

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Vliv uspokojení duchovních potřeb nemocných na jejich přístup k  
onemocnění**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Dita Nováková, Dis

Autor:  
Andrea Čihalová

2009

## **Abstract**

This bachelor thesis aims at influences of spiritual needs satisfaction at convalescence of clients. These needs are frequently omitted and this is still a tabooed topic in our society. That are why we wonder about the opinions of the ill and the attending staff referring such needs.

The aim of the thesis was to find out the relation between satisfaction of spiritual needs and the attitude of the ill towards his/her disease and to find out the differences in motivation to heal by and between the believers and unbelievers.

In the first part of my thesis you are at what needs are. Which are our needs and how they can be satisfied. A. H. Maslow was engaged in these problems. We also mention his pyramid. We deal in detail with the term of spiritual need. Each man is unique and that is why even the spiritual needs may be highly individual. At the moment when we fall ill and we must be hospitalised, a change of our life style occurs. As a consequence, we pay our attention to something supernatural – the God. Roman – Catholic is the most spread one in our country. That is why we aimed at clients of this religion. A nurse should have a basic knowledge of the most spread religion in our country. We mention the factors affecting spiritual needs in our thesis. In the course of his/her stay in the hospital, the ill may fully detach from his/her religious group and he/she may close up even in relation to health-care employees. But the most important feature is to identify the fact that the patient has some spiritual needs. Only after establishing it, we can help him/her to satisfy such needs. Not only priests, but even others may need to profess their religion.

According to my opinion, the need is insufficiently discussed and even less is done for such needs satisfaction. The spiritual needs of the ill include keeping, improving or correction of one's religion. It is also the need of fulfilment of one's religious obligations, like for example Sunday divine service. A nurse should be able to assist the client with such obligations fulfilment, to offer him/her the possibility of the needs satisfaction and to inform him/her that she is able to assist her ill client even in this field. The results completed spiritual needs satisfaction are believing of clients markedly improvement their complete therapy. The personnel struggle for this need

satisfying too. This thesis we want to motivate every nurse don't afraid to talk with patients about their religion.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vliv uspokojení duchovních potřeb nemocných vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské 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 17. 8. 2009

.....  
podpis studenta

#### Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Ditě Novákové Dis. za její odborné vedení, cenné rady a hlavně trpělivost při tvorbě této práce.

Úvod.....	4
1. Současný stav.....	5
1.1. Pojem potřeba.....	5
1.1.1. Maslowova hierarchie potřeb.....	6
1.1.2. Duchovní potřeba.....	8
1.1.3. Faktory ovlivňující duchovní potřeby.....	9
1.1.4. Motivace.....	11
1.2. Víra.....	12
1.3. Náboženství.....	13
1.4. Projevy úcty k Bohu.....	14
1.5. Zdraví.....	15
1.5.1. Osobní pohoda ve zdraví.....	16
1.6. Nemoc.....	17
1.6.1. Psychická zátěž v nemoci.....	18
1.6.2. Prožívání bolesti s ohledem na víru.....	19
1.7. Aktuální stav spirituality v české společnosti.....	20
2. Cíle práce a hypotézy.....	22
2.1 Cíle práce.....	22
2.2 Hypotézy.....	22
3. Metodika.....	23
3.1 Metodika.....	23
3.2 Charakteristika souboru.....	23
4. Výsledky .....	24
4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami.....	24
4.2 Výsledky rozhovorů u pacientů.....	34
4.3 Rozhovor s knězem.....	48
5. Diskuse.....	50
6. Závěr.....	54
7. Seznam použitých zdrojů.....	55
8. Klíčová slova.....	59

9. Přílohy.....	60
-----------------	----

## *Úvod*

Život je plný neočekávaných situací, některé jsou radostné a některé bolestné. Mezi ně patří nemoc, která ovlivňuje náš život i naši psychiku. Vlivem nemoci se člověk stává egoistou, který je zaměřený více na sebe a na své potřeby. Pacient ležící v nemoci více vnímá jakékoliv nedostatky. Důvod proč jsem si vybrala toto téma je prostý. Během své praxe jsem měla za pacienta katolického kněze. Ležel v nemocnici poměrně dlouhou dobu a já na něm sledovala, jak moc je pro něho důležitá jeho víra. Ano, byl to kněz a náboženství je pro něj celý život. Ale co ostatní věřící? Jak se k nim chovat? Co mám já sestra, udělat proto, aby se cítili v pohodě? Aby vlivem nemoci nestrádali ani v této oblasti. Ne jenom kněží, ale i ostatní lidé mohou mít potřebu svoji víru vyznávat. Všude však tuto možnost nemají. Tím, že člověk obrátí svoji pozornost k Bohu, může (ale nemusí) to ovlivnit jeho zdravotní stav. Proto mě to zajímá, a proto jsem si vybrala toto téma. Podle mého názoru se o této potřebě málo mluví a ještě méně se dělá pro to, aby byla uspokojena. Chtěla bych svými výsledky alespoň trochu pomoci těmto pacientům, ale i sestřím při jejich ošetřování.



## **1. Současný stav dané problematiky**

Každý člověk je individuum. Žije svůj život tak, jak se sám rozhodne a podle svého svědomí. Během našeho „žítí“ se však každý dostává do různých situací. Kladných a záporných. Ne vždy, je však v našich silách tyto situace zvládat. Mnoha věcem nerozumíme a je zde spousta nepochopitelných jevů, které nedokážeme vysvětlit našim rozumem. Jsou to např. přírodní jevy nebo sny. Možná právě díky tomuto strachu z neznámého lidé začali věřit v „Něco“. Tím si vysvětlovali nevysvětlitelné jevy. Lidé si náboženstvím kompenzují nějakou individuální potřebu, kterou mají v nouzi. Dost možné je i to, že lidé prostě musí věřit v něco nadpřirozeného. Náboženství je staré jako samo lidstvo. Nemůžeme přesně určit jeho počátek, ale je tu. Lidé odjakživa věřili, že je někde lépe, než zde na zemi. Prováděli různé rituály a modlili se ke Slunci, Přírodě, Bohu. Tato víra v „Něco“ lidem odjakživa pomáhá.(9)

### **1.1. *Pojem potřeba***

Tento pojem definuje Trachtová jako projev nedostatku. Je to něco, co nám chybí. Tím, že tento nedostatek odstraníme, je náš život kvalitnější. Je to uspokojení našich potřeb, které jsou nutné k životu a vyhýbání se podmínkám, které jsou pro nás nepříznivé. Pokud tyto podmínky máme, je náš život kvalitnější. (23, 24)

Všichni lidé mají své potřeby. To, co uspokojí jednoho, nemusí uspokojit druhého. Plnění těchto potřeb je individuální. Během života se potřeby člověka samozřejmě mění kvalitativně i kvantitativně. Jsou ovlivňovány také kulturou a prostředím. Potřeba je pohnutka, která nás vede k určitému chování. Pokud je naše pohnutka méně jasná, nazýváme ji touhou nebo také přáním. Podle Maslowa jsou lidé, kteří mají uspokojené potřeby šťastnější, výkonnější a zdravější. Pokud jsou však potřeby dlouhodobě neuspokojovány, dochází k deprivaci. Neuspokojená potřeba může nastartovat proces motivace. (23, 24)

