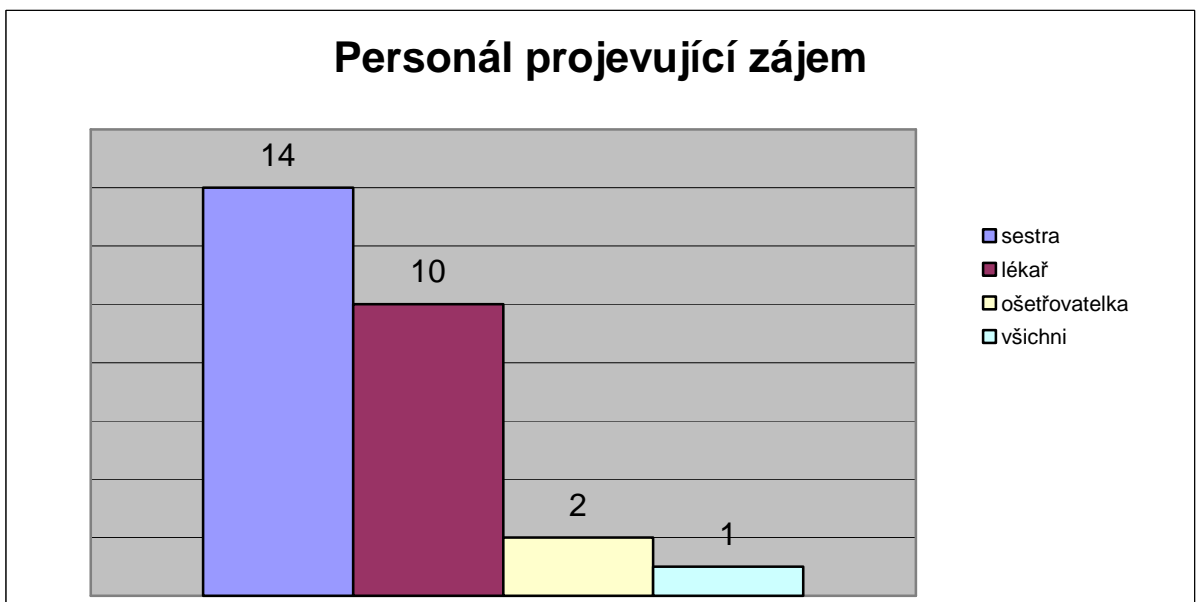
Z celkového počtu 100 respondentů 52 osob odpovědělo, že mohou v nemocnici vyjadřovat své náboženské přesvědčení a hlásit se ke své víře. 7 odpovědělo, že tuto možnost nemají. V doplňovací části otázky 19 lidí přímo uvedlo, že nemají potřebu takto se vyjadřovat.

Graf 23



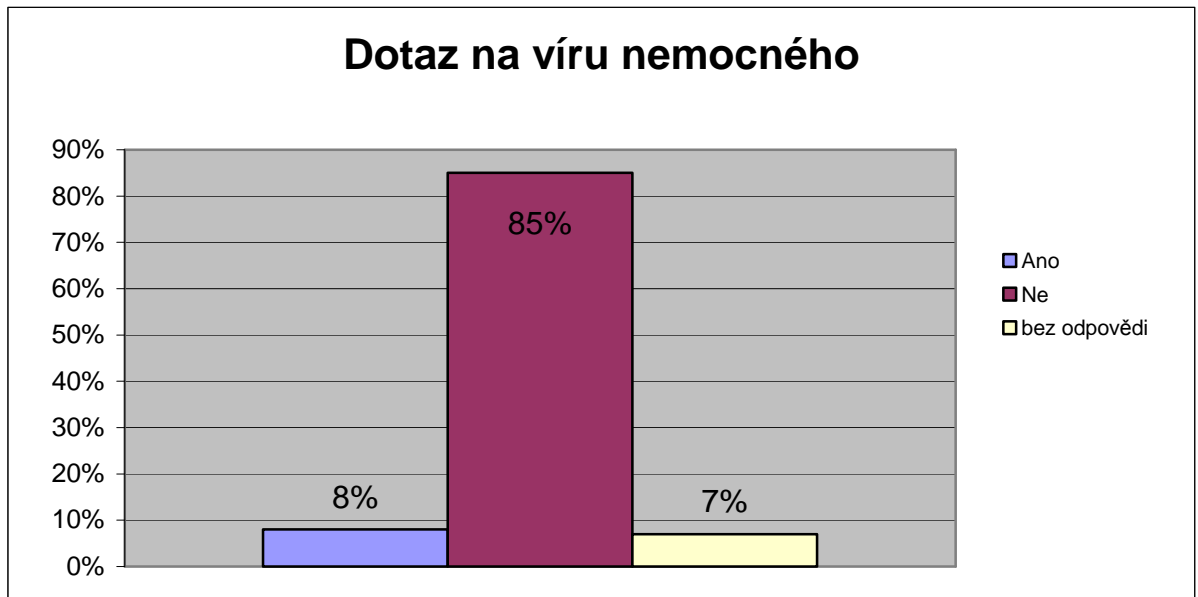
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) jich 31(31 %) vyjádřilo názor, že personál se zajímá o duševní pohodu pacientů, 66(66 %) respondentů vnímá situaci opačně, 3(3 %) ponechali otázku bez odpovědi.

Graf 24



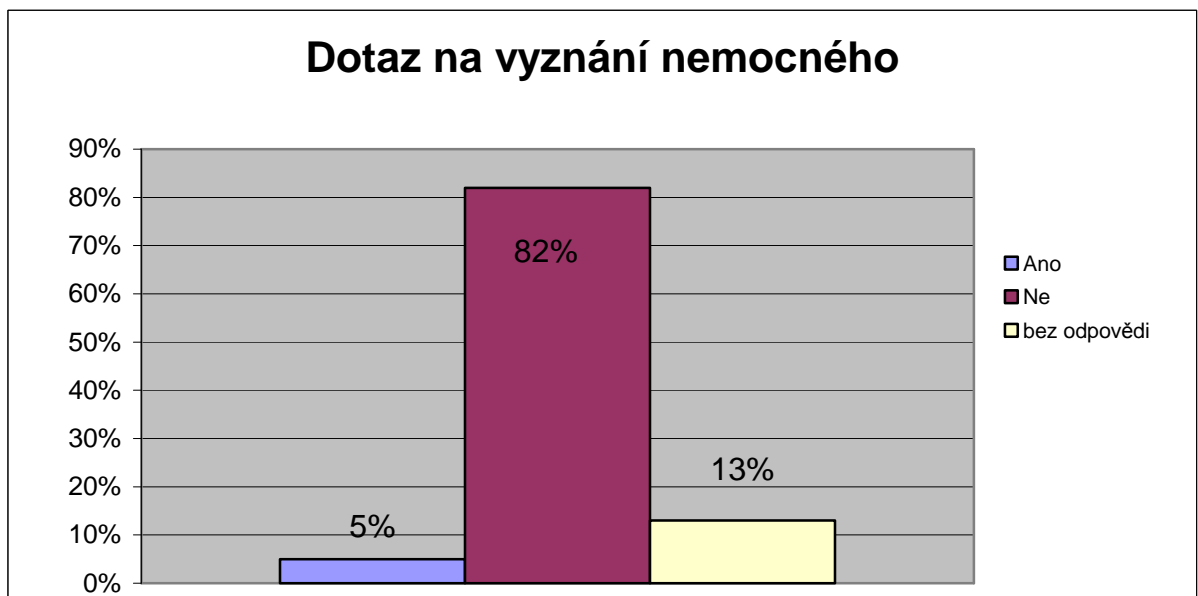
Z celkového počtu 100 respondentů, doplnilo 14 osob, že to byla sestra, kdo se zajímal o jejich duševní pohodu, v deseti případech to byl lékař, 2 krát ošetřovatelka a 1 pacient uvedl, že se o jeho duševní pohodu zajímal veškerý personál.

Graf 25



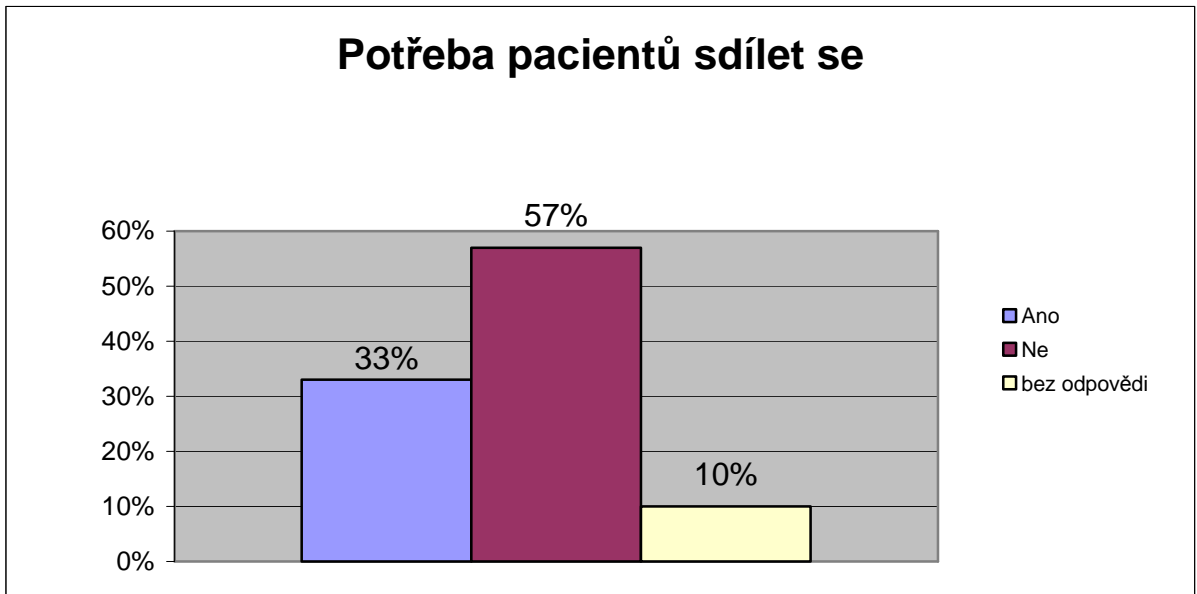
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) 8(8 %) souhlasilo s odpovědí, že se zdravotnický personál ptal na jejich víru. Záporně odpovědělo 85 dotazovaných a 7(7 %) ponechalo otázku bez odpovědi.

Graf 26



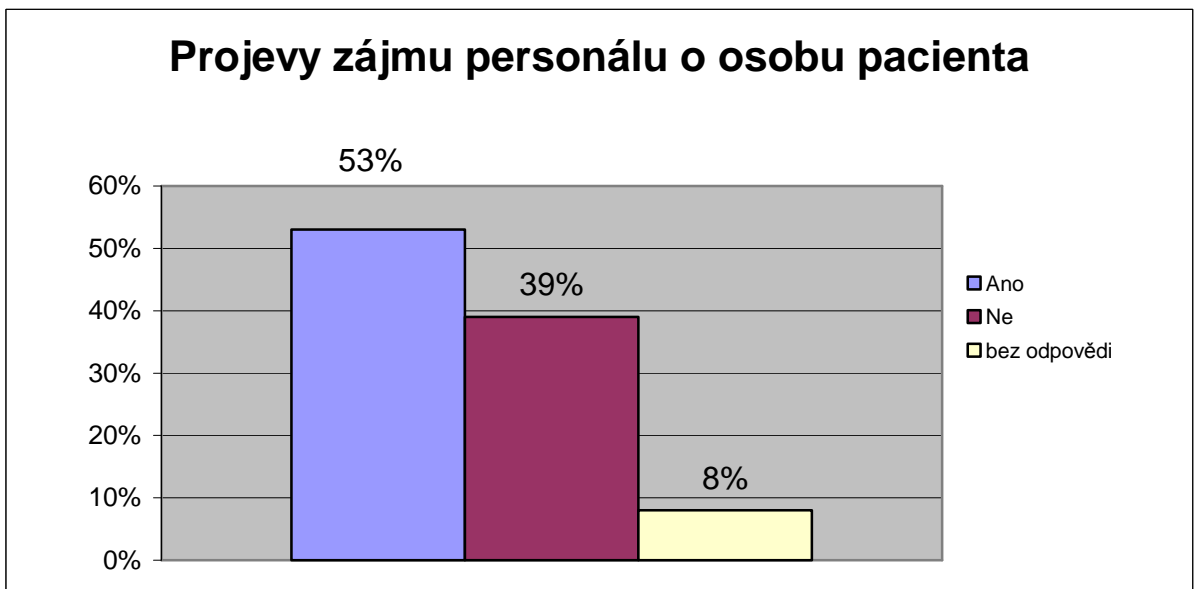
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) 5(5 %) souhlasilo s názorem, že se zdravotnický personál ptal na povahu vyznání pacienta. Záporně odpovědělo 82(82 %) tázaných, 13 (13 %) na otázku neodpovědělo.

Graf 27



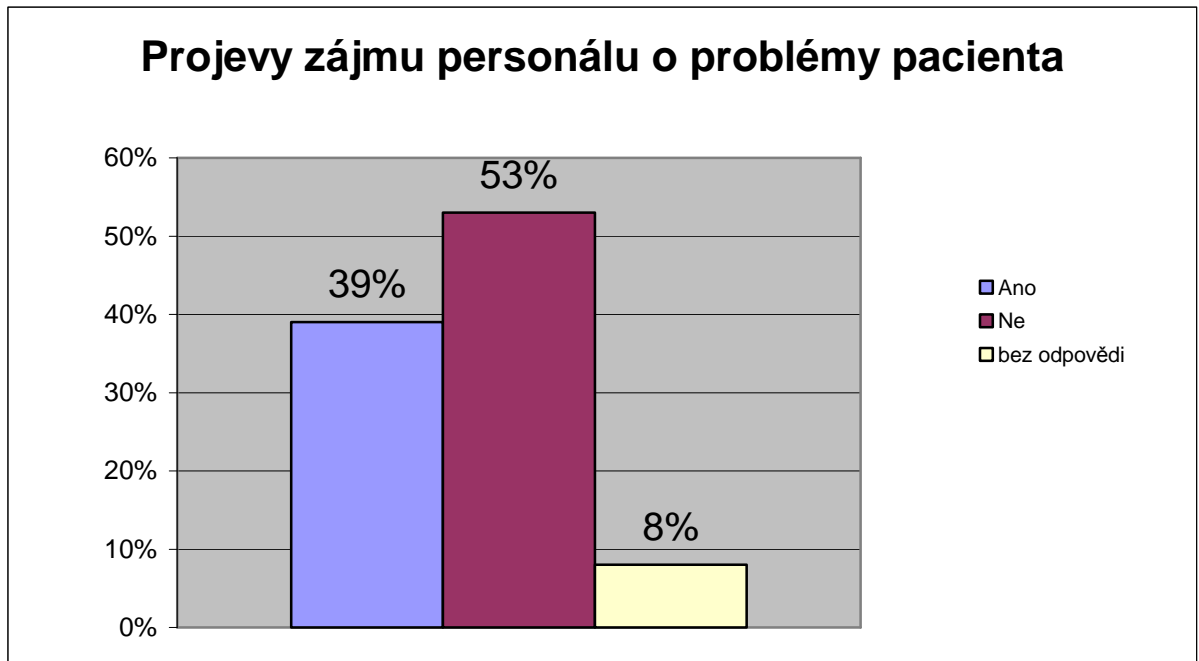
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) ohledně zájmu personálu o víru a pocity pacienta odpovědělo 33(33 %) klientů ano, přáli by si zájem ze strany zdravotníků. Opačně ale odpovědělo 57(57 %) dotazovaných, ti by si případný zájem nepřáli a 10(10 %) ponechalo otázku bez odpovědi.