### Kategorizace potřeb

- a) *Biologická potřeba* – tato potřeba definuje narušení fyziologické rovnováhy. Je to například nedostatek jídla nebo spánku. Narušení rovnováhy obvykle nemá vliv na psychiku.
- b) *Psychologická potřeba* – Je potřeba důstojnosti. Každý člověk je originál, který si zaslouží respekt. Neuspokojení této potřeby se projeví na psychice člověka. Jeho sebevědomí se zmenšuje. Tím může docházet k sebepoškozování a někdy může dokonce vyvrcholit až k suicidiálním myšlenkám nebo činům.
- c) *Sociální potřeba* – Je potřeba, něco mít nebo vlastnit. Jako příklad uvedeme rodinu, pěkný dům, jistou a dobrou práci, přátele. Tím, že toto máme, jsme duševně spokojeni.
- d) *Spirituální potřeba* - je věřit v něco, co mi dává sílu žít, mít recept na otázky smyslu života a našeho bytí.

Podle Maslowa se potřeby dělí na dvě části, nižší potřeby a vyšší potřeby. Mezi nižší potřeby zařazuje fyziologické potřeby a potřebu jistoty a bezpečí. Do vyšších potřeb zařazujeme potřebu sounáležitosti, uznání a seberealizace. Tím, že lidé mají své potřeby uspokojené, jsou šťastnější, veselejší a plnohodnotně prožívají svůj život. (13,24)

#### **1.1.1 Maslowova hierarchie potřeb**

Abraham Harold Maslow (1908-1970) byl psycholog a zakladatel humanistického proudu psychologie. Jeho základní teorií je, že lidské činy a chování jsou motivovány lidskými potřebami podle toho, jak jsou naléhavé. Každý jedinec má svůj individuální systém motivů, který je ale vždy hierarchicky uspořádán. Základem těchto potřeb je podle Maslowa fyziologické uspokojení, kam patří potřeba jídla, tekutin, spánku, dostatek kyslíku k dýchání, dobrá látková výměna nebo sexuální uspokojení. Klient ležící v nemocnici by neměl mít hlad, žízeň, měl by být bez bolesti. Také by měl ovšem vědět, že je v bezpečí. A to už je druhý schůdek pyramidy potřeb.

Nemocný by měl vědět, že lidé kolem něj mu chtějí pomoci. Chce si být jist, že není v nebezpečí. Hlavně musí mít důvěru v ošetřující personál. Další potřebou je sounáležitost a láska. Zejména v době hospitalizace je tato potřeba velice důležitá. Vědět, že na mě někomu záleží, že mě někdo má rád, že na mě někdo čeká, že za mnou někdo přijde je pro nemocné opravdu důležité. Pacient však nechce být pasivním, a proto pokud i tyto potřeby jsou uspokojeny je na řadě potřeba úcty a sebeúcty. Je důležité dobré sebehodnocení, třeba tím, že mu sestry projeví důvěru. Dají mu najevo, že je pro ně důležitý, že se nemusí bát po nich něco chtít. Pro sestru je v uspokojování klientových potřeb důležité znát také jeho společenské postavení, oslovovat ho titulem nebo hodností pokud je na to zvyklý. Jako další potřeby jsou podle Maslowa potřeby kognitivní. Nemocný chce vědět, co se děje v jeho organismu. Jakými způsoby se může léčit a co pro to může udělat. Sestra mu v této oblasti také může pomoci. V rámci jejich kompetencí může pacientovi zodpovědět jeho otázky. Pomůže mu tím překonat strach. Další potřebou jsou potřeby estetické. I v nemocnici může pacient vypadat dobře a líbit se ostatním. Chce být čistý a upravený. Posledním schůdkem v této pyramidě je potřeba seberealizace. Je to způsob uspokojení sám se sebou. Využít podmínek, které mám. Je to motivace a hlavně víra něčeho dosáhnout. Maslowova hierarchie potřeb nám však také říká, že k tomu, aby člověk mohl být motivován uspokojit vyšší potřeby jako je např. seberealizace, uznání, sounáležitost, musí mít uspokojeny potřeby nižší, to jsou fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí. (16, 20, 24, 26)

Velkým problémem je uspokojování více potřeb najednou. Někdy to jsou úplně obyčejné situace, jako příklad uvedeme pacienta, který si odskočí na záchod zrovna v momentě, kdy do jeho pokoje vstupuje velká vizita. Celý zdravotnický tým tedy na něj musí čekat. Nemocný samozřejmě chce znát výsledky své léčby a další léčebný plán, ale v danou chvíli prostě na ten záchod musel. Vlivem společnosti nebo prostředím se snažíme naše potřeby regulovat, někdy potlačovat a někdy je dokonce úplně vytěsnit z našeho vědomí do nevědomí. Tam ale nezmizí, ale časem se může začít projevovat nežádoucí formou. Ukrytá v jiných motivech, chybných výkonech nebo snech. Během života se mohou naše potřeby a tím i motivy různě měnit. I jejich důležitost se mění. Tím, že lidské potřeby nebudou dlouho uspokojeny nebo jsou

dokonce potlačovány, se někdy může stát, že se nevyznáme ani my sami v sobě. (16, 20, 24, 26)

### ***1.1.2 Duchovní potřeba***

Pokud se máme zabývat duchovními potřebami, je nutné určit si, co tím myslíme. Každý člověk nemá stejnou duchovní potřebu. Záleží to na mnoha faktorech. Tím myslíme místo, kde žijeme, tradicích, kultuře, rodinném zázemí. Je to něco, co nás nějakým způsobem fascinuje. Může to být krása, příroda, smysl lidského života, ale také moudrost nebo pravda. Nemůžeme se tedy divit, že lidé, chtěli toto „neznámé“ pojmenovat. Proto ho nazýváme pojmem Bůh. Ať už se můj Bůh jmenuje jakkoliv, je důležité vědět, jak moc je pro mě důležitý. Jak já ho vyznávám, co je důležité, aby došlo ke správnému vztahu mezi mnou a Bohem. Během našeho života jsme zvyklí na určitý životní styl, kde má své místo i náš Bůh. V okamžiku, kdy onemocníme a musíme být hospitalizováni, dochází ke změně našeho životního stylu. Důsledkem toho, že náš zdravotní stav není ideální, upínáme svoji pozornost na něco nadpřirozeného. Tím je náš Bůh. Proto bychom měli mít i tuto potřebu v nemocnici uspokojenou. Ať už je naše víra jakákoliv, je důležité, aby byla uspokojována správnou osobou. Sestra ve spolupráci i s klientovou rodinou zajistí někoho, kdo mu v jeho víře rozumí, kdo ho chápe a kdo mu pomůže projevit svoji víru. Tím ale práce sestry nekončí. Měla by této osobě (knězi) projevit úctu a náklonnost. Už jenom tím, že ho bude oslovovat jeho církevním jménem nebo hodností. Sestra by měla být tolerantní. Hlavně by knězi měla umožnit vše, co pro svoji práci potřebuje. Ať už je to soukromí, různé pomůcky nebo stručné informace o pacientově zdravotním stavu. Důležité je však poznat, že náš klient tuto službu potřebuje. My sestry, musíme zjistit, že tato potřeba není uspokojená. Někdo k uspokojení duchovní potřeby nepotřebuje nic, stačí si sám ve svých myšlenkách. Výjimkou jsou případy, kdy si pacient řekne o to, abychom zavolali kněze, který by nemocného např. vyzpovídal. Lidé v dnešní době už nemluví tolik řečí svého náboženství. Dobrá sestra však pozná, že klientovi něco schází. Pacient někdy přemýšlí nad tím, jaký smysl má to, že je nemocný. Každý o svých potřebách nemluví nahlas. Sestra by se měla pacienta zeptat, co mu schází. Pro někoho mají velký význam