Graf 28



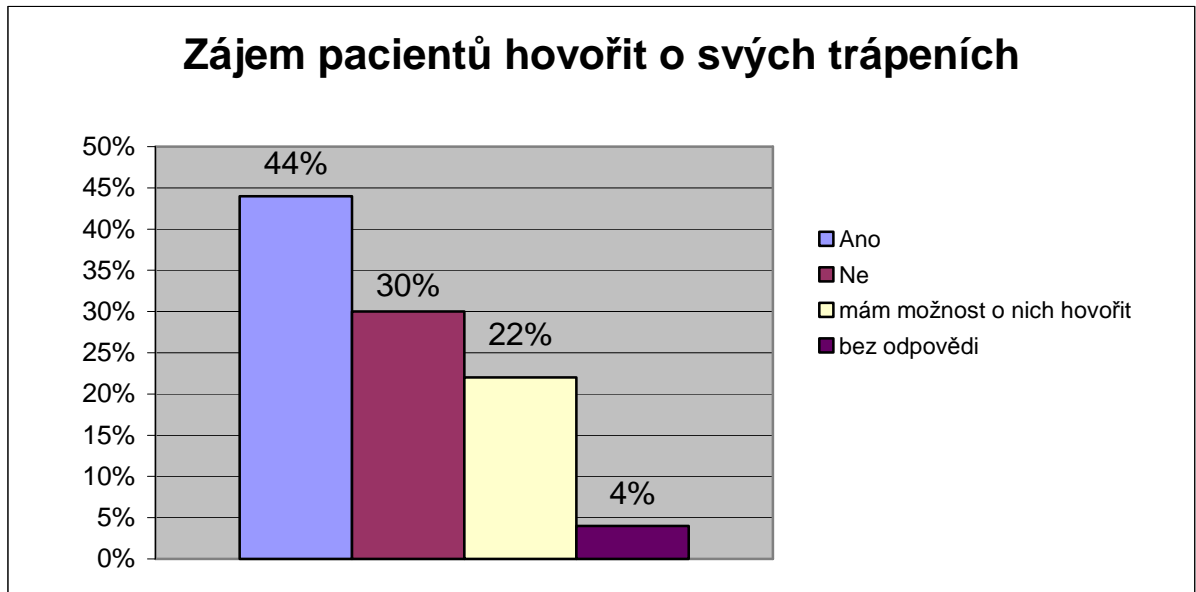
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) vyjádřilo 53 (53 %) dotázaných názor, že zdravotnický projevuje opravdový zájem o osobu pacienta, záporně odpovědělo 39(39 %) lidí. 8(8 %) osob na otázku neodpovědělo

Graf 29



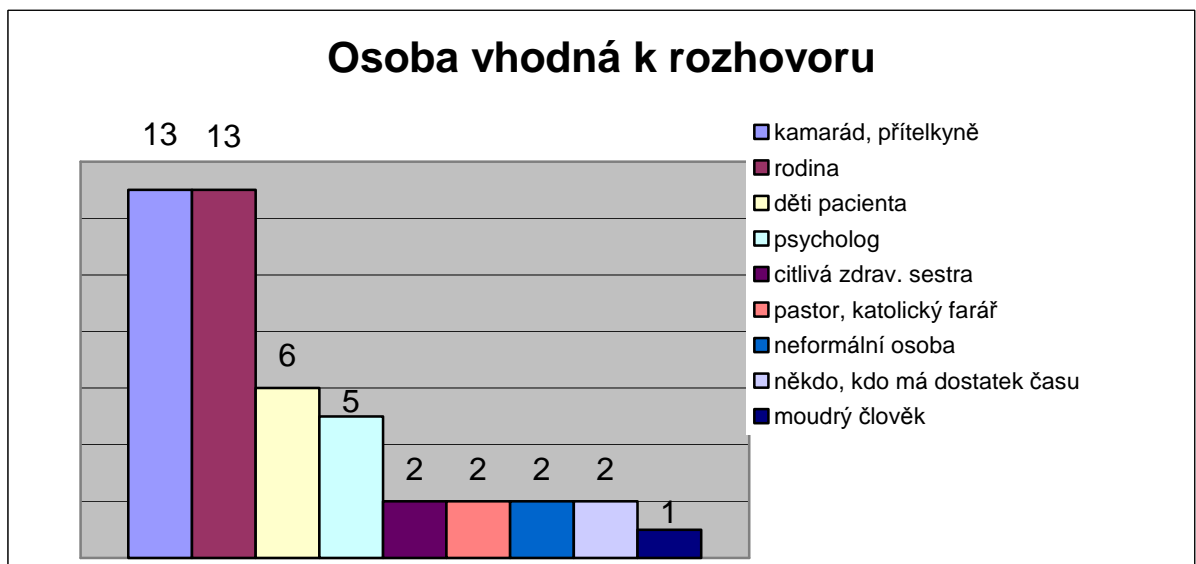
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) 39(39 %) uvedlo, že se personál zajímá o problémy svých klientů, 53(53 %) bylo opačného názoru a 8(8%) se k otázce nevyjádřilo.

Graf 30



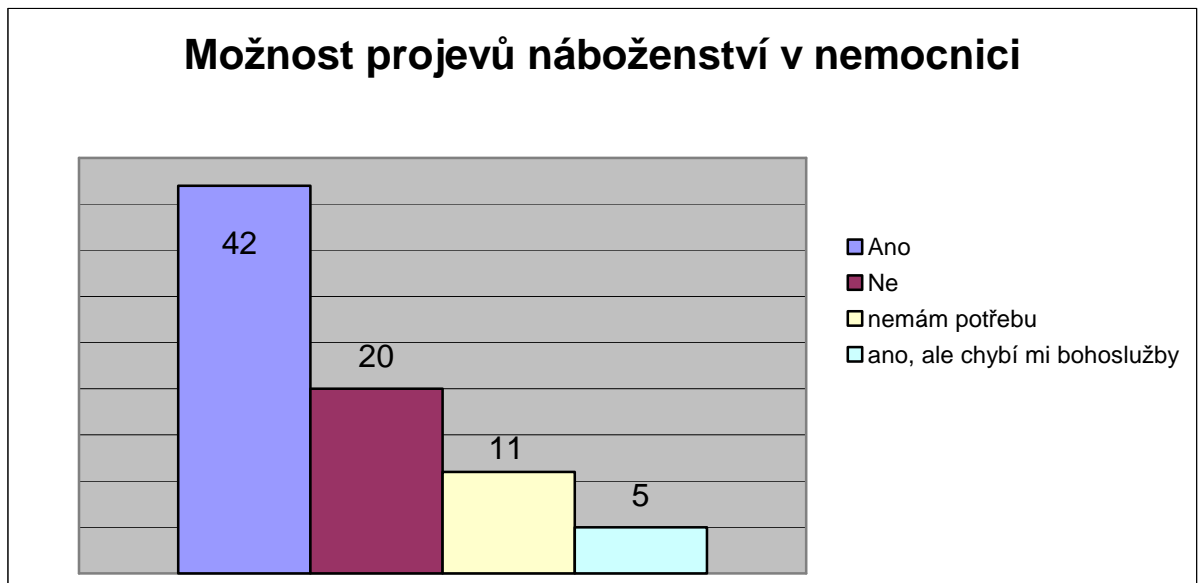
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) by si návštěvu osoby, se kterou by mohli diskutovat o záležitostech, které je trápí přálo 44(44 %) respondentů, 30(30 %) klientů by s takovou osobou mluvit nechtělo a 22(22 %) tázaných má možnost s takovou osobou pravidelně hovořit 4(4 %) na otázku neodpověděli.

Graf 31



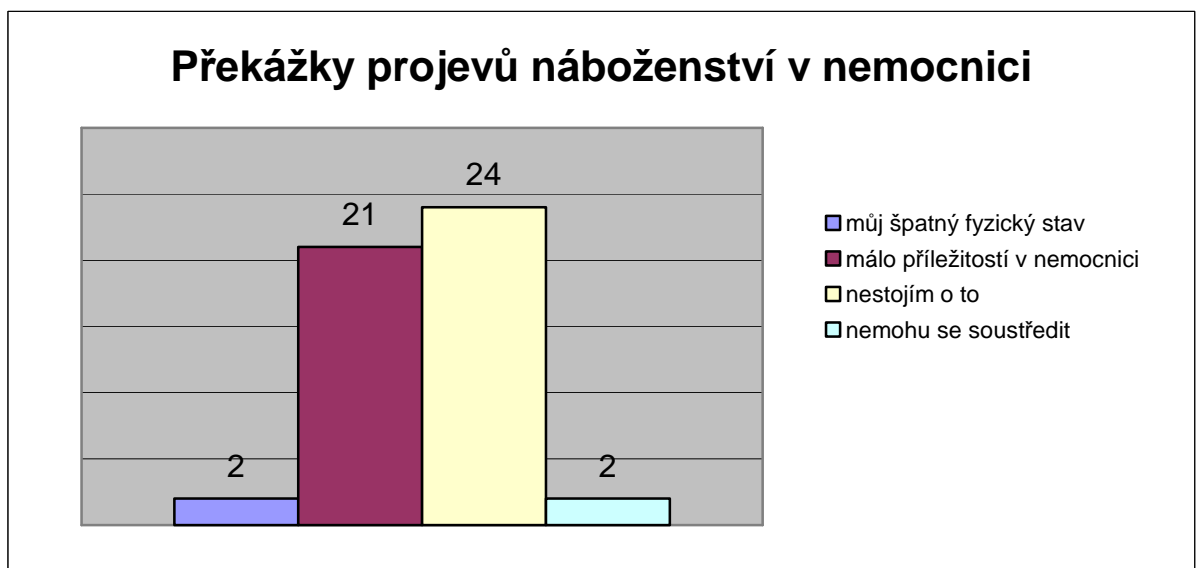
Z celkového počtu 100 respondentů by ve 13-ti případech o svých trápeních lidé nejraději pohovořili se svým kamarádem nebo přítelkyní. 13 krát byla také zmíněna rodina klienta, zvláště pak jeho děti, se kterými by chtělo mluvit 6 respondentů. 5 respondentů by rádo mluvilo s psychologem, 2 s citlivou sestrou, 2 s pastorem nebo katolickým farářem, 2 s nějakou neformální osobou, dvěma lidem by stačil obyčejný člověk, který má dostatek času a jeden by si přál mluvit s někým, kdo má dostatek moudrosti.

Graf 32



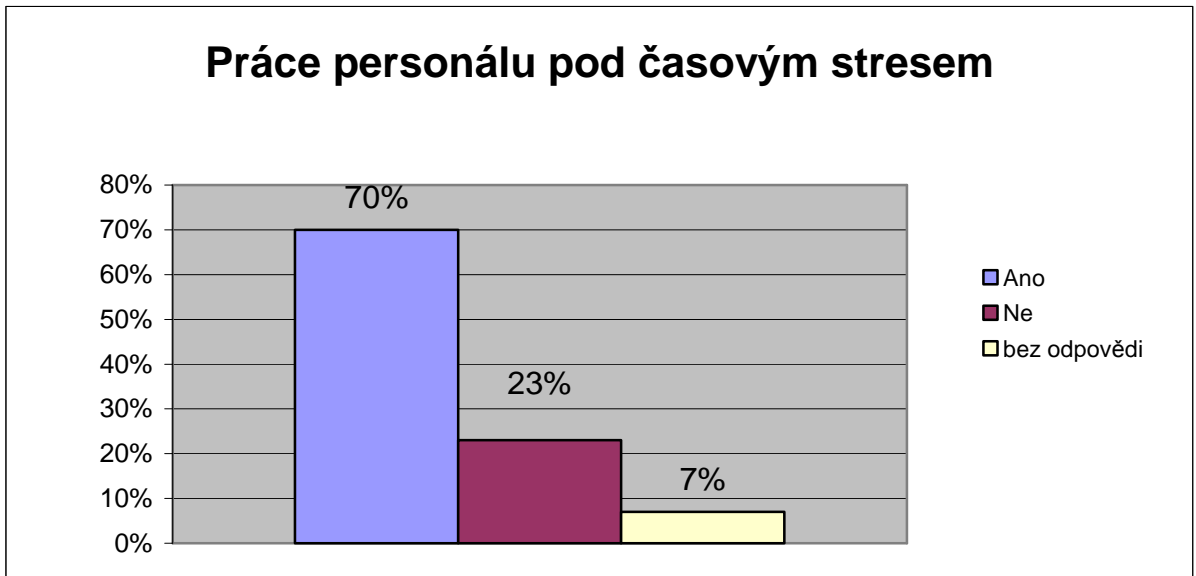
Z celkového počtu 100 respondentů na dotaz ohledně možností duchovně se realizovat při hospitalizaci odpovědělo 42 tázaných, že v této oblasti nemají problémy a necítí omezení. 20 odpovědělo záporně, omezení cítí. 11 lidí připsalo vedle dotazníku, že nemají tyto potřeby a 5 připsalo, že se sice mohou modlit a nikdo jim nebrání v četbě duchovní literatury, ale že jim chybí bohoslužba.

Graf 33



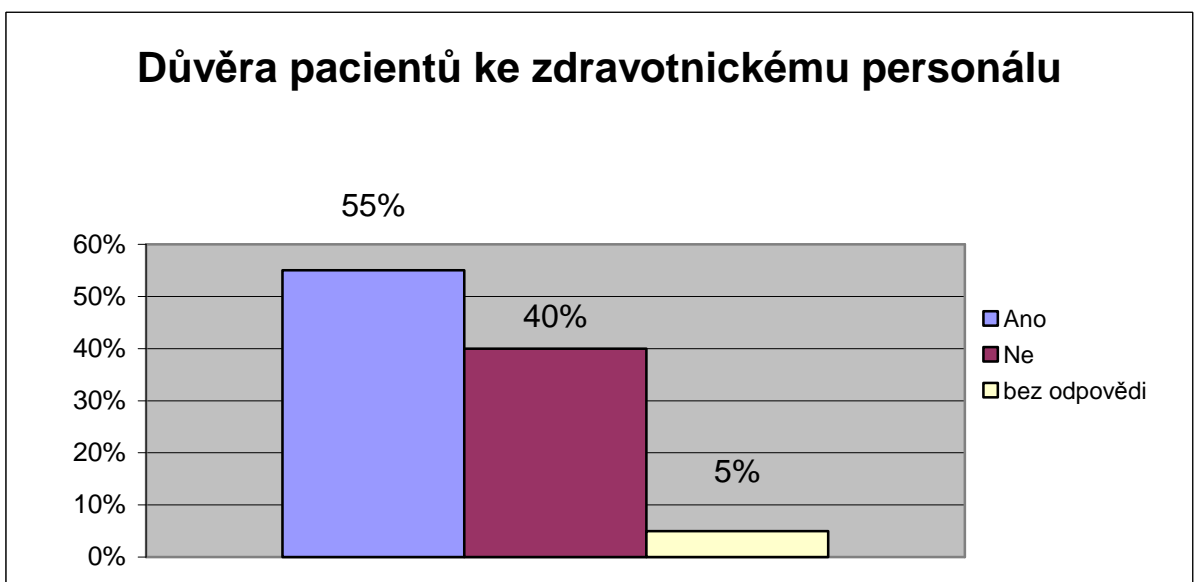
Z celkového počtu 100 respondentů by svůj špatný fyzický stav označili za překážku k realizaci svého duchovního života v nemocnici 2 klienti. Absence příležitostí ze strany nemocnice je na vině podle 21 klientů. 24 dotázaných uvedlo, že o podobné služby nestojí a 2 klienti v doplňující části uvedli, že se na svůj duchovní život momentálně nemohou soustředit.