symboly, obrazy, společenství. Důležité jsou pořád klientovi hodnoty. Otázka ovšem nastává v okamžiku, kdy se klient nehlásí k žádné církvi a přesto má potřebu hovořit o tzv. vyšších věcech. Chce znát odpověď na otázku smyslu lidského bytí. Nebo se alespoň touto otázkou chce zabývat. Každá sestra si netroufne zabývat se takovými otázkami, ale může dobrou komunikací z klienta dostat negativní emoce. Také může klientovi nabídnout někoho, kdo by mu mohl pomoci. Nevěřící člověk si může popovídat i s knězem. Nebo mu sestra může nabídnout psychologa nebo psychoterapeuta. Důležité však je, aby tito terapeuti nebo kněží měli jasno sami v sobě ohledně víry a smyslu lidského života. Pouze tak mohou být trpělivými posluchači pro nemocné a pouze tak jsou kompetentní řešit s klientem otázky jeho vlastní existence. Duchovní potřebou nemocného je udržování, zvyšování nebo napravování svého náboženského přesvědčení. Je to zároveň také potřeba plnit své náboženské povinnosti jako je třeba nedělní návštěva bohoslužby. Mnoho lidí se dnes k náboženství nehlásí, ale i přesto má své vlastní duchovní potřeby. Tito pacienti se jen těžce nachází, protože nejsou vidět navenek a jen tak se neprojeví. Sestry by se měly cíleně klientů na tyto potřeby ptát a také je zaznamenávat. (11, 13, 18, 20, 25)

### ***1.1.3 Faktory ovlivňující duchovní potřeby***

Během pobytu v nemocnici zjistí ošetřující personál mnoho věcí o pacientech. Kdo jsou, jak vypadají, kde bydlí, co je trápí, s kým žijí nebo kde pracují. Tím, že tohle všechno o pacientovi víme, nám pomůže k jeho léčbě. Zjištěné údaje se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace. Údaje, které nám poskytuje, jsou tak rozsáhlé, že jsme tuto dokumentaci začali rozdělovat na lékařskou a sesterskou. K tomu, abychom se mohli klientovými problémy zabývat, o nich musíme samozřejmě vědět. Hned při příjmu klienta na oddělení se ho sestry ptají na otázky z různých oblastí. Nejčastěji používají sesterskou dokumentaci, která je sestavena podle modelu Gordonové. Ta se zabývá klientem ve třinácti různých oblastech. Na každou tuto oblast mají sestry mnoho vedlejších podotázek, které jim pomáhají klienta pochopit. V každé oblasti se něco o klientovi dozví. Čím více o něm vím, tím více mu jsou schopni pomoci v jeho problémech. Zajímavé je, že pouze v oblasti víry jsou otázky pouze dvě. „Věříte

v boha? Pokud ano, přejete si zavolat kněze v případě potřeby?“ A to je vše. Tímto dotazem klienta „zaškatulkujeme“, protože pokud odpoví, že v boha nevěří je prostě nevěřící. Proto nemá žádné duchovní potřeby. Pak je tedy nemusíme uspokojovat. Když klient odpoví, že věří, pak následuje ona druhá otázka s knězem. Duchovní stav člověka se netýká jenom konkrétní víry v konkrétního Boha. Každý člověk má nějaký svůj názor na to, jaký je smysl jeho života. Proč existujeme, co je po smrti. Ale to neznamená, že když se nehlásí k určité církvi, tak že nemá duchovní potřeby. Cílem duchovní péče není to, že pacientovi odpovíme na jeho duchovní otázky, ani to, že ho převedeme na víru. Cílem je rozpoznat, že pacient tuto potřebu má. Protože pokud nebude uspokojena, dostane se do tzv. *duchovní tísně*. Ta může mít určitý vliv na akceptaci nemoci nebo utrpení. Nemocný se může během pobytu v nemocnici úplně izolovat od své náboženské skupiny, může se uzavřít i před zdravotníky. Bohužel i v dnešní moderní otevřené době se mnoho sester i lékařů stále bojí mluvit s nemocnými o duchovních potřebách. Duchovní pohoda každého z nás je velice důležitou částí kvalitního života. Někomu se může zdát, že víra je stále ještě velice intimní záležitost každého z nás. Mnoho zdravotníků u nás se nechce touto otázkou vůbec zabývat. V západních zemích už takový problém zdravotníci nemají. Víra a s tím spojená i duchovní potřeba už tam není tabuizované téma. Stejně tak ani uspokojování duchovní potřeby není nic neobvyklého. Sama jsem si to ověřila během mé zahraniční stáže v Nizozemsku. Všech klientů se sestry ptali na jejich vyznání a to, jak jim mohou pomoci. Kněží tam do nemocnic a různých zdravotnických zařízení chodí téměř denně. S nimi přichází také proškolení dobrovolníci, kteří jim pomáhají. Určitý den v týdnu je možnost navštívit bohoslužbu. Sestry do kaple shromáždí všechny ty, kdo o bohoslužbu mají zájem. A to i imobilní pacienty. Nikdy nezapomenu na rozzářený úsměv jedné imobilní babičky, která se také obřadu účastnila. Byla opravdu šťastná, že tam může být. (5, 11, 25,)