Graf 34



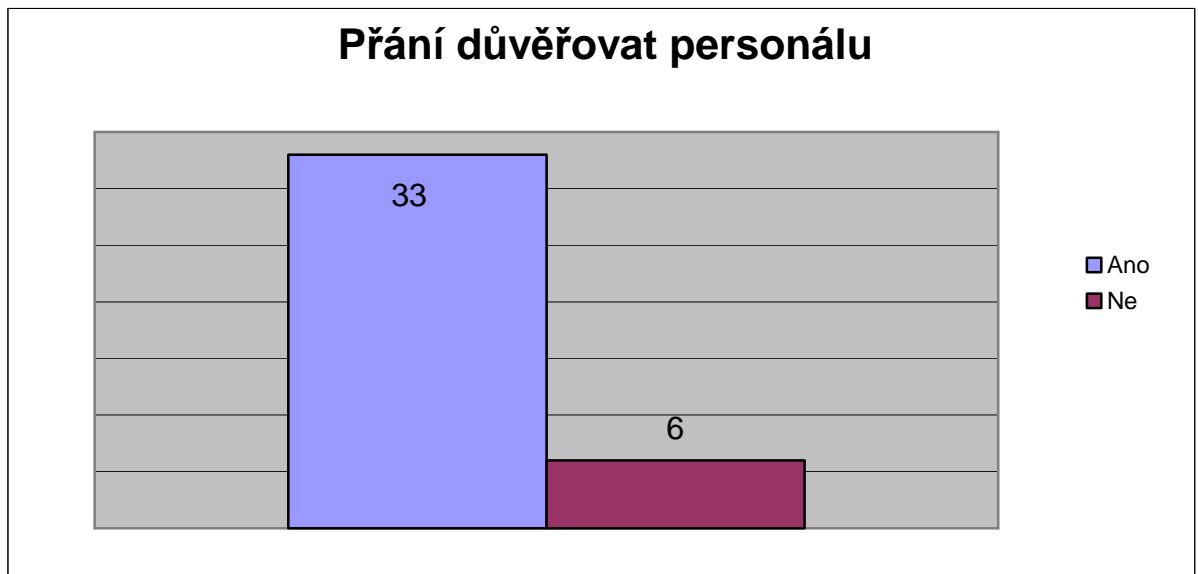
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) je 70(70 %) osob toho názoru, že personál pracuje pod časovým stresem. 23 (23 %) klientů si myslí, že zdravotnický personál má na svou práci dostatek času, 7(7 %) se k otázce nevyjádřilo.

Graf 35



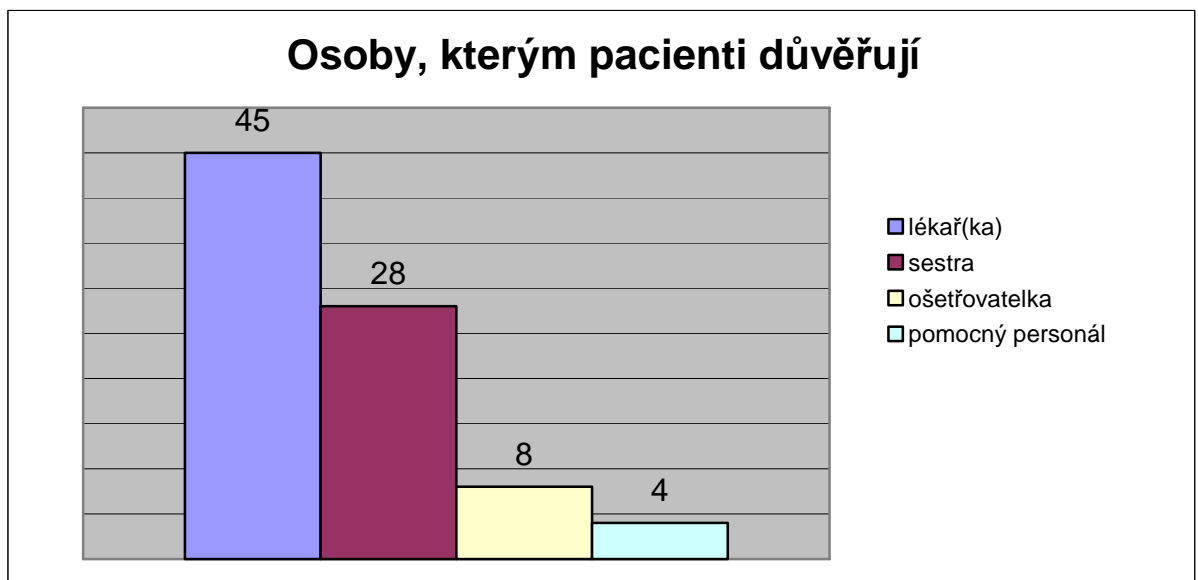
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) 55(55 %) uvádí, že mezi personálem je nějaká osoba, které skutečně důvěřují. 40 (40 %) klientů takovou osobu nemá a 5(5 %) pacientů neuvadlo svou odpověď.

Graf 36



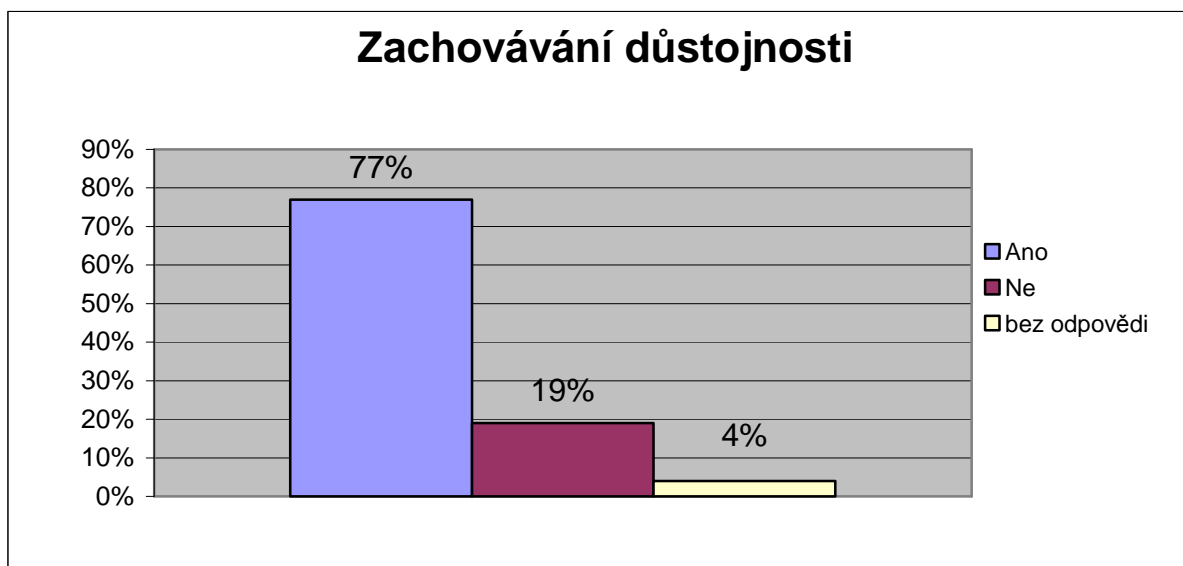
Z celkového počtu 100 respondentů vyjádřilo přání někomu z personálu skutečně důvěřovat 33 osob. Šest respondentů se vyjádřilo záporně, o nikoho takového nestojí.

Graf 37



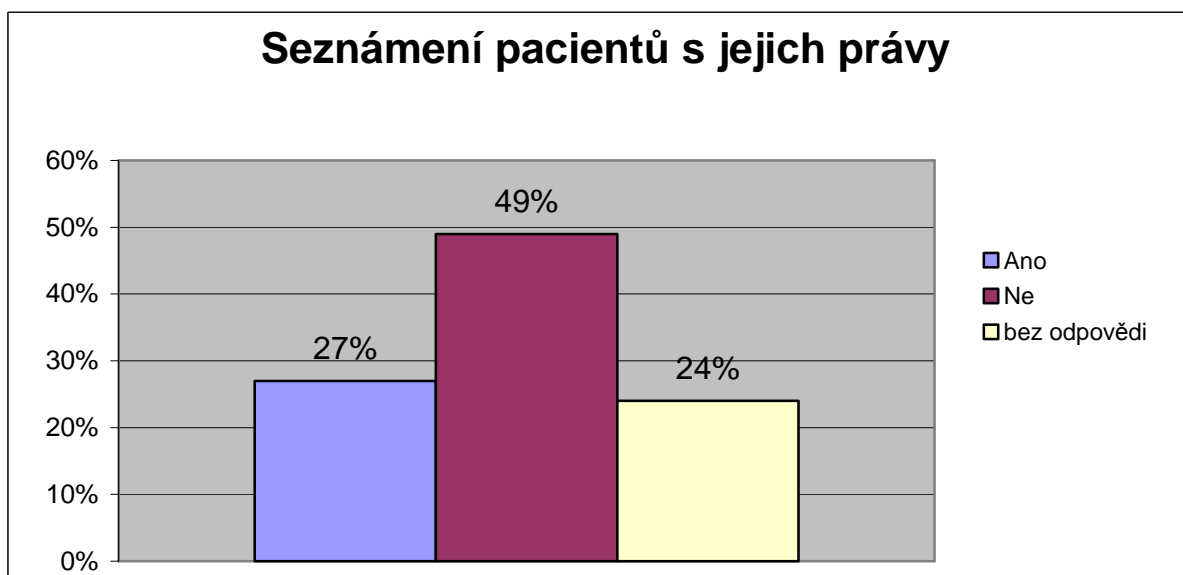
Jako osobu, které v nemocnici nejvíce důvěřují, lidé označili lékaře nebo lékařku, z celkového počtu 100 respondentů tato odpověď zazněla 45krát. Pro 28 dotazovaných je objektem důvěry sestra, pro 8 ošetřovatelka a pro 4 člen pomocného personálu.

Graf 38



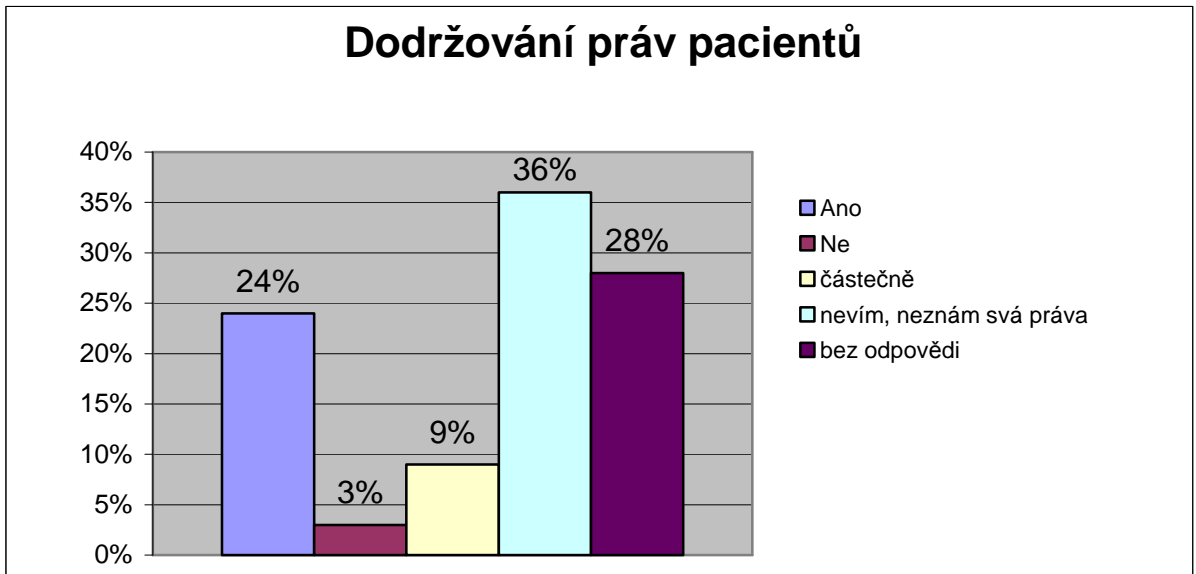
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) si 77(77 %) klientů myslí, že jejich důstojnost je zachovávána, 19(19 %) klientů má opačný názor a 4(4 %) neuvodli svou odpověď.

Graf 39



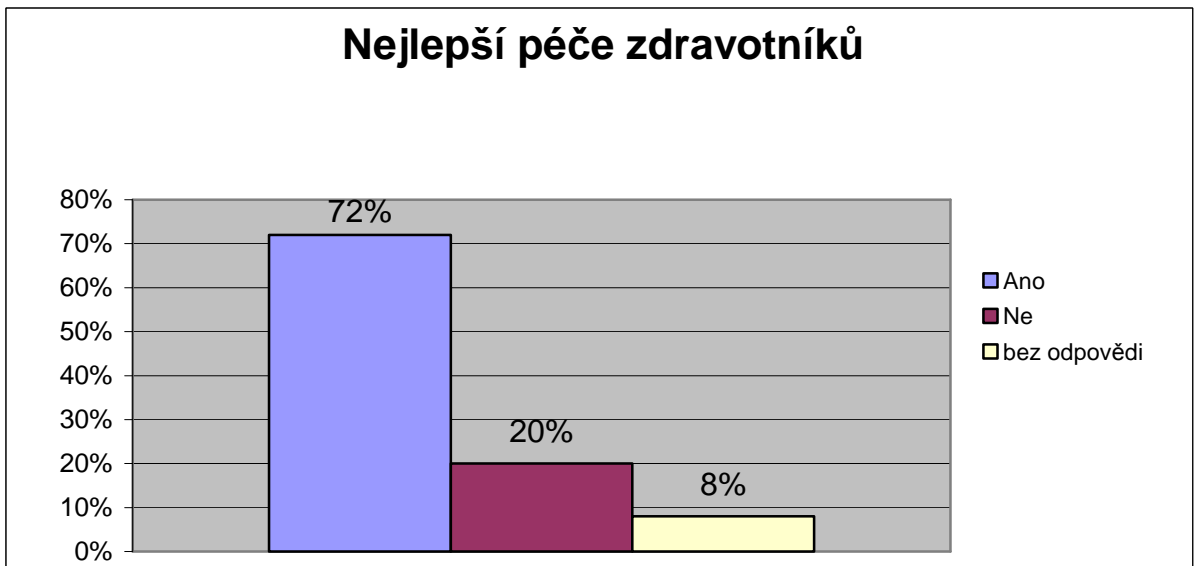
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) na dotaz, zda byli seznámeni s právy pacientů, odpovědělo kladně 27(27 %) klientů, 49(49 %) klientů odpovědělo záporně a 24(24 %) z nich neuvodlo svou odpověď.

Graf 40



Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) 24(24 %) odpovědělo kladně a myslí si, že jejich práva jsou při hospitalizaci dodržována, 3(3 %) se domnívají, že dodržována nejsou, 9(9 %) je toho názoru, že jen částečně a 36(36 %) odpovědělo, že neví, protože neznají svá práva, 28(28 %) osob nevedlo svou odpověď.

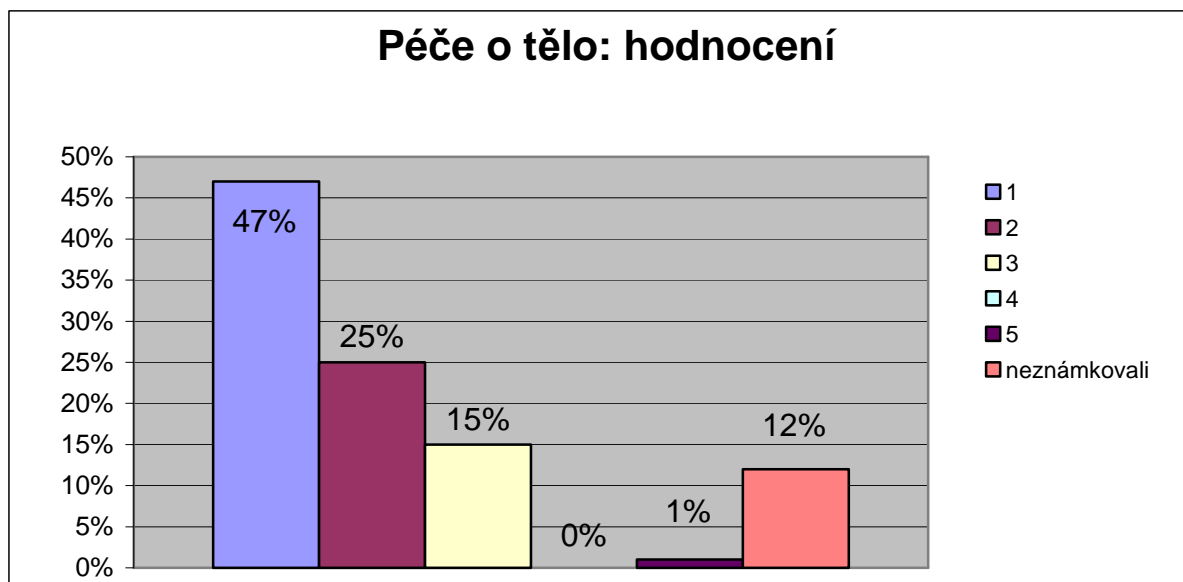
Graf 41



Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) je 72(72 %) toho názoru, že se o ně zdravotnický personál stará, jak nejlépe umí, 20(20 %) vyjádřilo názor, že to tak není a 8(8 %) na otázku neodpovědělo.

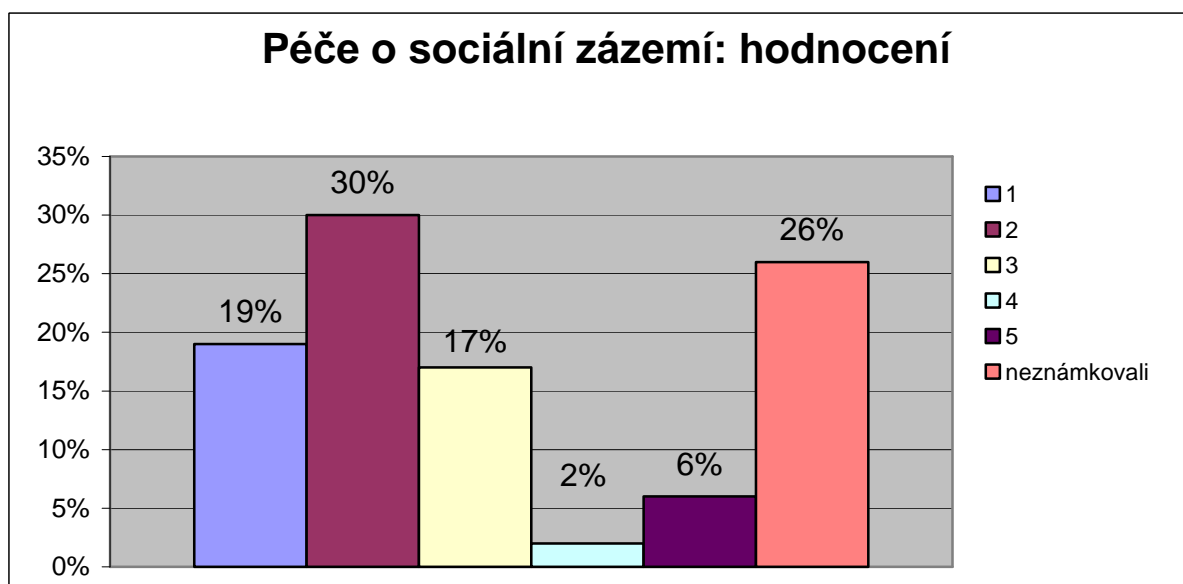
V této části dotazníku byli klienti požádáni, aby ohodnotili jednotlivá spektra péče, která je jim při hospitalizaci věnována: oblast biologickou, sociální, duševní a duchovní. Hodnotilo se na škále: 1 – nejlepší a 5 – nejhorší.

Graf 42 A



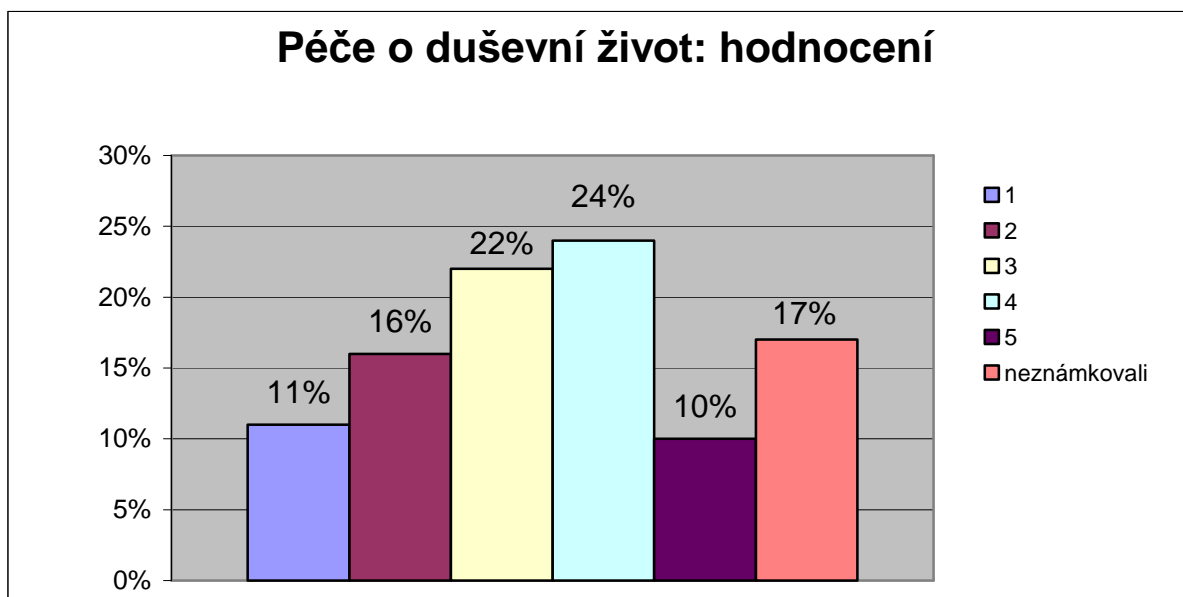
Hodnocení: hodnota 1 byla z celkového počtu 100 (100 %) udělena – 47x (47 %), 2 – 25x(25 %), 3 – 15x(15 %), 4 – 0x(0 %), 5 – 1x(1 %), nehodnotilo 12(12 %) osob
průměrná hodnota: 1,67

Graf 42 B



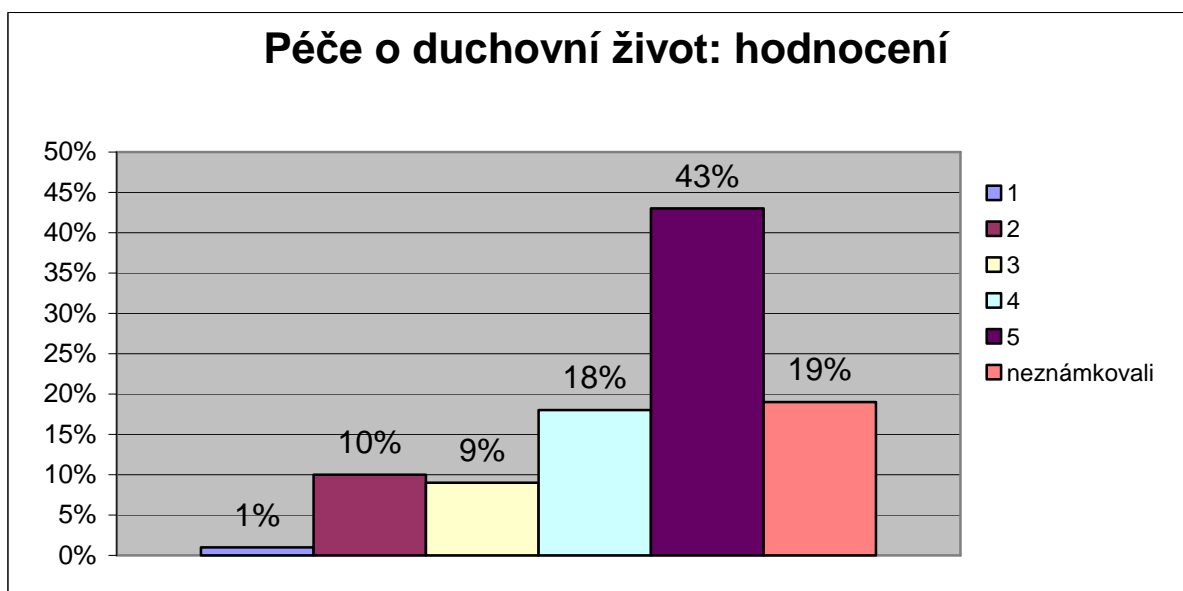
Hodnocení: hodnota 1 byla z celkového počtu 100 (100 %) udělena - 19x(19 %), 2 – 30x (30 %), 3 – 17(17 %)x, 4 – 2x(2 %), 5 – 6x(6%), nehodnotilo 26(26%) osob
průměrná hodnota: 2,27

Graf 42 C



Hodnocení: hodnota 1 byla z celkového počtu 100 (100 %) udělena – 11x(11%), 2 – 16x(16 %), 3 – 22x(22%), 4 – 24(24 %)x, 5 – 10(10 %)x, nehodnotilo 17(17%) osob
Průměrná hodnota: 3,07

Graf 42 D



Hodnocení: hodnota 1 byla z celkového počtu 100(100 %) udělena – 1x(1 %), 2 – 10x(10 %), 3 – 9x(9 %), 4 – 18x(18 %), 5 – 43x(43%), nehodnotilo 19(19 %) osob
průměrná hodnota: 4,13

5. Diskuse

Nyní budeme interpretovat data získaná z dotazníků. Je třeba mít na mysli, že se nepohybujeme na poli exaktních věd a přesto se snažíme zmapovat něco tak neuchopitelného, jako je spiritualita člověka.

Graf 1 mapuje prosté zastoupení věkových skupin. Na dotazník odpovídaly především starší věkové skupiny pacientů hospitalizovaných na interních odděleních. Tento typ oddělení byl zvolen, protože pacienti zde hospitalizovaní většinou trpí chronickými nemocemi a mají větší motivaci zamýšlet se nad otázkami smyslu života a smrti. Tito lidé většinou už netouží po kráse a úspěchu, ale jsou vděční za život a možnost být s lidmi, které milují. Interní onemocnění se také mnohem častěji váže k vyššímu věku osob. Proto také bylo pacientů ve věkovém rozmezí od 18 do 30 let pouze 4(4 %), nemocných od 30 – do 45 let 11(11 %), nemocných od 45 do 60 let 32(32 %) osob, pacientů od 60 do 75 let 27(27 %) a pacientů, kteří překročili věkovou hranici 75 let bylo 26(26 %) osob.

Graf 2 poskytuje informaci o poměrném zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku pacientů. Žen bylo o něco více a to 58(58 %) osob, mužských klientů, kteří vyplňovali dotazník bylo 42(42 %) osob. Skutečnost, že počet hospitalizovaných žen obvykle převyšuje počet hospitalizovaných mužů, je obecně známým jevem.

Graf 3 mapuje odpovědi na otázku: "Považujete sám sebe za věřícího člověka?" Na tuto otázku odpovědělo ano 61(61 %) pacientů a 36(36 %) osob odpovědělo, že sami sebe za věřící nepovažují. Sdělil-li nám pacient, že je věřící, je třeba mít na zřeteli, že jde o informaci velmi individuální. Slyšíme-li v české společnosti v rozhovoru poznámku: "Jsem věřící", pravděpodobně ihned nabudeme přesvědčení, že před námi stojí křesťan s největší pravděpodobností římskokatolického vyznání. To ale není zcela přesné. Člověk může sám sebe považovat za věřícího, i když jeho víra neodpovídá žádnému známému vyznání a není členem žádné církve, duchovního společenství nebo sekty. Něco podobného popisuje Šimek ve svém článku "Péče o spirituální potřeby nemocných," když hovoří o víře pacientů ve vlastního boha, kdy tento bůh bývá abstrakcí potřeb spravedlnosti, životního smyslu, světa lásky. Může jít o prostou vnitřní zbožnost nebo přesvědčení, může jít o vztah k něčemu, co přesahuje lidskou existenci. Stejně tak však může jít i o přesný opak. Věřícím sám sebe nazývá i člověk, který Boha nezná a ani se k němu neobrací, pouze byl kdysi v minulosti např. pokřtěn jako dítě nebo se jen hlásí k odkazu svých věřících předků. Sdělil-li nám pacient, že je věřící, není dobré si ho právě

z těchto důvodů okamžitě zařadit pod pojem, co "být věřící" znamená pro nás osobně, ale uvědomovat si, že jde o okolnost velmi individuální. [Šimek, 2006]

Kozierová se ve své knize Ošetrovatel'stvo odvolává na Jamese Fowlera a víru, nebo také duchovní dimenzi nazývá silou, která lidskému životu dává smysl.[Kozierová, 1995]

Odpovědi na otázku, které znázorňuje graf 4, potvrzují předchozí tvrzení. Na otázku: "Věříte v Boha?" odpovědělo kladně jen 55(55 %) osob, záporně potom 41 (41%). Současně ale platí, že přestože se 61(61 %) osob považuje za věřící, v Boha věří jen 55(55 %) lidí ze zkoumané skupiny. Naopak přestože 36(36 %) osob sami sebe nepovažují za věřící, 41(41 %) osob v Boha věří.

MUDr. Eva Kalvínská uvádí jiná čísla, vychází při nich z podkladů získaných při sčítání lidu. Odhady činí kolem 5% praktikujících věřících z celkového počtu 25 – 30% obyvatel organizovaných v církvích. Z toho vyplývá, že až 70% a možná i více našich pacientů není organizováno v církvi, nicméně duchovní podporu mohou také potřebovat. [Kalvínská 2006, s.111]

Graf 5 mapuje názory lidí, kteří se považují za věřící, ale neztotožňují se s vírou v jediného křesťanského Boha, což je v naší zemi asi nejobvyklejší. U první možnosti a sice ve výrazu "věřím v boha" bylo slovo bůh záměrně napsané s malým b. Devět lidí ho přepsalo na velké. Kromě nich tuto variantu zvolilo ještě dalších 26 lidí. Devět lidí zvolilo možnost víry v "nadpřirozenou sílu" a 33 dalších v "něco, co nás přesahuje." Výraz "nadpřirozená síla" evokuje představu, že jde o něco, co je schopné samo činit rozhodnutí a vykonávat nebo měnit věci. Výraz "něco, co nás přesahuje" je také velmi obecný, ale nabízí se myšlenka, že nad námi, mezi námi nebo v nás se nachází něco, co nemůžeme postihnout, zároveň je to však pasivní a kromě své existence si to na nás nečiní žádné nároky. 16 osob zvolilo možnost víry v člověka a jeho schopnosti. Do nemocnic jsem přicházela s představou, že v české skeptické společnosti bude takových lidí mnohem více. 13 osob souhlasilo s možností, že nevěří v nic. Na výzvu, aby doplnili svůj názor, pokud jim nevyhovuje nabídka dotazníku, napsali dva lidé, že věří v osud a dva lidé, že sice v něco věří, ale nedokáží to definovat nebo zformulovat slovy. Jeden člověk se vyjádřil, že věří sám v sebe. Tento názor by se pravděpodobně objevoval častěji, pokud by dotazník nevyplňovali nemocní lidé, kteří už byli konfrontováni s vlastní bezmocí. Pouze jeden člověk uvedl, že věří ve svou rodinu. Tito lidé chápou, že jejich rodina a láska jejich bližních jim může velmi pomoci a prospět, nemá však moc vrátit zdraví nebo život. Jeden člověk do dotazníku připsal, že věří v

"nějakou sílu", neztotožnil se tedy ani s variantou nadpřirozené síly nebo něčeho, co nás přesahuje. Šimek ve svém článku Péče o spirituální potřeby nemocných vyslovuje myšlenku, že duchovní svět a duchovní život se netýká pouze víry v boha, ale každý člověk hledá smysl života, aby na něm mohl vybudovat mezilidské vztahy. [Šimek, 2006]

Graf 6 zaznamenává víru respondentů v nadpřirozené jevy a skutečnosti, kterým lidé věří v důsledku svého přesvědčení. Možnost víry v posmrtný život, zvolilo 37 osob. Jelikož víru v posmrtný život vyznává jak křesťanství, tak také judaismus a islám, dalo by se předpokládat, že mezi těmito hlasy budou buď členové některé z těchto světových církví nebo osobní zbožnost a přesvědčení jednotlivců, kteří nepatří do žádné církve, ani neznají jejich věrouku. Stejně tak tomu může být i u druhé možnosti, kde 8 pacientů zvolilo možnost víry v převtělování. Tato víra je součástí řady východních náboženství, především hinduismu. Může ale také jít o osobní vyznání víry, neztotožňující se jinak s žádným náboženským vyznáním. Podobně je tomu i u třetí možnosti, kde mohli respondenti zvolit možnost víry v anděly nebo jiné nadpřirozené bytosti. Zde souhlasně odpovědělo 22 osob. Skeptickou odpověď : nevěřím v nic takového zvolilo 23 osob. V konečném součtu překvapivě mnoho lidí věří něčemu, co nikdy neviděli a čeho se nemohli dotknout.