#### ***1.1.4 Motivace***

Motivace je pojem, kterým můžeme vyjádřit nějakou energii, sílu. Slovo motivace je odvozena z latinského slova moveo – hýbám. Je to přenesení hybné síly a určitého chování. Je to snaha něco mít. Obvykle závisí na tom, jestli máme uspokojeny dané potřeby. Pokud ne, naší myslí prochází myšlenky, jak je uspokojit. Vzniká tak tzv. motivační napětí. Je to reakce organismu na nějaký nedostatek. Psychika člověka podléhá mnoha vlivům, nejvíce však vlivům prostředí a to sociálního, ale také kulturního. Největší vliv však má naše výchova. Motivaci máme vědomou a nevědomou. U vědomé motivace se člověk snaží uspokojit svoji určitou potřebu, ale nemusí vědět, proč to činí. U nevědomé ani neví, že má nějakou potřebu, ale prostě dělá něco, aniž ví proč. Nedokáže vysvětlit, proč udělal zrovna to, nebo ono. I když to ne vždy tak vypadá, veškeré naše chování má nějakou motivaci. I negativní emoce jsou důvodem chránit sebe před dalším neuspokojením. Veškeré naše chování má nějaký smysl, ale ne vždy tento smysl můžeme chápat. Proto potřebujeme vědět, jaký cíl máme, jakou potřebu chceme uspokojit. Tím, že chceme dané potřeby uspokojit, jsme motivováni dělat určité věci určitým způsobem.. Směřujeme tedy k nějakému cíli. Pokud ale během cesty k určitému cíli nedojdeme, nebo zjistíme, že našeho cíle nejde dosáhnout, dochází k nerovnováze. Naše neuspokojení je zdrojem negativních emocí. Během nemoci by proto měla sestra s pacientem navázat určitý mezilidský vztah. Je to vztah sestry a pacienta. Sestra by si měla vytyčit cíle, kterých by měla u pacienta dosáhnout. Pokud zjistí, že mu něco chybí, potřebuje. Sestra má tedy s pacientem hovořit takovým způsobem, aby nemocný cítil, že jí to může říci. Nebál se s ní mluvit. Měl by poznat, že ho sestra chápe a že mu rozumí. Během rozhovoru dochází také ze strany sestry k porozumění pacienta, sama může reagovat na jeho potřeby zkušenostmi ze svého života. Tím se mu poodhalí a klient má pocit, že ho sestra doopravdy chápe. Teď je pravý čas na to, aby došlo k rozhodnutí. Pacient by měl sám přijít na to, co má udělat, aby došlo ke zlepšení, k uspokojení potřeby. V našem případě hovoříme o duchovní potřebě. Může se tedy rozhodnout, že se například začne sám více modlit a nebo, že požádá o pastorační službu. Sestra ho v této chvíli plně podporuje a dále

motivuje v jeho rozhodnutí. Může mu s tím také pomoci. Třeba tím, že zavolá kněze, když ho pacient chce. (4, 11, 24)

## **1.2 Víra**

Víra je přesvědčení nebo postoj. Je to charakteristika života, pochopení sama sebe. Tím, že člověk má víru, tak věří něčemu nebo někomu. Je to projev důvěry, který může být založený na určitém svědectví. My toto svědectví nemůžeme svým vlastním rozumem úplně vysvětlit nebo doložit. Může ovlivňovat náš životní styl, mít vliv na naše postoje nebo názory. Může mít také vliv na náš vztah k životu nebo nemoci. Zajisté má také vztah ke smrti. Víra je snaha jedince pochopit svoje místo v prostředí. Je to takové jednání, které nám dává mnoho dobrých důvodů myslet si nebo vědět, že je pravdivé. Je to také zvažování důkazů. Věřit totiž můžeme i bez důkazů. Mnoha věcem, kterým věříme, věříme jenom proto, že nám je někdo řekl. Víra je způsob jednání, které nám dává mnohdy dobré důvody myslet si, nebo vědět, že jistý názor je pravda. Náboženská víra vydrží i v prostředí, kde proti ní zdánlivě stojí nějaká průkazná fakta. Věřící nad těmito fakty přemýšlí a zároveň zjišťují, který názor působí nejrozumněji. Jako příklad uvedeme křesťana, který má víru v to, že boží láska je vyjádřena jako nejkrutější smrt božího syna na kříži. Lidská víra se během života mění. Na tom, jakou máme víru, má vliv mnoho faktorů. Ať už je to výchova, to, kde žijeme nebo s kým se stýkáme. Víra se stává součástí našeho života. Jen tak se své víry nevzdáme, ale naopak se jí pevně držíme. Je to snaha pochopit své místo, pochopit sám sebe v lidském světě. Hledat cestu životem a hlavně pochopit smysl lidské existence (3, 10, 11, 23)



### ***1.3 Náboženství***

Náboženství je obecný pojem, který se svými projevy liší v různých kulturách a společnostech. Je to organizovaný systém uctívání, má dané rituály nebo praktiky. Lidé v náboženství hledají pohled na svět, život nebo smrt. Je to jistá „teorie“, která se zabývá vznikem světa, smyslem lidského života. U lidí různého věku se může měnit. Je to také společenský jev. Podoba náboženství závisí na tom, jak vypadá daná společnost a jak lidé v této společnosti žijí. Mnoho lidí si své duchovní potřeby uspokojuje právě tím, že jsou zařazeni do určitého náboženství. Náboženský vývoj jedince je specifický podle toho, jaké má vzory chování. Jsou to pravidla správného chování nebo účastnění se daných rituálů. I přesto však každý chápe náboženství jinak. „Podle Jana Hellera, uznávaného klasika obnovené české religionistiky a zároveň bachovského dialektického teologa, „v náboženství jde o vztah člověka (ať teoretický, v učení, nebo praktický-v etice a kultu) k tomu, co má vůči němu roli boha.“ (17, s 34). U monoteistických náboženství se lidé obrazejí ke konkrétnímu Bohu. U polyteistických jsou Bohové různí. Je zde Bůh Slunce, Bůh Předků, Bůh Přírody. Náboženství také plní individuální potřebu, která kompenzuje stav nouze. Podle Tomáše Akvinského je náboženství prokazování víry, naděje a lásky. Toto uctívání nás všechny obrací k Bohu. Je to lidská touha po uspokojení. Náboženství se dělí na uzavřené tzv. kmenové a otevřené neboli univerzální náboženství, která se obrací na každého člověka. U křesťanství se pozornost věřících obrací k naději. K naději, která přijde. Je to víra v to, že bude lépe. Člověk unese hodně, různá příkoří, fyzické strádání, ponižování, zvládne i bolest a sociální úpadek, ale to všechno vydrží jenom tehdy, když bude věřit, v lepší budoucnost, v to, že bude lépe. Je to jakýsi emoční postoj, který je charakteristický očekáváním na něco příznivého. K tomu, že jednoho dne opravdu přijde spása a nebude už nikdy konce. Funkce náboženství byla u spousty lidí vytěsňena z vědomí do nevědomí, kde je v primitivní a nekultivované podobě. Chce se proto dostat zpátky do našeho vědomí, kde připomíná sopečné výbuchy. Podnětem pro tyto výbuchy může být nějaká tíseň, nebo nouze, stav nemoci. Náboženství kompenzuje tuto tíseň. Tato potřeba je individuální. Nábožensky založený člověk věří, že všechno je dar od Boha, který však může lehce ztratit. Proto děkuje. Způsob díků za dary je modlitba, zpěv, dobrý skutek.