Graf 7 zachycuje zkoumání povahy Boží podstaty, tak jak ji lidé vnímají. Otázka zněla: "Co se vám vybaví při slově Bůh?" Možnost, že Bůh je všemohoucí bytost zvolilo 41 respondentů. Srovnáme-li tuto odpověď s grafem č. 4, dojdeme ke zjištění, že ne všichni, kdo věří v Boha, ho zároveň také považují za všemohoucí bytost. 28 lidí vnímá Boha jako něco, co nás přesahuje. Jak už bylo řečeno u otázky č. 5, i zde se nabízí vysvětlení, že ten, kdo Boha vnímá pouze jako něco, co člověka přesahuje, mu přičítá vlastnosti sice nadpřirozené, ale ve vztahu k člověku pasivní. To je pohodlný postoj, protože na člověka tato víra neklade jiné nároky, než prostě věřit. Podobné je to i u možnosti, kterou zvolilo 13 osob a to odpověď energie. Těch, kdo vidí Boha jako dobro je 12. Otázkou je, zda tito lidé Boha vnímají jako sílu, která nikdy neprovede nic zlého nebo jako samotnou podstatu dobra. Sedmi lidem se při slově "Bůh" vybaví pohádková bytost. Lze předpokládat, že jsou opravdu ve své podstatě nevěřící a před Bohem nemají mnoho respektu.

Josh McDowell a Bob Hostetler ve své knize "Nezahod' svůj rozum do koše" uvažují nad tím, jak si lidé Boha představují. Dávno známý je především koncept jakési univerzální "Síly". Někteří si Boha představují jako jakousi beztvarem a beztvárnou

"energii", neosobní a tajuplnou sílu, která řídí a obklopuje vesmír. Další velmi vžitá a velmi nedospělá představa o Bohu jej přirovnává k automatu na přání – "vloží" se modlitba, stiskne se to správné tlačítko a přání je splněno. [McDowell, Hostetler, 1997]

Graf 8 zachycuje odpovědi pacientů na otázku, zda-li by si přáli v něco věřit. Respondenti mohli odpovědět buď ano nebo ne, nebo doplnit svou vlastní odpověď. Odpověď ano zvolilo 51 osob, tito lidé mají přání v něco nebo v někoho věřit. Odpověď ne udalo 15 lidí. Je velmi patrný nepoměr mezi touhou mít, nebo nemít víru. V doplňovací části otázky napsalo 6 lidí, že už svoji víru mají. Z odpovědí vyplývá, že lidé skutečně mají spirituální potřeby, které volají po naplnění, ale jejich představy jsou často nejasné.

Graf 9 znázorňuje členství respondentů v konkrétních církvích. 55(55 %) respondentů odpovědělo, že skutečně jsou členy nějaké církve a 41(41 %) udalo zápornou odpověď. Tento graf se překvapivě přesně shoduje s grafem 4, který znázorňuje víru respondentů v Boha. Teoreticky by mohlo jít o stejné respondenty. Srovnáme-li graf 9 s grafem 3, dojdeme ke zjištění, že ne všichni lidé, kteří sami sebe považují za věřící jsou zároveň členy nějaké církve.

Znovu připomínám závěry získané při sčítání lidu, jak již bylo uvedeno v komentáři u grafu č. 4. MUDr. Eva Kalvínská na jejich podkladě uvádí, že pouze 5% české populace patří k praktikujícím věřícím, ale 25 – 30% populace je organizováno v nějaké církvi. [Kalvínská 2006, s.111]

Graf 10 mapuje členství respondentů v konkrétních církvích. V grafu 9 vidíme, že členství v nějaké církvi nebo příslušnost k nějakému náboženství udalo 55(55 %) tázaných. Graf 10 zaznamenal odpovědi 54 respondentů. Téměř jistě se jedná o stejné respondenty. Odpovědi nejsou překvapivé. Všichni jsou členy křesťanských církví. Nejvíce z nich – 39 je členy Římskokatolické církve, následují církve protestantské a nakonec církev Pravoslavná. Součet všech členů téměř odpovídá počtu lidí, kteří v otázce 4. (Graf 4) odpověděli kladně na dotaz, zda věří v Boha. Statistika příslušnosti k církvím, kterou tento graf znázorňuje, je velmi podobná té, kterou ve své knize Encyklopedie náboženských směrů v ČR uvádí Vojtíšek. Jako nejpočetnější označil komunitu Římskokatolické církve, následuje Českobratrská církev evangelická a po ní Církev československá husitská. [Vojtíšek, 2004]

V grafu 11 nacházíme odpovědi na otázku, zda se respondenti někdy modlí. Odpověď mohla být ano nebo ne. 67 (67 %) tázaných odpovědělo, že se někdy modlí, 30(30 %) osob se nemodlí. Je patrné, že se modlí více lidí, než kolik jich odpovědělo

kladně na otázku ohledně členství v církvi (graf 9). Z toho vyplývá, že se modlí nejen příslušníci církvi. Zároveň však při srovnání s grafem 13 zjišťujeme, že ne pro každého znamená modlitba rozhovor s Bohem. Pro zdravotníka pracujícího v nemocnici je toto zjištění důvodem k zamyšlení. Dle tohoto dotazníku se na nemocničních odděleních nachází 67% pacientů, kteří mají z nějakého důvodu potřebu modlit se. Tedy určitým způsobem naplňovat své duchovní potřeby.

V otázce č. 12, kde odpovědi znázorňuje graf 12, je rozváděn předchozí dotaz. Měli na ni odpovídat respondenti, kteří v předchozí otázce označili, že se modlí. Byly zde nabídnuty dvě odpovědi: jednak – modlím se pravidelně, bez ohledu na situaci (zde bylo zaznamenáno 32 odpovědí) a druhá možnost byla – modlím se, když jsem v nesnázích a potřebuji pomoc (s touto odpovědí se ztotožnilo 35 respondentů). Součet respondentů u těchto dvou odpovědí činí 67 a toto číslo je totožné s počtem kladných odpovědí v předchozí otázce (graf 11). Je velmi pravděpodobné, že alespoň přibližně půjde o stejné respondenty. Judith Shelly ve své knize *Spiritual care* vyslovuje myšlenku, že pro mnoho lidí je modlitba prostředkem k manipulaci Boha ve chvílích, kdy od něj něco požadují. [Shelly, 2000]

V doplňující části otázky mohli pacienti napsat své názory, které se lišily od předepsaných odpovědí. Šest z nich udalo odpověď – modlím se nepravidelně. Dva lidé napsali, že se modlili, když zemřel jejich drahý příbuzný. Tato odpověď je dojemně pochopitelná, protože v té chvíli se člověk modlí ve velké bolesti a zároveň čelí strachu ze smrti, se kterou se setkal prostřednictvím ztráty blízkého člověka. Poznává, že smrt je něčím nepochopitelným a neovládnutelným. Je to opět důležitá informace pro zdravotnický personál, podobně jako u předchozí otázky. Nemocní mají spirituální potřeby, mnoho z nich se modlí, ať už pravidelně nebo ve chvílích, kdy potřebují pomoc a takovou dobou hospitalizace bezesporu je. Heller a Mrázek ve své knize "Nástin religionistiky" spatřují hlavní důvod modlitby v touze člověka komunikovat s Bohem. Člověk se Boha často bojí a chválením a oslavou chce získat jeho přízeň. [Heller, Mrázek, 2004]

Graf 13 představuje hlubší zamyšlení nad předmětem modlitby. Respondentům byla položena otázka co konkrétně pro ně znamená modlitba. Nejvíce souhlasných odpovědí zaznamenala první možnost – modlitba je rozhovor s Bohem. Tuto možnost zvolilo 42 dotázaných. Je zajímavé, že s velkou pravděpodobností takto neodpověděli všichni křesťané, viz graf 10. Dvě následující možnosti – modlitba jako meditace a modlitba jako přemýšlení dostaly po 18 souhlasných odpovědích. Ty mohou být za

určitých okolností zaměněny (meditace – rozjímání, uvažování, hloubání). [Petráčková, 2000]

Devět pacientů zvolilo možnost, že modlitba pro ně nic neznamena. Čtyři napsali, že modlitba je pro ně uklidněním. Heller a Mrázek ve své knize "Nástin religionistiky" popisují modlitbu obvykle jako slovní projev kladného vztahu k transcendenci. [Heller, Mrázek, 2004]

Graf 14 zachycuje odpovědi na otázku č. 14, která měla otevřenou formu a lidé v ní odpovídali ke komu, eventuelně k čemu se modlí. Téměř všechny odpovědi mají křesťanský charakter nebo tak mohou být chápány. Nejčastěji se objevuje odpověď Bůh, a to v 28 případech. Jako "něco" označilo cíl svých modliteb 11 pacientů. Tato odpověď trochu vybočuje z křesťanského rámce a ukazuje spíše na individuální zvnitřnělou zbožnost. Naopak další odpovědi nás nenechávají na pochybách, že to byli křesťané, kdo na otázky odpovídali. Dva respondenti se modlí k zesnulým příbuzným, což Shelly hodnotí jako okultismus. [Shelly, 2000]

Celkem odpovědělo 56 respondentů, což je hodnota, která je velice podobná výsledkům v grafu 4, který vyjadřuje procento lidí věřících v Boha a v grafu 10, který ukazuje na složení respondentů podle příslušnosti k jednotlivým církvím.

Graf 15 mapuje odpovědi na otázku 15, která zněla: "Je ve vašem životě někdo, koho nazýváte duchovní autoritou?" Klientům byly nabídnuty odpovědi a možnost doplnit svou verzi, pokud předepsaná odpověď nekorespondovala s jejich vlastním názorem. První možnost – křesťanský pastor nebo kazatel dostala 26 souhlasných odpovědí. Zdaleka ne tedy každý křesťan, viz graf 10, automaticky přijímá svého představeného jako hlavní duchovní autoritu. Nejvíce pozitivních odpovědí získala možnost – moudrý člověk. Jako duchovní autoritu ho přijímá 39 respondentů. Takový člověk nemá svou autoritu přidělenou žádným úřadem nebo pravomocemi, ale sám si ji získává svým vystupováním. Žádného člověka, který by mu byl duchovní autoritou, nemá 29 tázaných. I když se tedy spiritualita a tím tedy i naplňování duchovních potřeb týká propojenosti se světem, který nás přesahuje, nabízí se myšlenka, že za podpory člověka, který je mu duchovní autoritou, bude nemocný své problémy zvládat snáz. Mělo by mu tedy být umožněno s takovým člověkem se stýkat, ať už je to nemocniční kaplan, rodinný příslušník, nebo známý. Pokud pacient není z nějakého důvodu schopen tohoto člověka kontaktovat, měl by mu zdravotnický personál vyjít vstříc. Kozierová ve své knize "Ošetrovatel'stvo I" vyslovuje domněnku, že pro sestry je velmi důležité

vědět, jací duchovní slouží v konkrétních církvích, protože pro své věřící, při naplňování duchovních potřeb, plní důležitou roli. [Kozierová, 1995]

A Elisabeth Lukasová vyslovuje myšlenku, že v okamžiku, kdy nemocný hledá pomoc při zvládnání utrpení došlo v současné době k přesunu kompetencí. "Jestliže byli dříve v otázce víry vzhledem k překonávání utrpení těmi správnými adresáty kněz či duchovní, rodiče a příbuzní těmi správnými osobami pro pomoc a pochopení, nyní se stále více dostává do popředí lékař a psychoterapeut. Je to součást osamělosti moderního člověka, že hledá u cizího to, co ve víře a u svých blízkých už najít nemůže." [Lukasová 1998, s.65]

Graf 16 zaznamenává odpovědi na otázku, zda se dotazovaní pacienti při hospitalizaci často cítí sami. Že samotu pociťují, prohlašuje 36(36 %) respondentů, samotu naopak nepociťuje 61(61 %) nemocných. Nutno dodat, že i v případě, kdy nemocní udávají, že samotu necítí, nemusí to nutně být zásluha zdravotnického personálu, ale návštěv, kteří za pacienty pravidelně docházejí a někdy se starají i o jejich fyzické potřeby.

Graf 17 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, týkající se strachu z budoucnosti. Tato otázka je velmi aktuální zejména u chronicky nemocných, starých lidí, osob, které nemají rodinné zázemí nebo pacientů, u kterých byla nově zjištěna závažná choroba. 42 respondentů uvedlo, že skutečně mají strach z budoucnosti, 39 osob tento strach nepociťuje, 11 osob na budoucnost nemyslí. Strach z budoucnosti nelze zařadit výlučně do kategorie duchovních problémů. Je faktem, že tato emoce je závislá na všech rovinách lidské existence a nedostatky z každé oblasti (bio-psycho-sociálně-spirituální) se v ní silně odrážejí. Je však také pravdou, že vypořádávání se s budoucností a schopnost beze strachu hledět na věci, které v budoucnosti přijdou nebo mohou přijít, bez toho, že bychom byli schopni je ovlivnit nebo odvrátit, úzce souvisí s lidskou spiritualitou. Jaro Křivohlavý ve své knize "Psychologie zdraví" popisuje náboženskou víru jako jednu z forem pomoci při zvládnání těžkostí. Jde o situace, kdy se věřící člověk s důvěrou odevzdává vůli vyšší moci nebo spolupracuje s Bohem při zvládnání těžkostí. [Křivohlavý, 2001]

V otázce č. 18, kde odpovědi mapuje graf 18, sledujeme zda respondenti připouštějí existenci něčeho, co přesahuje jejich vnímání. Na otázku: "Myslíte, že existuje něco (jev, bytost, událost atd.) co přesahuje naše lidské chápání?" odpovědělo kladně 69(69 %). Že nic takového neexistuje je názor 10(10 %) respondentů, 13(13 %) neví, jestli

něco takového existuje. Výsledky jednoznačně vypovídají o tom, že většina nemocných souhlasí s existencí nadpřirozena, nebo ji přímo nevylučuje.

Graf 19 odkazuje na otázku 19, která má otevřenou formu a zjišťuje, kde dotazovaní čerpají svou životní sílu. Respondenti sami vyplňovali odpověď. Nejčastější odpovědí v tomto případě byla jednoznačně rodina, jako zdroj životní síly ji uvedlo 41 dotazovaných. Pro dalších 15 jsou zdrojem této síly přátelé, pro 13 je to víra, pro 12 příroda, pro 8 Bůh, 6 osob neví, co je jejich zdrojem životní síly. Pro 5 je tímto zdrojem jejich vlastní osoba, pro 4 je to kultura, pro 5 odpočinek, pro 3 modlitba. Celkem je odpovědí 118, lidé tedy uváděli více zdrojů životní síly. Jestliže se respondenti považují za věřící, z nichž někteří jsou členy církví, je překvapivé, že jen několik z nich svůj zdroj životní síly vidí v duchovní oblasti. Odpovědi jako víra, Bůh, modlitba a Ježíš a Marie byly dohromady uvedeny ve 25 případech. Zdá se, že respondenti svou životní sílu častěji čerpají z blízkých mezilidských vztahů jako jsou rodina nebo přátelé – dohromady uvedeny 56 krát.

Marie Svatošová říká: "Láska, naděje, smích a smysl pro humor jsou dobře známým zdrojem sil. Všechny souvisí s pozitivními emocemi, především s radostí. Vždycky jde o kombinaci pozitivních emocí vrozených a získaných (naučených)." A také: "Blahodárný vliv radosti a lásky, stejně jako důvěry v lékaře nebo kněze byl odjakživa prostému člověku známý." Nebo: "Člověku, který se nachází v nesnázích, může lidský dotek dodat naději a sílu. Podobně blahodárný vliv má i hudba, zájmy a koníčky, uspokojující povolání, ale především dobré mezilidské vztahy a láska." [Svatošová 2003, s.33]

Graf 20 zachycuje odpovědi na otázku, která byla postavena velmi podobně. Lidé zde odpovídali na dotaz, co je jejich smyslem života. Na prvním místě je opět uvedena rodina, smyslem života je 31 osobám. Pro 9 lidí je smyslem života služba druhým, pro 10 jsou to děti, pro 11 dobrý život, pro 5 život s Bohem. Celkem je odpovědí 84. Stejně jako v předchozí odpovědi se ukazuje, že spíše než spirituální záležitosti, jsou smyslem života lidí blízké vztahy. Rodina, služba druhým, děti a snaha neškodit druhým společně byly jako smysl života napsány 51 krát. Duchovní záležitosti jako život s Bohem a víra, se na seznamu objevili jen v 7 případech. I zde se tedy ukazuje, že ze svých vztahů nejenom čerpáme sílu, ale je nám i smyslem života.