Když cítí, že za dárek náležitě poděkoval, začne teprve uvažovat o původu těchto darů. Od koho je dárek? Jakou pro mě má vlastně cenu? Jenom na mně záleží, zda mi dárek zůstane nebo o něj přijdu. Pokud mám však touhu dárek si uchovat a rozmnožit, tak o něj budu také prosit. Proto podle Jana Sokola je definice náboženství toto: „Základní vrstvou náboženství je soustavná, artikulovaná a společná lidská odpověď na fakt života a existence, který se zde chápe jako dar. Náboženství vyjadřuje vděčnost za život i obavu o něj, biblickou bázeň Boží“ (22, 74 s.) Je to teda jakási vděčnost za dar. I apoštol Pavel v listu Korintským říká: „Máš něco, co bys nedostal?“ (1K 4,7) Náboženství připravuje zdravé i nemocné na smrt. Dává jim „recept“ na správně prožitý život. Také však jasně říká, co se stane, když tento „recept“ nedodržíš. Základ pro všechna náboženství je většinou velice podobný. Každý chce vědět, proč žiji. Mnoho náboženství nám dává na tyto otázky odpověď. Člověk chce také vědět, že ho někdo má rád, že někam patří. Poslední společnou věcí je odpuštění. Patřit do některého z náboženství je pro mnoho lidí výhrou. Nemusí se tak trápit nad smyslem života, nad tím, co se stane, až umře. Věřící člověk, který patří do určité církve, může svoji nemoc chápat jako trest. Za něco, co vykonal špatně. Když si tento trest odpyká, dostane se mu blaženého odpuštění, po kterém tolik prahne. Někdo může nemoc brát jako zkoušku své víry. Když tedy začnou věřit ještě víc, určitě se uzdraví. I když je náboženství mnoho, sestra by měla znát alespoň ta, se kterými se nejčastěji setkává. V naší zemi je to náboženství římskokatolické. Proto by sestra měla vědět, jaká je specifická péče o tyto nemocné a kdo jsou jejich duchovní. Tito duchovní mohou totiž sestřám pomoci při péči o nemocné, tím, že jim poskytnou informace potřebné při péči o pacienta. (1, 9, 11, 19, 20, 20)

#### ***1. 4 Projevy úcty k Bohu:***

Modlitba je tím nezákladnějším náboženským projevem víry. Pro křesťany je modlitba něčím, čím vyznávají víru ve svého Otce. Je to absolutní důvěra ve svého Otce, Ježíše Krista i Duchu Svatého. Motivem modlitby může být prosba, díky, chvála, klanění se. Je to oddanost k Bohu a její vyjádření. Je to osobní vztah člověka s Bohem, a proto pro modlícího se člověka znamená mnohdy více než jeho život. Co vlastně

modlitba je? Je to rozhovor s Bohem. Při tomto rozhovoru se cítíme Bohu blíž. Vkládáme do něj naději, že nám tato modlitba pomůže. I když je to jen psychická podpora, kde věříme tomu, že náš Bůh nás má rád a že nám pomůže, navozuje nám tak psychickou pohodu. Tím, že rozhovor věřícího s Bohem obsahuje mnohdy starosti, ale i radosti nebo úzkosti, dostává věřící schopnost vytvořit si objektivní náhled a získat tak větší vyrovnanost. Lidé v kritických situacích hledají u Boha často útočiště, hledají řešení ve svých problémech. Jako náhražku za osobní jednání a náhradu používají právě modlitbu. Pro křesťana je pravidlem projevit svoji víru modlitbami ráno, v poledne a večer. Sice nejsou nikde předepsány, ale pro křesťana je důležité je nezapomínat. Je dovolené však zvolit si pro svoji modlitbu místo i čas, který nám nejvíce vyhovuje. Důležitá však na tom je pravidelnost. Tu bychom měli získat v rodinách, kde se je už od mala učíme. Podle způsobu modlení rozlišujeme modlitbu na několik druhů. Je to například individuální nebo společná modlitba. Je také formální a neformální, liturgická a mimoliturgická. Sestra by měla vědět, jaký způsob modlitby našemu klientovi vyhovuje, a proto by mu měla zajistit vhodné prostředí, kde by se mohl na svoji modlitbu soustředit. Sestra také musí znát zásady nejčastějších náboženství. Nejdůležitější však je, aby měla ujasněné vlastní pocity vůči náboženství, ale hlavně aby tolerovala pacientovo přesvědčení (4, 17, 19, 21, 25)

### ***1.5 Zdraví***

K tomu, abychom se mohli zabývat nemocnými, a jejich potřebami musíme si nejdříve definovat, co je to vlastně zdraví. Definice zdraví podle WHO z roku 1946: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“(27, str. 487) Celkový zdravotní stav obyvatel u nás není ideální. Dochází ke zhoršování zdraví, to je zapříčiněno mnoha faktory, tzv. determinanty lidského zdraví. Ty mohou být ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ty neovlivnitelné patří naše genetické vlastnosti, pohlaví, věk, geografické podmínky. Mezi ovlivnitelné patří náš životní styl, tělesná aktivita. Velký význam na zdraví má i naše ekonomická situace, která ovlivňuje naše hmotné zabezpečení. Na zdraví však působí i sociální podmínky jako je nejistota, úzkost a strach např. z nedostatečného

materiálního zabezpečení, dlouhodobý stres. Zdravotní stav u dospělých se začíná formovat už v prenatálním životě a v prvních měsících života. Jedním z nejdůležitějších faktorů je však náš životní styl. Nesprávná výživa, kouření, obezita jsou jen jedním z mnoha faktorů, které mohou naše zdraví ohrozit. Pro to, abychom si zdraví zachovali, je potřeba mít informace o tom, jak se zdravě chovat, aby nedošlo k nemoci. Důležité jsou také dobré mezilidské vztahy a přátelství. Sociální izolace našemu zdraví rovněž neprospívá. Sestra by měla hospitalizovaným pacientům pomoci s udržení zdraví a nebo jeho obnovení. Během pobytu v nemocnici ho edukovat o správném životním stylu nebo životosprávě. (11, 14, 28)

### 1.5.1 *Osobní pohoda ve zdraví*

Odborníci hledají zdroje a podněty pozitivní psychologie jako prevenci různých poruch a patologických stavů. Mezi tento zdroj patří pojem osobní pohoda. Proto, abychom mohli pochopit termín „pohoda“ si musíme nejprve položit otázku, co ji ovlivňuje? Z psychologického pohledu je to něco, co je na hraně mezi afektem nálady a osobnostním rysem. Je to prožitek, který trvá déle než den nebo okamžik. Je to období týdne až týdnů. Osobní pohodu chápeme jako součást kvality života. Může být jako objektivní pohoda, kam patří například zdravotní stav nebo socioekonomický stav. Nebo je to také subjektivní pohoda, která má několik částí. Mezi ně patří např. sebeúcta, sebeuplatnění, osobní zvládnutí a vlastní pocit sociální pohody. Do tohoto našeho vlastního pocitu patří pocit štěstí, pozitivní a negativní afektivita, životní spokojenost, dobrá nálada. (13, 24)

#### Osobní pohoda a její struktura:

- 1) **sebeřijetí**: spokojenost sám se sebou, přijetí svých dobrých a špatných vlastností, přijetí své minulosti
- 2) **pozitivní vztahy s druhými**: dobré a uspokojující vztahy se svým okolím, zájem o druhé, empatické chování vůči druhým
- 3) **autonomie**: umět zvládat sociální tlaky, být nezávislý, být sám sebou a zachovávat si své názory

- 4) ***zvládnání životního prostředí***: mít přehled o tom, co se děje v jiném prostředí než v jakém se teď pohybují (sice jsem např. v nemocnici ,ale vím, co se děje ve světě), poznat svoji příležitost a využít ji
- 5) ***smysl života***: vědět, že prožité i to budoucí má nějaký smysl, jít si za svým cílem
- 6) ***osobní rozvoj***: být otevřený pro nové věci, nepřipouštět si nudu, pozitivně reagovat na změnu chování vlastního já