Marie Svatošová se ke smyslu života říká toto: "Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, a to tak, že

si někdy i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně." [Svatošová 2003, s.24] Autorka ve stejné knize cituje také slova filozofa Nietzscheho: "Kdo má PROC žít, snese téměř každé JAK." [Svatošová 2003, s.34]

Josef Smolík shrnuje své poznatky jinými slovy: "Smysl života je v prospěchu, v úspěchu, v blahu, ve štěstí. Napětí mezi smyslem života v Bohu a věčném životě a mezi pozemským blahem a prospěchem, chápanými zpočátku jako boží požehnání, zůstává nevyřešeno." [Smolík 1991, s. 172]

Graf 21 odkazuje na otázku 21, která zjišťovala míru strachu ze smrti. Na dotaz: "Bojíte se smrti?" uvedlo odpověď ano 23 osob, tito lidé strach ze smrti mají, 50 respondentů strach ze smrti nemá. Pro srovnání uvádím odkaz na graf 6, kde 37 osob označilo víru v posmrtný život. Tito lidé by logicky měli mít ze smrti menší strach, než ti, pro které je smrt koncem všeho bytí. I zde lze použít odkaz na knihu Jara Křivohlavého "Psychologie zdraví", kde se autor zmiňuje o tom, jak náboženská víra pomáhá při zvládání utrpení. První z cest popisuje jako odevzdání se do Boží moci, druhou je spolupráce s Bohem při řešení konkrétní těžkosti a třetí je řízení sebe sama ve smyslu využívání osobní svobody, která byla člověku Bohem dána. [Křivohlavý, 2001]

Marie Svatošová hovoří o tom, že v každém člověku je zakořeněna touha po nesmrtelnosti. Pro věřícího křesťana je víra ve věčný život nenahraditelnou nadějí. U člověka, který v Boha nevěří se tato touha demonstruje jinak. Těší se například z toho, že bude dál žít ve svých potomcích nebo ve svém díle, které zde zanechal. [Svatošová, 2003]

Graf 22 zachycuje odpovědi na otázku č. 22, která zní: "Máte možnost zde v nemocnici vyjadřovat své náboženské přesvědčení a hlásit se ke své víře?" Odpověď ano si vybralo 52 respondentů, ti problémy s vyjadřováním své víry nemají. Jen 7 osob odpovědělo, že jim není umožněno vyjadřovat svou víru. V doplňující části otázky se tentokrát objevil jen jeden typ odpovědi a sice to, že pacient nemá potřebu svou víru v nemocnici vyjadřovat – tato odpověď zazněla v 19ti případech. Zde se objevuje jedna okolnost, která se táhne celým tímto výzkumem. I když pacienti mají duchovní potřeby a v normálním životě je naplňují, nechtějí většinou tyto záležitosti přinášet do nemocnice a řešit je s nemocničním personálem. Nepředpokládají ani, že by se personál měl o takovéto potřeby starat.

Graf 23 sleduje odpovědi u otázky 23. Zjišťujeme, zda se pacienta někdo z personálu ptal na to, jak se má a nemyslel při tom na jeho fyzický stav, ale na duševní pohodu. 31(31 %) respondentů odpovědělo, že ano, někdo s personálu už jim takovou

otázku položil. Naopak 66(66 %) respondentů tvrdí, že se jich nikdo nikdy takto nezeptal. Z vlastní zkušenosti vím, že i když nemocnému takovouto otázku položíme, je schopen později odpovědět, že se ho nikdo nezeptal. Problém není v tom, že by lhal nebo měl problémy s pamětí. V uvedených odpovědích se ale odráží, jak se cítí coby objekt našeho zájmu. Budeme-li interpretovat pouze čísla, zjistíme, že jen velmi málo personálu se verbálně zajímá o duševní pohodu nemocných, o které se stará. Otázka má své opodstatnění, protože vycházíme z předpokladu, že jen personál, který se zajímá o duševní blaho pacientů, je schopen pomoci naplňovat i jejich spirituální potřeby.

Marie Svatošová říká, že: "mnohem důležitější než ze souvislosti vytržené laboratorní výsledky a rentgenové nálezy je to, jak se náš nemocný cítí." [Svatošová 2003, s.16]

Graf 24 navazuje na předchozí zjištění. Ptali jsme se respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli ano, aby upřesnili, kdo jim takovou otázku položil. Z původních 31 osob (graf 23) nyní odpovědělo jen 27. Čtrnácti z nich se na jejich duševní pohodu ptala sestra, 10 ošetřující lékař, dvou ošetřovatelka a jeden pacient uvedl, že se o jeho duševní pohodu zajímá veškerý personál.

Graf 25 znázorňuje odpovědi na otázku, která zní: "Ptal se vás někdo z personálu, zda jste věřící?" 8(8 %) respondentů odpovědělo, že se jich skutečně někdo tímto způsobem zeptal, 85(85 %) z dotázaných tuto otázku od personálu neslyšelo. Čísla dobře dokumentují fakt, že v našich nemocnicích není zvykem se o takovéto věci zajímat. Marie Zvoníčková k tomu poznamenává: " Česká republika patří k nejateističtějším státům na světě. Lidé se nehlásí k církvím. Určitě to ale neznamená, že nežijí duchovně a že nemají duchovní potřeby. Je potřeba být daleko vnímavější a vlastně si daleko víc všimnout projevů nemocného a taktním způsobem se v případě potřeby snažit k nemocnému přiblížit. To ocení daleko víc, než přímou otázku na víru." [Zvoníčková 2006, s.133]

Graf 26 monitoruje odpovědi na otázku 26, která úzce souvisí s otázkou předchozí a zní: "Ptal se vás někdo z personálu, jakého jste vyznání? " Na tento dotaz odpovědělo kladně 5(5 %) z respondentů, zápornou odpověď potvrdilo 82(82 %) tázaných. Tato čísla dosvědčují fakt popsany v předchozí otázce a sice, že není obvyklé v českém zdravotnictví zajímat se o víru a vyznání pacientů. Kozierová se ve své knize "Ošetrovatel'stvo I" odvolává na autora Stolla, který navrhuje systém pro získávání duchovní anamnézy pacientů. Anamnéza má čtyři složky a) dotaz na charakter koncepce Boha nebo božstva, b) dotaz na zdroj naděje a síly, c) dotaz na náboženské

praktiky a rituály, důležité pro konkrétního pacienta, d) vztah mezi zdravotním stavem pacienta a jeho individuálním duchovním přesvědčením. [Kozierová, 1995]

Graf 27 – v tomto případě zkoumáme, zdali by si pacienti přáli, aby se personál zajímal o jejich pocity, víru a náboženské vyznání. Na tuto otázku odpovědělo kladně 33(33 %) respondentů. Zápornou odpověď potvrdilo 57(57 %) z tázaných, ti si nepřejí, aby se personál o tyto okolnosti zajímal. Čísla zachycená v grafu 25 a 26 svědčí o skutečnosti, že zdravotnický personál není zvyklý mít zájem o víru a vyznání pacientů. Tato čísla navíc potvrzují fakt, že ani většina nemocných není připravena se sdílet o okolnostech tak intimních, jako je jejich víra a vyznání.

Graf 28 znázorňuje odpovědi na otázku č. 28, která zjišťuje, zdali pacienti cítí, že zdravotnický personál projevuje opravdový zájem o jejich osobu. V tomto případě je spokojeno 53(53 %) respondentů. Ti souhlasí s tím, že personál o jejich osobu projevuje skutečný zájem. Odpověď ne uvedlo 39(39 %) tázaných. Ze strany personálu nepocítují zájem o svou osobu. Zde se projevuje skutečnost, že přestože se většiny nemocných nikdo nezeptal na jejich duševní pohodu (graf 23) a jen málo se zajímal o jejich víru a vyznání (graf 25, 26). Přes všechny tyto skutečnosti většina pacientů cítí, že personál projevuje opravdový zájem o jejich osobu. Přihlédneme-li navíc k těm 39(39 %) kteří zájem o svou osobu necítí, o to překvapivější se jeví výsledky v grafu 41, kde rovných 72(72 %) respondentů tvrdí, že se o ně nemocniční personál stará, jak nejlépe umí. Příčinu vidím v tom, že ani zdravotníci, ani nemocní nejsou na jinou péči zvyklí. Ošetřování nemocných spočívá především v péči o fyzickou stránku osobnosti pacienta. Pro nemocné je vrcholem péče vlídná sestra nebo lékař, který se na chvíli zastaví a popovídá si s nimi. Péče o duševní stránku pacientovi osobnosti je zanedbávaná a péče o spiritualitu nemocných téměř neexistuje, zvláště ne v řadových nemocnicích. Situace se mění především v hospicích, kde je už i na spiritualitu nemocných brán zřetel.

Graf 29 zachycuje odpovědi na otázku, zdali se personál zajímá o problémy pacientů. Poměr kladných a záporných odpovědí je oproti předchozí otázce přesně opačný, 39(39 %) respondentů cítí, že personál o jejich problémy projevuje zájem. 53(53 %) z dotazovaných tento zájem necítí. Vysvětlení obráceného poměru míry spokojenosti spatřuji v tom, že personál se o své pacienty skutečně snaží starat, i když jen na všeobecné úrovni. Pacienti tuto snahu cítí a váží si jí.

Graf 30 demonstruje odpovědi na otázku, zdali by si dotazovaní pacienti přáli návštěvu osoby, se kterou by mohli diskutovat o záležitostech, které je trápí. Ukázalo

se, že 44(44 %) z dotazovaných by s takovou osobou rádo hovořilo. Naproti tomu 30(30 %) o podobnou službu nestojí, 22(22 %) má možnost s takovou osobou pravidelně hovořit. Kpt. Pavel Ruml, člen zdravotnického týmu ÚVN Praha – Střešovice v duchu této otázky trefně vystihl podstatu své práce, popsal ji jako: "službu přítomností, doprovázením a rozhovorem." [Ruml 2006, s.135]

Graf 31 přímo rozvíjí otázku předchozí. Respondenti, kteří v grafu 30 odpověděli kladně, jsou zde vyzváni, aby upřesnili, jaká by měla být osoba, se kterou by o svých problémech rádi hovořili. Otázka byla otevřená, respondenti sami konkretizovali svá přání. Výsledky této otázky připomínají grafy 19 (zdroj životní síly) a 20 (smysl života). I zde totiž nejvíce důvěry dostala rodina – tato odpověď se objevila ve 13ti případech. Stejně hlasů dostala varianta – kamarád nebo přítelkyně – také 13. Počet hlasů, které dostala rodina se ještě zvyšuje o děti pacientů, se kterými by chtělo mluvit 6 respondentů. Tyto výsledky potvrzují fakt, že jen málo nemocných je ochotno svá trápení sdílet s někým, kdo se nachází mimo okruh jejich rodiny a známých. A jen minimum pacientů by si v nemocnici k řešení svých problémů pozvalo profesionální osobu (psycholog, sestra, pastor nebo farář).

Graf 32 znázorňuje odpovědi na otázku č. 32 a ta se konkrétně ptá: "Máte v nemocnici možnost modlit se, číst náboženskou literaturu, navštěvovat bohoslužby apod. podle svého přání?" Na tuto otázku odpovědělo kladně 42 respondentů, kteří jsou v tomto ohledu spokojeni a necítí žádná omezení. 20 respondentů vyjádřilo z nějakého důvodu nespokojenost. 11 osob vedle dotazníku připsalo, že necítí žádnou potřebu takto se realizovat. Dalších pět vedle odpovědi připsalo, že sice nejsou omezováni pokud jde o modlitby a četbu náboženské literatury, ale chybí jim bohoslužba.

Marie Zvoníčková se k tomuto problému vyjadřuje takto: "Od sestry se v tomto bodě očekává, že pacientovi umožní, aby mohl "vyznávat své náboženství." Předpokládá to celou řadu specifických opatření, jako například pomoci pacientovi najít místo, kde se koná bohoslužba, nebo přivést kněze jeho víry, umožnit, aby pacient mohl hovořit s knězem v soukromí, umožnit pacientovi přijímání svátostí." [Zvoníčková 2006 s.133]

Graf 33 znázorňující odpovědi na otázku 33 přímo navazuje na předchozí otázku a ptá se nespokojených pacientů, co jim brání v duchovní realizaci. 21 respondentů označilo za překážku své duchovní realizace málo příležitostí ze strany nemocnice. Nejvyšší počet – 24 osob uvedlo, že o žádnou realizaci svého duchovního života nestojí.

Graf 34 dokumentuje odpovědi pacientů na otázku, která zjišťuje jejich pocity ohledně pracovní vytíženosti personálu. "Máte pocit, že zdravotnický personál pracuje pod časovým stresem?" 70(70 %) respondentů se domnívá, že personál je sužován nedostatkem času. Opačného názoru je 23(23 %) dotazovaných, ti si myslí, že personál má na svou práci času dostatek. Zde platí předpoklad, že pacienti, kteří vnímají, že personál jen s obtížemi zvládá svou práci pro nedostatek času, nebudou mít mnoho motivace, aby tyto zdravotníky ještě navíc zatěžovali svými problémy. MUDr. Eva Kalvínská k tomu poznamenává: "Je třeba si uvědomit, že ošetřující personál – tedy lékaři, sestry i ošetřovatelé - je technicky i administrativně v současné době tak vytížen, že i při sebelepší snaze nemůže z lidského hlediska jistě oprávněné nároky pacienta na to, aby mu pomohl v nesení nemoci, podpořil jej ve snášení každodenních starostí či hovořil o jeho obavách z budoucnosti. A kromě tohoto mimořádného vytížení zdravotnický personál nebývá ani v této komunikaci školen." [Kalvínská 2006, s.111]

Graf 35 mapuje důvěru pacientů ke zdravotnickému personálu. Pacienti jsou dotazováni, zda je mezi personálem nějaká osoba, které opravdu důvěřují. 55(55 %) respondentů souhlasí s tím, že mezi personálem skutečně je osoba, které opravdu důvěřují. 40(40 %) pacientů mezi personálem takovou osobu nenašlo. Vycházíme z předpokladu, že spirituální potřeby se dají sdělovat a řešit pouze s osobou, ke které cítíme skutečnou důvěru.

Hana Svobodová říká: "Zvláštní místo při péči o osoby s demencí zaujímá důvěra a vzájemná úcta a je jedním z nejdůležitějších nástrojů a nejúčelnějších prostředků při péči o tyto osoby. Jakmile je totiž ohrožena nebo ztracena důvěra, stává se práce pečovatele mnohem těžší. Jestliže se podíváme zblízka na mnohé situace problematického chování, obvykle v nich spatříme člověka hledajícího bezpečí, domov, identitu, náklonnost, vědomí cíle. Když zmizí důvěra, člověk zůstane sám a zranitelný." [Svobodová 2006, s.117]

Graf 36 zachycuje odpovědi těch, kteří v předchozí odpovědi uvedli ne – nedůvěřují nikomu z nemocničního personálu. Měli odpovědět na otázku zda by si přáli, aby mezi personálem taková osoba byla. Odpověď vyzněla jednoznačně. 33 osob by si přálo takovou osobu mezi zdravotníky mít a jen 6 o takovou osobu nestojí. Vztah postavený na důvěře není jistě předpokladem jen ke zdárnému naplňování spirituálních potřeb, ale je nesmírně důležitý i na všeobecné úrovni, ve všech ohledech poskytování ošetřovatelské péče.

Také graf 37 navazuje na otázku č. 35. Tentokrát odpovídají ti, kteří osobu, ke které cítí důvěru, mezi personálem mají. Tito respondenti mají nyní konkretizovat, kdo je tímto člověkem. Ze všech zdravotníků požívají nejvíce důvěry lékaři a lékařky - tuto variantu zvolilo 45 osob. Sestře důvěřuje 28 respondentů, pro 8 je objektem důvěry ošetřovatelka a pro další 4 je to pomocný nemocniční personál.

Graf 38 zaznamenává odpovědi na otázku, zda je v nemocnici zachovávána důstojnost nemocných, jako je respektování soukromí nemocných, zdvořilost ze strany personálu, vykáni osobě nemocného apod. O tom, že je jejich důstojnost zachovávána, je přesvědčeno 77 (77 %) respondentů, 19(19 %) si myslí opak. Smysl této otázky spočívá v předpokladu, že pouze tam, kde je zachovávána důstojnost pacienta a to nejenom řádem oddělení, ale i pro samotné přesvědčení zdravotníků, je možné se sdílet o duchovních problémech nemocných a pomáhat tak naplňovat jejich spirituální potřeby.

Hana Svobodová popisuje některé způsoby, jak je možné negativně se dotknout lidské důstojnosti: "Znevážit důstojnost můžeme i menšími "skutky", jako ponížením, tím, že člověka přehlídíme, ignorujeme, komunikujeme s ním bez očního kontaktu, děláme, že jej nevidíme, či nectíme jeho osobní prostor. Necitlivá, či krutá osoba může poškodit důstojnost druhých i fyzickým zraňováním, osoba nedbalá tím, že bezmyšlenkovitě ponechá osobu závislou obnaženou během intimních úkonů, jako je oblékání, mytí, či cvičení. Výsledkem může být pocit sebe jako pasivního objektu či bezmocné hříčky v rukou druhých." [Svobodová 2006, s.116]

K situaci nemocných se také vyjadřuje Marie Svatošová: "Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity atd. K tomu všemu naopak přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a možná i nepříjemní spolupacienti a mnoho dalšího, převážně také ne příjemného." [Svatošová 2003, s.21]

Graf 39 - zde sledujeme, zda byli pacienti seznámeni se svými právy. Na tuto otázku odpovědělo kladně 27(27 %) pacientů, 49(49 %) s nimi seznámeno nebylo, bez odpovědi ponechalo tuto otázku 24(24 %) respondentů. Předpokládáme, že vysoké procento těch, kteří neodpověděli, souvisí s tím, že málokterý pacient ví, že existují nějaká práva pacientů. Při vyplňování dotazníků jsem v rozhovorech s nimi zjišťovala, že za práva pacientů považují např. informovaný souhlas s výkonem nebo podepsanou odpovědnost za své osobní věci. Stejně jako je tomu u zachovávání důstojnosti

nemocných, je i ochota dodržovat jejich práva předpokladem pro vztah zdravý natolik, aby mohly být naplněny duchovní potřeby.

O důležitosti informovat nemocné o jejich právech se Josef Kořenek vyjadřuje takto: " Je opravdu potřebné, aby se práva pacientů stala obecně známá i v naší společnosti. Vytvoří se smysluplná rovnováha mezi pacientem a lékařem. Když pacient bude znát svá práva, nebude se cítit jako manipulovatelný objekt lékařské vědy a zdravotnické péče, ale jako hodnotný partner ve vztahu nemocný a lékař (ve vztahu, který vždy odborně přirozeně více straní lékaři), ale pacient bude v tomto vztahu plnohodnotným člověkem." [Kořenek 2002, s.79]

Graf 40 navazuje na předchozí dotaz. Ptáme se pacientů, zda jsou jejich práva zachovávána. 24(24 %) respondentů míní, že tato jejich práva zachovávána jsou, 3(3 %) myslí, že jejich práva nejsou zachovávána, 9(9 %) je toho názoru, že jejich práva jsou zachovávána jen částečně a 36(36 %) odpovědělo, že neví, protože svá práva neznají. Stejně jako u předchozí otázky vysoké procento osob 28(28 %) na dotaz neodpovědělo.

Josef Kořenek říká k respektování práv pacientů ze strany lékařů toto: "Není třeba vůbec dokazovat, že ti lékaři, kteří budou práva svých nemocných nejenom respektovat, ale budou je i naplňovat, se nemusí obávat o svou pověst mezi nemocnými. Jejich obliba bude vzrůstat a spolupráce s nemocnými dvoustranným vstřícným přístupem se bude trvale zlepšovat nejenom ke spokojenosti lékařů z rozsáhlé klientely, ale především ke spokojenosti a radosti jimi ošetřovaných nemocných." [Kořenek 2002, s.76]

Graf 41 – zde se na závěr ptáme, zda si pacienti myslí, že se o ně nemocniční personál stará, jak nejlépe umí. 72(72 %) odpovědělo kladně a souhlasí s tvrzením, že se o ně nemocniční personál stará jak nejlépe umí. Opačného názoru je 20(20 %) dotazovaných. V kontextu předchozích otázek, jako např. otázka č. 23 (graf 23), malý zájem o duševní pohodu nemocných, otázka č. 29 (graf 29), malý zájem o problémy pacienta, otázka č. 34 (graf 34), nedostatek času zdravotnického personálu nebo otázka 35 (graf 35), menší důvěra pacientů k personálu, vyznívá toto konečné hodnocení poněkud překvapivě. Jak už ale bylo řečeno dříve, český pacient nepředpokládá, že se při hospitalizaci bude někdo starat o něco jiného než jsou jeho biologické potřeby. Cokoli jiného je vnímáno jako nadstandardní služba. Předpokládáme, že odtud pochází i dobré hodnocení nemocniční péče.

Marie Svatošová říká o péči o nemocné toto: "Aby péče nebyla jen technikou, dovedností a zručností, musí být nutně spojena s láskou." [Svatošová 2003, s.25]

Otázka č. 42

Odpověď na tuto otázku spočívala v hodnocení péče o tělo, o sociální zázemí, o duševní život a o duchovní život. Hodnotilo se na škále 1-5, kdy 1 je nejlepší a 5 nejhorší výsledek.

Graf 42 A

Hodnocení péče o tělo podle předpokladů dopadlo nejlépe ze všech. Hodnota 1 byla udělena 47x, 2 – 25x, 3 – 15x, 4 – 0 x a 5 – pouze 1x, péči o tělo nehodnotilo 12(12 %) osob. Průměrná číselná hodnota v hodnocení péče o tělo je 1,67

Graf 42 B

Hodnocení péče o sociální zázemí: hodnota 1 udělena 19x, 2 – 30x, 3 – 17x, 4 – 2x, 5 – 6x, péči o sociální zázemí pacienta nehodnotilo 26(26 %) osob. Průměrná číselná hodnota v hodnocení péče o sociální zázemí je 2,27

Graf 42 C

Hodnocení péče o duševní život pacienta: hodnota 1 udělena 11x, 2 – 16x, 3 – 22x, 4 – 24x, 5 – 10x, tento druh péče nehodnotilo 17(17 %) respondentů. Průměrná číselná hodnota v hodnocení péče o duševní život pacienta je 3,07

Elisabeth Lukasová duševní a duchovní rovinu lidského života neodděluje a o současné psychologii říká toto: "Naznačila jsem, že dnešní psychologie se z velké části dosud neodvážila vstoupit do vlastní lidské dimenze, tedy do duchovní dimenze. V tomto smyslu není psychologií bez duše, ale psychologií, která je prosta duchovna. Navíc lze říci, že se stala psychologií bez soucitu. Moderní psycholog rozumí svému řemeslu, ale soucit nezná." [Lukasová 1998, s.65]

Graf 42 D

Hodnocení péče o duchovní život pacienta: hodnota 1 udělena 1x, 2 – 10x, 3 – 9x, 4 – 18x, 5 – 43x, tento druh péče nehodnotilo 19(19 %) respondentů. Průměrná číselná hodnota v hodnocení péče o duchovní života pacienta je 4,13

Podle předpokladů byla péče o duchovní život pacientů ohodnocena nejhorší známkou. Marie Svatošová k tomu říká: "Je smutnou skutečností, že spiritualita v našem zdravotnictví je často jedno velké tabu. A kupodivu nejen ve zdravotnictví českém. Se stejným problémem se potýkají naši kolegové z hospiců v ostatních zemích Evropy i ze zámoří. Asi to tedy nemůžeme svádět jenom na bývalý režim. Příčina bude hlubší. Mnoho vysokoškolsky vzdělaných lékařů pokládá spiritualitu za soukromé téma,

její význam podceňují, nestojí o vzdělávání v této oblasti a pokládají ji za věc kněží. Spirituální potřeby pacienta nejsou totéž co potřeby psychologické, s nimiž bývají obvykle zaměňovány. Jde o hlubší a osobnější angažovanost ve sdílení se s pacientem na té nejhlubší úrovni."[Svatošová 1998, s.29] Kromě toho říká: "Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální."[Svatošová 2003, s.21]

6. Závěr

Záměr uspokojování duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů se v České republice teprve začíná vytvářet. Někteří lidé si absenci této služby citlivě uvědomují a podnikají první kroky ke změně situace. Praxe napovídá, že nejostřeji vidí tyto potřeby křesťanská církev. Křesťanská víra přímo odpovídá na otázky smyslu života, smrti a utrpení. Víra v nadpřirozeno je její nedílnou součástí. Duchovní potřeby jí proto nejsou neznámé, ale naopak je vyhledává. Pro církev je přirozené, že se stará o duchovní růst svých členů. Chvályhodná je také její snaha starat se o duchovní potřeby lidí mimo vlastní církev, lidí jiného vyznání a bez vyznání. Pokud tak budou křesťané činit bez nátlaku a s láskou, bude jejich snaha vítána.

Bez ohledu na tyto zárodky duchovní péče, je však snaha uspokojovat duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů spíše řídkou výjimkou, než pravidlem. Pravděpodobně nejživěji dochází ke změnám v této oblasti v hospicové péči.

Cíl práce byl splněn. Saturace duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů byla vyhodnocena jako nedostatečná. Tento fakt však v kontextu dnešní situace ve zdravotnictví není vnímán negativně. Pacienti nevyžadují uspokojování svých duchovních potřeb. Vnímají, že nemocniční personál věnuje duchovní rovině jejich osobností jen velmi malou pozornost. Zatím neupozorňují na to, že by se tato situace měla změnit. Český pacient se chce v nemocnici uzdravit ze svého fyzického onemocnění a na ošetrovatelský personál neklade vyšší požadavky, než aby se svědomitě a pokud možno s laskavou tváří, staral o jeho fyzické potřeby.

Český pacient má duchovní potřeby. Z celkového počtu 100 respondentů 61 odpovědělo, že se cítí být věřícími a 55 respondentů uvedlo, že věří v Boha. 54 respondentů je dokonce členy nějaké křesťanské církve, 67 respondentů se modlí a 69 respondentů si myslí, že existuje svět přesahující naše lidské chápání. Tyto myšlenky však podle filosofie českých pacientů nepatří do nemocnice, ale do soukromého života, kde často zůstávají zasuté v hlubině lidské duše.

První hypotéza se potvrdila, duchovní potřeby pacientů nejsou saturovány. Zdravotníci tuto péči nenabízejí a pacienti se po ní většinou neptají.

Druhá hypotéza se taktéž potvrdila. Pacienti nemají možnost saturace spirituálních potřeb během hospitalizace. V tomto ohledu jsou odkázáni sami na sebe. Každý člověk má své duchovní potřeby a může, ale nemusí si jich být vědom. Každý člověk se také snaží své duchovní potřeby vědomě nebo nevědomě naplňovat. Duchovní

péče o pacienty může probíhat na dvou rovinách. První rovinou je péče o prosté spirituální potřeby, jejichž hranice nejsou určeny žádným konkrétním náboženstvím. Jedná se především o hledání odpovědí na otázky smyslu života, smrti, utrpení, o strachu před smrtí nebo touze po věčnosti, o vědomí si něčeho, co nás přesahuje. Zdravotník zde může posloužit rozhovorem a hlavně navázáním vztahu s pacientem. Ve chvíli, kdy je mezi pacientem a zdravotníkem ustanoven vztah založený na úctě a důvěře, je položen hlavní základ k naplňování duchovních potřeb nemocného.

Druhá rovina zahrnuje tu první a má svou vlastní nadstavbu. Jde o naplňování potřeb pacientů, jejichž víra nese mantinely konkrétního náboženství nebo náboženského směru. Tato práce je snadnější, protože se dá do určité míry zmapovat a schematizovat. Např. i zdravotníka, který neví, co je to judaismus, lze požádat, aby židovskému pacientovi nikdy nepodával vepřové maso. Aby respektoval jeho touhu po klidu od pátečního do sobotního západu slunce a nenutil ho např. k rehabilitaci. Nebo aby v případě přání pacienta zajistil přítomnost rabína. I bez hlubokých znalostí pak bude schopen tímto způsobem naplňovat duchovní potřeby nemocného.

České zdravotnictví v saturaci duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů zatím zaostává na obou úrovních.

Klíč ke změně situace vidím ve vyučování mladých sester. Nejedná se pouze o změnu učebních osnov, ale přímo o změnu myšlení. Nejde jen o předávání informací, kdy je studujícím sestrám sdělováno, že existují rozdílná myšlení, různé kultury a rozličná náboženství, která je nutné respektovat. Nejdůležitější změna spočívá v rozšíření role sestry, která už je pečovatelkou, edukátorkou, advokátkou i asistentkou, o roli soucitné přítelkyně. Naplňování duchovních potřeb pacientů se neodehrává pouze na informační rovině, ale na rovině hluboce lidské. Pro takovou sestru musí být její povolání zároveň posláním. Musí se učit stát, obrazně řečeno, ne nad pacientem, ale vedle něho. Tato role vyžaduje člověka duševně kvalitního a dospělého.

Uvádění těchto principů do praxe bude velmi obtížné, především pro svou časovou náročnost. Na zmapování duchovních potřeb pacientů nestačí dotazník, byť by byl jakkoli kvalitní, protože důvěra nezbytná ke sdílení informací z duchovní oblasti vyžaduje především kvalitní vztah mezi pacientem a ošetřovatelem.

V současné chvíli se zdá, že česká společnost chce tento problém řešit spíše formou povolání odborníků na toto téma, než vyučováním zdravotnického personálu v oblasti duchovní problematiky. V těchto dnech např. probíhá diskuse o postavení nemocničních kaplanů mezi Ekumenickou radou církví a ministerstvem zdravotnictví.

Česká biskupská konference a Ekumenická rada církví uzavřeli dohodu o vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků do zdravotnických zařízení. Mají sloužit pacientům bez rozdílu vyznání. Tato dohoda formuluje mj. i kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana nebo dobrovolníka a obsahuje etický kodex pro tyto pracovníky. Smlouva je přiložena k této bakalářské práci jako příloha 3.

Všechny tyto snahy svědčí o pochopení situace, vnímání problému a ochotě řešit nedostatek duchovní péče hospitalizovaných pacientů. A to je dobrá zpráva.

Spolupráce odborníků v oboru duchovní péče o nemocné a poučeného odborného zdravotnického personálu, by jistě znamenala zlepšení péče o duchovní potřeby pacientů.

7. Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, 1. vydání. Ráby: NUCLEUS HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X
2. Bible, Písmo svaté Starého a nového zákona. Český ekumenický překlad. Praha: Česká biblická společnost, 1992
3. GRULICH, T. *Pastorace*, ordinační práce, 1995
4. HELLER, J. – MRÁZEK, M. *Nástin religionistiky*, 2. vydání. Praha: Kalich, 2004. ISBN 80-7017-721-7
5. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*, Brno:IDVPZ, 1992
6. KALVÍNSKÁ, E. *Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích?* Diagnóza. Praha: 2006, roč. 2, č.3. ISSN 1801-1349
7. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, 1. vydání. Praha: TRITON, 2002. ISBN 80-7254-235-4
8. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatelstvo I*, Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pastorální péče*, Praha: Oliva, křesťanské nakladatelství a knihkupectví, s.r.o., 2000. ISBN 80-85942-42-9
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2
11. LANGMEIER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, 3. vydání. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-195-X
12. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*, Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9
13. McDOWELL, J. – HOSTETLER, B. *Nezahod' svůj rozum do koše*, 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 1997. ISBN 80-7172-158-1
14. MAŠÁT, V. *Spirituální potřeby nemocného*, Diagnóza. Praha: 2006, roč. 2, č.3. ISSN 1801-1349
15. MÁŠOVÁ, H. et al. *České zdravotnictví vize a skutečnost*, 1. vydání. Praha: Karolinum 2005. ISBN 80-246-0944-4
16. PETRÁČKOVÁ, V. et al. *Akademický slovník cizích slov*, 1. vydání. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0607-9
17. RUML, P. *Kaplan členem zdravotnického týmu v ÚVN*, Diagnóza. Praha: 2006, roč. 2, č.3. ISSN 1801-1349

18. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*, 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-547-4
19. SHELLY, J. A. *Spiritual care*, 1. vydání. Downers Grove, Illinois: IVP books, 2000. ISBN 0-8308-2252-6
20. SMOLÍK, J. *Pastýřská péče*, 1. vydání. Praha: Kalich, 1991. ISBN 80-7017-276-2
21. STAŇKOVÁ, M. *Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče*. Mimořádná příloha časopisu sestra. Praha: 2003. roč. XIII. ISSN 1210-0404
22. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, Praha: ECCE HOMO, 2003. ISBN 80-902049-4-5
23. SVATOŠOVÁ, M. et. al. *Hospic slovem a obrazem*, Praha: ECCE HOMO, 1998. ISBN 80-902049-1-0
24. SVOBODOVÁ, H. *Důstojnost lidské existence v péči o nemocného*, Diagnóza. Praha: 2006, roč. 2, č.3. ISSN 1801-1349
25. ŠIMEK, J. *Péče o spirituální potřeby nemocných*, Diagnóza. Praha: 2006, roč. 2, č.3. ISSN 1801-1349
26. TOWNSEND, J. *Hiding from love*, 2. vydání. Grand Rapids, Michigan: Zondervan, 2001. ISBN 0-310-20107-1
27. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vydání. Brno: MIKADAPRESS spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-7013-324-4
28. VOJTÍŠEK, Z. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice*, 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-798-1
29. ZVONÍČKOVÁ, M. – SVOBODOVÁ, H. *Pomoc nemocnému při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersonové*, Diagnóza. Praha: 2006, roč. 2, č.3. ISSN 1801-1349

8. Klíčová slova

Spiritualita

Náboženství

Religionistika

Spirituální potřeby

Příloha 1 - Dotazník

Vážená paní, vážený pane, jmenuji se Jana Šrotová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Téma mé bakalářské práce zní "Naplňování duchovních potřeb u hospitalizovaných pacientů." Proto se na vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro statistické zpracování mé bakalářské práce.