Pro vymezení tohoto pojmu se nám nabízí několik různých teorií. Jako první teorie je teorie životních cílů. Říká nám, že člověk je v pohodě, když má pro co žít. Je důležitý mít svůj cíl a hlavně jít si za tímto cílem. Problém ovšem začíná ve chvíli, kdy dojde k nějaké odchylce od plánované trasy. Například nemocí. Nemoc je negativní změna, která může ohrozit naši plánovanou cestu za vytyčeným cílem. Další teorií zastupuje již zmíněný Abraham H. Maslow, který využívá k osobní pohodě svoje znalosti s potřebami. Neuspokojená potřeba se totiž projeví napětím a někdy až frustrací. Ale uspokojená potřeba vede ke zvýšení osobní pohody. Teorie biologických základů pocitů pohody je poslední z teorií, Při pokusech s dvojčaty se vědci dopátrali toho, že existuje jistý genetický základ proto, abychom byli v pohodě. Důležitým momentem však je i to, jak se daný člověk staví ke svému životu a ke světu. Empatická sestra pomůže pacientovi k jeho osobní pohodě tím, že bude uspokojovat jeho potřeby. Ať už to jsou nižší potřeby nebo i ty vyšší. (13, 24)

## ***1.6 Nemoc***

Nemocí rozumíme stav duševní a tělesné nerovnováhy vlivem vnitřních nebo vnějších okolností. Je to také stav, kdy nemáme sílu nebo moc. Je to každá sebemenší odchylka od zdraví. Vznik nemoci můžeme datovat podle toho, kdy čteme signály nemoci. Ty mohou být subjektivní (např. bolest), nebo objektivní (vysoká teplota). Jakmile nás tyto příznaky donutí přemýšlet o tom, že nemoc můžeme mít, pokládáme si otázky typu. Co se to děje? Hrozí mi nějaké nebezpečí? Mám šanci to zvládnout? Jak to zvládnou? Pokud si na tyto otázky odpoví klient negativně, donutí ho to navštívit odborníka. Žádá od něj, aby mu vysvětlil, co se vlastně děje. V této situaci je už člověk

odkázaný na pomoc jiných. Jako laik si nemůže rozumově zdůvodnit vzniklou situaci. V této chvíli se mění způsob uspokojování klientových potřeb. Mění se jeho prostředí. Nové prostředí pro něj není typické. Je v cizím prostředí, kde je úplně jiný rytmus života. Nastává zlomový okamžik, kdy se klientovy potřeby mění. Musí se adaptovat na změny somatické. To, že není zdravý, že se s jeho tělem něco děje. Může ho také něco bolet. Z toho všeho nemusí dobře spát, cítí se unavený a vyčerpaný. Změny jsou také ve psychice, ta tam je jistota domova, rodinného krbu. Při hospitalizaci může klient pociťovat úzkost o své blízké, které nechal doma. Také jeho práce najednou stojí. Může mít strach z toho, co se tam všude děje bez něj. Cítí se sám a opuštěný. V této chvíli se mu může zdát, že ty důležité věci, které řeší doma v klidu, jsou v nemocnici úplně malicherné až nicotné. Cílů, kterých se klient snaží dosáhnout v „normálním“ světě se může i vzdát, protože jsou pro něj až moc vzdálené. To však záleží na prognóze jeho nemoci. V této chvíli nastupují na scénu zdravotníci. Nejčastěji je to sestra. Ta zná klientovi potřeby. Měla by se k němu chovat holistickým přístupem a hlavně efektivně pomáhat nemocnému jeho vzniklé problémy řešit. Když máme narušený komfort např. vlivem bolesti po operaci, chtějí nemocní po sestře, aby jim aplikovala utišující lék. Sami by tuto potřebu nezvládli. Když se však cítí křesťan neuspokojený ve své víře, chce zase po sestře, aby mu sehnala někoho, kdo mu pomůže. Ať už je to jakákoliv potřeba, je tu nejčastěji sestra, která dokáže pomoci. Samozřejmě jsou to i ostatní členové zdravotnického týmu.(6, 11, 15, 24)

### ***1.6.1 Psychická zátěž v nemoci***

To, aby člověk přijal svoji nemoc, může trvat kratší nebo delší dobu. Tento stav je u každého jinak dlouhý, ale probíhá v několika fázích. Začíná lékařovým sdělením pacientovi diagnózy. To jak se pacient s nemocí vyrovná je vysoce individuální, ale charakteristické. Kübler-Rossová ve své knize Hovory s umírajícími zaznamenala jednotlivé fáze od sdělení diagnózy až po její přijetí. Jako první přichází fáze šoku a popření. Ta vzniká v momentě, když se klient dozví o své nemoci. Je to první reakce, které se nikdo nevyvaruje. Nemocný nechce přijmout svůj stav. Dělá, že se nic neděje, že jeho problémy vlastně žádnými problémy nejsou. Neskrývá tyto problémy jenom

před okolím, ale hlavně sám před sebou. Poté teprve nastupuje další fáze a tou je smlouvání. Nemocný už „vstřebal“ nepříjemnou zprávu. Ví, že nemoc je skutečnost, ale snaží se vysmlouvat více času. U závažných a smrtelných nemocných je to více patrné. Jedná se o smlouvání typu Až. Až bude léto, až se vdá dcera, až se narodí vnoučata. Nemocný si tím dá určitý plán do budoucna, který by chtěl ještě prožít. Dále nastupují obranné mechanismy únik nebo útok. V útoku klient odmítá jakékoliv možnosti léčby. Nechce se léčit, nechce s nemocí nic dělat. A nebo je to fáze úniková, kdy se snaží najít si jiný pevný bod. Je to například mnoho práce, různé umění od malování po hudbu nebo to může být nová cesta životem. Obrácení k bohu, návrat k víře, církvi. V poslední fázi se nemocný se svou nemocí smíruje, je klidnější, vyrovnanější. Má důvěru ve zdravotníky i svoji rodinu, chce se léčit. (14)

### ***1.6.2 Prožívání bolesti s ohledem na naši víru***

To, jak člověk vnímá bolest, závisí na tom, jaké víře dá přednost. Ano, vím, že mě to bolí, ale proč mi od toho tedy můj Bůh nepomůže? Proč mě nechává trpět? Ale on už s tím něco udělal. Bůh (křesťanský) tak moc miloval svět, že poslal na smrt svého jediného syna Ježíše. A Ježíš říká svým ovečkám: „Kdo chce jít za mnou, zapři sám sebe, vezmi svůj kříž a následuj mě! Neboť kdo by chtěl svůj život zachránit, ztratí ho, kdo však svůj život pro mne ztratí, nalezne ho. (Mt 16,24-27)“ Bůh tedy tímto krokem odvrátil účinky dobra a zla. Tím, že žijeme svůj život ve spojení s Kristem, tím převracíme poměry dobra a zla. Protože cílem našeho života je nebe. A v nebi není bolesti, ani utrpení. Bolest může být chápána jako „Boží zkouška“ Protože i ve Starém zákoně najdeme bolest jako zkoušku. Kniha Job nám popisuje, jak Bůh zkoušel svého potomka Joba a to jen proto, aby se přesvědčil, jestli ho má doopravdy rád. Tím, že křesťan přijme svoji bolest jako boj za dobro, tím lépe se svojí bolestí vyrovná a je schopen ji zvládat. (3,15)

### **1.7 Aktuální stav spirituality v české společnosti**

Spiritualita je způsob duchovního života, který dává určitý směr životu člověka. Jde o hledání vyšší moci. Naproti tomu náboženství je organizovaný systém určité víry v něco. Má svoji tradici, rituály. Česká republika jako většina evropských zemí má nejbližší ke křesťanské ideologii. Je to díky tomu, že k nám v 9. století přišli z Byzantské říše slavní věrozvěstové Cyril a Metoděj. Tito poutníci neměli však vliv pouze na šíření křesťanství (ale také na vzdělání). Česká společnost byla ovlivněna křesťanskou církví po mnoho století a není se tedy divit, že i dnes se většina věřících hlásí právě ke křesťanské církvi. Podle sčítání lidu z roku 2001, se přihlásilo k náboženskému vyznání 32,1% obyvatel. Z tohoto počtu se 26,8% hlásí k římskokatolické církvi. (2, 8, 21.)

Kdo je to křesťan? Je to člověk, který vyznává víru Ježíše Krista. Je mnoho různých náboženství, pro které je osoba Ježíše důležitá. Křesťanství je nejrozšířenější monoteistické náboženství, to znamená víra v jednoho Boha. Nezastupitelnou úlohu zde hraje právě osoba Ježíše, jako Božího syna. Nejvíce zastánců této církve najdeme v Evropě, Americe, Austrálii, ale také v mnoha afrických zemích. Křesťanství má mnoho různých proudů, mezi ty nejznámější patří pravoslaví, protestantství, katolictví. V čele této církve stojí papež. Jako další důležité pracovníci jsou biskupové, kněží a jáhni. Každý zdravotník by měl mít proto alespoň základní znalosti o křesťanské církvi. Tím, že tyto znalosti upotřebí i v praxi bude pro každého nemocného křesťana jeho pobyt v nemocnici snesitelnější. Aby byl nemocný spokojený, potřebuje sestra vědět, že má duchovní potřebu. Nemocný mnohdy vnímá priority svých potřeb jinak než zdravotník. U některých nemocných mohou být duchovní potřeby důležitější než potřeby biologické. Zásadní je proto komunikace. Sestra může tak získat od nemocného spoustu dobrých informací, které pak může využít i u jiných věřících nemocných. Proto by se hned při příjmu měla zeptat, zda se pacient hlásí k nějaké církvi. Pokud jí odpoví, že k římskokatolické, je to pro ni jednodušší. Už jenom díky tomu, že je to nejrozšířenější církev u nás. Co pro něj tedy může sestra udělat? Jejím důležitým krokem je respektování jeho víry. Sestra také zjistí jaké má duchovní potřeby, informuje nemocného i jeho rodinu o možnostech bohoslužby ve zdravotnickém zařízení. Zjistí jak moc je pro něj důležité vyznávat jeho víru. Nabídne mu možnost promluvit si



s knězem. I sestra může být členkou této církve. Může sama nemocnému nabídnout společnou modlitbu. Ne každý křesťan chce dávat najevo své náboženské vyznání. Pro někoho je to pouze osobní záležitost, se kterou si také sám poradí. Sestra by si to měla uvědomit. Někteří nemocní mají svoji vlastní formu víry, která nemusí patřit do žádného formálního náboženství. Pacient by měl vědět, že se může kdykoliv obrátit na zdravotnický personál. (2, 8, 21,)

Jaké jsou zvláštnosti o nemocného katolického vyznání? Potřebují pouze prostor pro svoji modlitbu. Mnoho zastánců této víry se pravidelně před jídlem modlí. Touto modlitbou děkují Bohu za to, že jim dal, co jíst. Podle katolické církve by měl každý křesťan dodržovat bezmasý půst v pátek. Tento půst je však dobrovolný. Zvláště u starších křesťanů se s ním však můžeme setkat. Proto bychom se jich měli při sestavování jídelníčku zeptat, zda pro ně třeba nebude vhodná v pátek vegetariánská strava. Pro mnoho věřících může být jejich nemoc spojena s trestem za „něco“. Je důležité dát těmto nemocným najevo, že bolest, kterou jim dal Bůh, může být snížena, protože zdravotníkům dal Bůh prostředek, který dokáže bolest ztlumit. Jiné zvláštnosti péči nemají. U ortodoxních křesťanů se sestry mohou setkat s žádostí péče od osoby stejného pohlaví. Povinností každého křesťana je pravidelná nedělní bohoslužba. Dnes už ve většině nemocnic jsou kaple, kam se nemocní mohou uchýlit a tuto povinnost splnit. Je dobré jim o tom však říci. I pro ležícího, nesoběstačného pacienta může být účast na bohoslužbě důležitá, a proto by i on měl mít možnost se bohoslužby zúčastnit. Věřící této u nás nejrozšířenější církve nemají žádné názory, které by nesouhlasili s medicínskými pravidly. K léčbě přistupují bez problémů. Je dobré jim však dopřát prostor proto, aby mohli svoji víru vyznávat i v době nemoci. (2, 8, 21,)

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit souvislost mezi uspokojením duchovních potřeb a přístupem nemocného k jeho onemocnění

Cíl 2: Zjistit rozdíly v motivaci mezi věřícími a nevěřícími pro jejich uzdravení

### **2.2 Hypotézy**

H1: Uspokojení duchovní potřeby u věřících klientů výrazně zlepšuje jejich celkovou léčbu

H2: Věřící klienti se aktivně podílejí na léčbě než nevěřící

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metodika**

Ke zpracování bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření, které probíhalo metodou pozorování a polostandardizovaného rozhovoru, který byl vedený s klienty a sestrami Nemocnice v Jihlavě a Nemocnice sv. Zdislavy v Mostištích. Výzkum probíhal v červnu a červenci 2009.

Rozhovor pro pacienty se skládá celkem ze 17 otázek. Z toho je 8 otázek otevřených, 6 otázek uzavřených a 3 otázky jsou polootevřené.

Rozhovor pro sestry se skládá z 18 otázek, z toho je 5 otázek otevřených, 10 otázek je uzavřených a 3 otázky jsou polootevřené.

Jeden rozhovor byl také s knězem Římskokatolické církve.

Odpovědi byly zaznamenávány písemnou formou během rozhovoru a přepisovány vlastními slovy respondenta.

Délka rozhovorů byla různá, ale průměrně se pohybovala kolem 30 minut.

#### **3.2 Charakteristika souboru**

Výzkumným souborem byli věřící pacienti z interních oddělení Nemocnice Jihlava a Nemocnice sv. Zdislavy v Mostištích. Celkový počet respondentů, kteří se zabývali šetřením z řad pacientů je 30. Kritériem pro výběr je jejich víra a aktivní přístup k náboženství. Celkový počet respondentů z řad sester je 10.