U každé otázky zaškrtněte odpověď, která je nejbližší skutečnosti, pokud k otázce chcete něco dodat, nenechte se omezovat předepsanými odpověďmi a svůj názor připište vedle otázky. Pokud je vám nepříjemné na některé otázky odpovídat, můžete je vynechat. Předem velmi děkuji za spolupráci.

1. Do jaké věkové skupiny patříte?

- 18 – 30 let 30 – 45 let
45 – 60 let 60 – 75 let
více než 75 let

2. Uveďte, prosím, jakého jste pohlaví:

- muž žena

3. Považujete sám sebe za věřícího člověka?

- Ano
Ne

4. Věříte v Boha?

- Ano
Ne

5. Věříte v

- boha
nadpřirozenou sílu
něco, co nás přesahuje
člověka a jeho schopnosti
nevěřím v nic
platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

6. Věříte v

- posmrtný život
převtělování
anděly nebo jiné nadpřirozené bytosti
platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

7. Co se vám vybaví při slově bůh (Bůh)?

všemohoucí bytost

něco, co nás přesahuje, ale nedokážeme to pojmenovat

energie

dobro

pohádková bytost

nic

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

8. Přál byste si v "něco" věřit?

Ano

Ne

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

9. Patříte do nějaké církve, náboženské skupiny nebo společenství?

Ano

Ne

10. Pokud jste odpověděli ano, napište prosím, kam patříte:

.....

11. Modlíte se někdy?

Ano

Ne

12. Pokud je vaše odpověď ano, při jaké příležitosti se modlíte?

modlím se pravidelně, bez ohledu na svou situaci

modlím se když jsem v nesnázích a potřebuji pomoc

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

13. Co pro vás znamená modlitba?

rozhovor s Bohem

meditace

přemýšlení

nic to pro mne neznámá

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

14. Ke komu eventuálně k (čemu) se modlíte?

doplňte.....

15. Je ve vašem životě někdo, koho nazýváte duchovní autoritou?

křesťanský pastor nebo kazatel

rabín

moudrý člověk

nikdo takový neexistuje

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

16. Cítíte se zde v nemocnici často sám?

Ano

Ne

17. Máte strach z budoucnosti?

Ano

Ne

Na budoucnost nemyslím

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

18. Myslíte si, že existuje něco (jev, bytost, událost atd.) co přesahuje naše lidské chápání?

Ano

Ne

Nevím

Máte-li jiný názor, prosím, napište ho.....

19. Kde čerpáte svou životní sílu? (doplňte)

.....

20. V čem vidíte smysl svého života? (doplňte)

.....

21. Bojíte se smrti?

Ano

Ne

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

22. Máte možnost zde v nemocnici vyjadřovat své náboženské přesvědčení a hlásit se ke své víře?

Ano

Ne

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

23. Ptal se vás někdo z personálu, na to jak se máte a nemyslel při tom na váš fyzický stav, ale na vaši duševní pohodu?

Ano

Ne

24. Pokud jste odpověděli ano, napište prosím, kdo to byl, nemusíte být konkrétní, stačí odpovědět např. sestra, lékař, uklízečka atd.

.....

25. Ptal se vás někdo z personálu, zda jste věřící?

Ano

Ne

26. Ptal se vás někdo z personálu, jakého jste vyznání?

Ano

Ne

27. Přál byste si, aby se personál zajímal o vaše pocity, víru a vaše náboženské vyznání?

Ano

Ne

28. Cítíte, že personál projevuje opravdový zájem o vaši osobu?

Ano

Ne

29. Zajímá se personál o vaše problémy?

Ano

Ne

30. Přál byste si návštěvu osoby, se kterou byste mohl diskutovat o záležitostech, které vás trápí?

Ano

Ne

mám možnost s takovou osobou pravidelně hovořit

31. Pokud jste odpověděli ano, napište prosím, kdo by byl tou osobou, se kterou byste rádi hovořili.....

32. Máte v nemocnici možnost modlit se, číst náboženskou literaturu, navštěvovat bohoslužby apod. podle svého přání?

Ano

Ne

33. Pokud jste odpověděli ne, co vám v tom brání?

můj špatný fyzický stav

absence příležitostí ze strany nemocnice

nestojím o to

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

34. Máte pocit, že zdravotnický personál pracuje pod časovým stresem?

Ano

Ne

35. Je mezi personálem nějaká osoba, které opravdu důvěřujete?

Ano

Ne

36. Pokud jste na otázku 35. odpověděli ne, přáli byste si, aby byla?

Ano

Ne

37. Pokud jste na otázku 35. odpověděli ano, kdo je tou osobou, které důvěřujete?

lékař (ka)

sestra

ošetřovatel (ka)

člen pomocného personálu

platí-li pro vás jiná možnost, doplňte.....

38. Myslíte, že je v nemocnici zachována vaše důstojnost? (respektování soukromí, zdvořilost ze strany personálu, vykání vaší osobě atd.?)

Ano

Ne

39. Byl jste seznámen s patientskými právy?

Ano

Ne

40. Jsou tato práva v nemocnici dodržována ?

Ano

Ne

Částečně

Nevím, neznám svá práva

41. Myslíte, že se o vás nemocniční personál stará, jak nejlépe umí?

Ano

Ne

42. Zkuste, prosím, oznámkovat personál za péči, kterou věnuje konkrétním potřebám vaší osoby (známkuje se jako ve škole, 1 – nejlepší a 5 – nejhorší)

péče o tělo	1	2	3	4	5
péče o sociální zázemí	1	2	3	4	5
péče o duševní život	1	2	3	4	5
péče o duchovní život	1	2	3	4	5

Příloha - Náboženské směry v České Republice

1. Křesťanství

1.1 Pravoslavné křesťanství

1.2 Katolicismus

Římskokatolická církev

Řeckokatolická církev

1.3 Protestantismus

Evangelická církev metodistická

Pražské společenství Kristovo

Církev Ježíše Krista Svatých posledních dnů "Mormoni"

Novoapoštolská církev

Armáda spásy

Evangelická církev augsburského vyznání

Českobratrská církev evangelická

Lutherská evangelická církev augsburského vyznání v České republice

Církev Bratrská

Náboženská společnost přátel (kvakeři)

Bratrská jednota baptistů

Náboženská společnost českých unitářů

Jednota bratrská

Kristova obec

Církev Boží

Pánova církev

Křesťanské sbory

Církev adventistů sedmého dne

Společnost svědků Jehovových

Apoštolská církev v České republice

Samostatné charizmatické sbory jako: Služba smíření, Dobrá zpráva, Cesarea, Ježíš přijde atd.

Společenství Williama Branhama

Společenství Son-Mjong Muna

Hnutí víry

2. Judaismus

3. Západní ezoterismus

- 3.1 Gnosticismus
- 3.2 Astrologie a další věšební techniky
- 3.3 Hermetismus a jeho novodobé obrození
- 3.4 Alchymie
- 3.5 Magie a čarodějnictví
- 3.6 Satanismus
- 3.7 Spiritismus
- 3.8 Středověké vojenské řády
- 3.9 Legendy úsvitu evropského křesťanství
- 3.10 Ezoterické léčitelství
- 3.11 Filantropické společnosti
- 3.12 Mystikové a teozofové
- 3.13 Tradice Teozofické společnosti
- 3.14 Novopohanství
- 3.15 Nové myšlení
- 3.16 Parapsychologie a psychotronika
- 3.17 Náboženská ufologie
- 3.18 Hnutí Nového věku

4. Islám

- 4.1 Islám v Evropě a u nás
- 4.2 Víra v bahá'í

5. Indická náboženství

- 5.1 Společné indické dědictví
- 5.2 Hinduismus
- 5.3 Buddhismus
- 5.4 Džinismus
- 5.5 Sikhismus

6. Čínská náboženství

- 6.1 Čínská medicína a zdravý způsob života
- 6.2 Další ohlasy taoismu v české kultuře
- 6.3 Fa-lun-kung

zdroj: VOJTÍŠEK, Z. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice, 1. vydání.*
Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-798-

příloha .3

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice

Česká biskupská konference,
zastoupená jejím předsedou Mons. Janem Graubnerem a

Ekumenická rada církví v ČR,
zastoupená jejím předsedou ThDr. Pavlem Černým, ThD.,

vědomy si společného poslání sloužit potřebným, uzavírají dohodu o vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků do zdravotnických zařízení s cílem prospět trpícím v těžkých situacích bez ohledu na jejich vyznání.

Vysílání kaplanů a dobrovolníků se děje tam, kde došlo ke vzájemné dohodě mezi zdravotnickým zařízením a zástupcem ČBK nebo ERC. Zdravotnické zařízení a vysílající církev potom uzavírají vlastní dohodu, upravující činnost vyslaného spirituálního pracovníka v konkrétním zařízení.

Nemocničním kaplanem se v této dohodě rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči pacientům, personálu a návštěvníkům, řídí práci dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví podle přání pacienta.

Dobrovolníkem, vyslaným ČBK a ERC ve smyslu této dohody se rozumí osoba (muž nebo žena), která se ve svém volném čase podílí na spirituální péči o nemocné pod vedením nemocničního kaplana.

Osoby, vyslané podle této dohody církvemi, musí splňovat kvalifikační předpoklady uvedené v této dohodě, a dodržovat etický kodex, který je součástí této dohody.

Způsob vyslání a dobu jeho platnosti si jednotlivé církve upraví podle svých řádů. Vyslání se zúčastní zástupci ČBK a ERC na místní úrovni. Vyslání pracovníci jsou vázáni touto dohodou a řády své církve.

Vyslaného pracovníka odvolává vysílající církev, v případě hrubého porušování této dohody tak učiní neprodleně.

Pastorační péče o nemocné, uskutečňována jednotlivými církvemi, případě jimi zřizovanými subjekty, zůstává nedotčena.

ThDr. Pavel Černý, ThD. Mons. Jan Graubner
za ERC v ČR za ČBK

V Praze, 20. listopadu 2006

Přílohy:

1. Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana
2. Kvalifikační předpoklady dobrovolníka
3. Etický kodex

Tyto přílohy jsou nedílnou součástí dohody.

dostupné z : <http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1164034509>.
[cit 2008-05-05]

1. Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana:

- dokončené obecně uznávané teologické vzdělání na magisterském stupni;
- speciální kapitoly z religionistiky: náboženství a náboženská hnutí (sekty);
- kurz pastorační péče;
- podrobné znalosti o duchovní péči v jednotlivých církvích v ČR (včetně přesného názvosloví);
- znalost organizace zdravotnictví a nemocnice;
- ovládnutí „právního minima“ v oblastech sociální péče a zdravotnictví;
- absolvování kurzu krizové intervence;
- absolvování kurzu komunikace, zejména v obtížných situacích;
- praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy;
- obecné zásady spirituální péče;
- schopnost komunikovat v některém ze světových jazyků;
- základní orientace ve zdravotnických oborech;
- základní znalosti z lékařské a zdravotnické etiky;
- pověření vlastní církví.

2. Kvalifikační předpoklady dobrovolníka

- teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví - např. dle ŘKC zahrnuje: komentovaný výklad Kréda, Desatera, svátostí, zásad duchovního života);
- speciální kapitoly z religionistiky: náboženství a náboženská hnutí (sekty);
- kurz pastorační péče;
- podrobné znalosti o duchovní péči v jednotlivých církvích v ČR (včetně přesného názvosloví);
- znalost organizace zdravotnictví a nemocnice;
- ovládnutí „právního minima“ v oblastech sociální péče a zdravotnictví;
- absolvování kurzu krizové intervence;
- absolvování kurzu komunikace, zejména v obtížných situacích;
- základní znalosti z lékařské a zdravotnické etiky;
- praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy;
- obecné zásady spirituální péče;
- pověření vlastní církví.

3. Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka – poskytovatele spirituální péče vyslaného církví

Kodex vychází z mezinárodních i národních dokumentů. Mezinárodní deklarace a úmluvy o lidských právech vytvářejí obecné standardy a poukazují na práva, která jsou globální společností akceptována.

Spirituální péčí v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřících křesťanů, věnujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.

Pracovníci, kteří o něj v různých zdravotnických zařízeních pečují, se mu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby snaží zprostředkovat zdroje víry, kulturní hodnoty i podporu společenství.

Nemocniční kaplani a dobrovolníci jsou ve vztahu k pacientům, příbuzným, jiným jim blízkým osobám i pracovníkům ve zdravotnických zařízeních zavázáni dodržovat tyto etické zásady:

1. proklamovat, respektovat a chránit nedotknutelnou hodnotu a důstojnost každé osoby;
2. s úctou respektovat existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti;
3. bez vnucování přibližovat uzdravující, podpůrnou, usměrňující a smiřující sílu náboženské víry;
4. dbát na to, aby spirituálním potřebám lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení pacienta a i pracovníka;
5. chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí nebo proselytismem;
6. poskytovat podpůrnou spirituální péči zejména empatickým nasloucháním a s porozuměním vnímat stavy úzkosti, obav a znejistění;
7. zprostředkovat či poskytovat bohoslužbu, obřady a svátosti podle potřeb pacienta a svých vlastních možností, daných řádem té které církve;
8. přijímat případné úkoly v multidisciplinárním zdravotnickém týmu, jsou-li do něho zařazeni;
9. působit jako zprostředkující a smířčí osoby v konfliktních situacích;
10. nevyužívat těžké situace pacienta ani informací, přijatých v souvislosti se spirituální péčí, ve svůj prospěch;
11. zachovávat mlčenlivost o svěřených důvěrných informacích
12. rozvíjet a udržovat požadované znalosti, dovednosti a kompetence v oblasti své práce;
13. v případě potřeby zprostředkovat kontakt s duchovními vlastní církve;
14. chápání služby nemocničního duchovního je primárně neevangelizační

¹ Dokumenty relevantní pro pastorační práci v nemocnicích jsou:

Všeobecná deklarace lidských práv; Mezinárodní pakt o občanských a politických právech; Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech; Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace; Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen; Úmluva o právech dítěte; Helsinské deklarace Světové lékařské organizace. Revidovaná verze 2000.09.01; Úmluva o lidských právech a biomedicíně. (1.10.2001); Etický kodex práv pacientů. (1992); Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. Rada Evropy (červenec 1999); Pařížská charta proti rakovině; Charta práv dětí v nemocnici; Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě. (2002); Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice; Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům Organizace paliativní péče a Příloha k Doporučení; Charta práv duševně nemocných; Charta práv seniorů.

² Srov. Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě 1

³ Srov. Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě 3.