## 4. Výsledky

### 4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

Tabulka 1 Zjišťování víry pacientů sestrami

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Ano		1	1	1	1		1	1	1	1	1
Ne	1					1					

Z celkového počtu 11 dotazovaných sester odpovědělo 9 z nich, že zjišťují, zda je klient věřící. Zbylé dvě sestry se na otázku víry neptají.

Tabulka 2 Pocity sester při dotazování se víry pacientů

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ne, je to pro mě přirozené	1	1	1	1	1						1
ano, ale raději bych se na to neptala						1					
ano, je to osobní věc každého							1	1	1	1	

Z celkového počtu 11 dotazovaných sester odpovědělo 5 sester, že to pro ně nepříjemné není a považují to za přirozenou věc. 1 Sestra z tohoto počtu odpověděla, že jí to nepříjemné je a raději by se na tuto otázku vůbec neptala. 4 sestrám z celkového počtu to nepříjemné je, protože je to osobní věc každého člověka.

Tabulka 3 Klienti mají možnost vyznávat svoji víru

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ano	1	1									
ano, modlit se mohou kdykoliv			1	1	1	1					
ano, máme tu k dispozici kapli i kněze							1	1	1	1	1

Na otázku, zda klienti mají možnost vyznávat svoji víru, odpověděly 2 sestry pouze ano, 4 sestry odpověděly také ano, ale s dodatkem, že modlit se mohou pacienti kdykoliv a 5 sester odpovědělo, také ano s tím, že mají k dispozici kapli i kněze.

Tabulka 4 Klienti vědí o možnosti pastorační služby

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ano, z nástěnky	1	1	1	1	1	1	1	1			
Nevím									1		
ano, kaple si nejde nevšimnout							1	1			1
pokud to zjistím už při příjmu, řeknu mu o této možnosti										1	

Odpovědi sester, zda klienti vědí o možnostech pastorační služby, byly následující: 8 sester z celkového počtu odpovědělo, že ano. Tyto informace klienti naleznou na nástěnkách oddělení. 1 sestra neví, zda o tom klienti vědí, 3 sestry odpověděly také ano s tím rozdílem, že mají stále k dispozici kapli, které si nejde nevšimnout. 1 sestra odpověděla, že klientům o této službě říká hned při příjmu, pokud zjistí, že jsou věřící. 2 sestry se také shodly v odpovědích, že klienti si to mohou přechíst na nástěnce a zároveň, že kaple si nejde nevšimnout.

Tabulka 5 Klienti využívají pastoračních služeb

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ano, někteří	1	1	1	1	1	1					
velice málo							1				
nevím								1	1		
ano, hodně lidí se chodí modlit do kaple										1	1

Z dotazovaných sester, zda klienti využívají pastoračních služeb, odpovědělo 6 sester ano, někteří. 1 sestra odpověděla, že velice málo, 2 sestry nevěděly a 2 sestry odpověděly také ano, s tím, že klienti se modlí v kapli.

Tabulka 6 Služby ohledně víry v nemocnici

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
mše v sobotu	1										
mše ve čtvrtek		1	1								
každý týden mše				1	1	1					
kněz je k dispozici kdykoliv						1	1	1	1	1	
klienta informuji pouze na jeho dotaz											1

Sestry na otázku pastoračních služeb odpovídaly takto: 1 sestra řekla, že mají pravidelné mše v sobotu, 2 sestry odpověděly pravidelné mše ve čtvrtek, 3 sestry řekly, že mše je každý týden a 1 sestra nabízí tyto služby pouze na dotaz klienta.

Tabulka 7 Využití služeb pacienty

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ti, co zde jsou delší dobu využívají více	1										
Nevím		1									
někdo ano			1	1	1	1	1	1	1	1	
moc ne											1

Z dotazovaných sester odpověděla, 1 že pacienti, kteří leží v nemocnici delší dobu využívají těchto služeb více, 1 sestra nevěděla, 8 sester odpovědělo, že někdo tyto služby využívá a 1 sestra odpověděla, že moc klientů tyto služby nevyužívá.

Tabulka 8 Věřícím klientům je lépe, když je navštíví kněz

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ano	1	1	1	1	1	1	1				
určitě, jsou klidnější								1	1	1	
někomu ano											1

Z celkového počtu 11 sester si myslí, že klientům je lépe, když je navštíví kněz. 3 sestry odpověděly, že klienti jsou po návštěvě klidnější a 1 sestra si myslí, že někomu může být po jeho návštěvě lépe.

Tabulka 9 Sestry si myslí, že klientům pomáhá pastorační služba

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
jsou klidnější	1	1									
dostanou naději			1	1	1	1					
uspořádají si vnitřní hodnoty							1	1	1		
mají lepší náladu										1	1

Z dotazovaných sester odpověděly 2 sestry, že klienti jsou po návštěvě kněz nebo bohoslužby klidnější. 4 sestry si myslí, že touto službou klient dostane naději, 3 sestry odpověděly, že si klienti uspořádají své vnitřní hodnoty, 2 sestry si všimly, že klienti mají pak lepší náladu.

Tabulka 10 Účast imobilních pacientů na mši

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ne, pouze chodící	1	1	1	1							
ne, maximálně na sedačce				1	1	1					
ano, ale záleží na stavu pacienta							1	1	1	1	
ne, může je navštívit kněz											1

Z celkového počtu 11 sester 4 odpověděly, že možnost účastnit se mše mají pouze mobilní pacienti, 3 sestry odpověděly, že účastnit se mohou klienti maximálně na sedačce, u 4 sester tato možnost je, ale záleží na stavu pacienta a 1 sestra odpověděla že imobilní pacienty může navštívit pouze kněz.



Tabulka 11 Setkání sestry s jiným typem náboženstvím než římskokatolickém

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ano	1	1	1	1	1	1	1				
ne								1	1	1	1

Na otázku zda se setkaly i s jiným typem náboženství než římskokatolickém odpovědělo 7 sester ano, 4 sestry se s jiným typem náboženství nesetkaly.

Tabulka 12 Setkání sester s jiným typem náboženství

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
pacient vietnamského původu	1						
Evangelická církev		1					
Protestantská církev			1	1			
Svědci Jehovovi					1	1	
Různé							1

Z celkového počtu 7 sester. Které se setkaly s jiným typem náboženství, odpověděla 1 sestra, že klient byl vietnamského původu, 1 se setkala s evangelíkem, 2 sestry se setkaly s protestantskou církví a 1 se setkala s různými typy náboženství.

Tabulka 13 Zvláštní požadavky klientů kvůli víře

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
ne			1	1			
odmítal transfuzi					1	1	
samostatný pokoj a klid		1					
ne, ale měl nadsandartní pokoj, kvůli návštěvám rodiny							1
speciální přání ohledně stravy	1						

Na tuto otázku odpovídalo 7 sester, 2 sestry řekly, že klient jiného náboženství než římskokatolického neměl žádné zvláštní požadavky, u 2 sester jejich klient z náboženského předsvědčení odmítal transfuzi krve, 1 klient vyžadoval samostatný pokoj a klid, 1 sestra uvedla, že její pacient chtěl nadstandardní pokoj kvůli návštěvám rodiny a 1 klient měl speciální přání kvůli stravě.

Tabulka 14 Věřící klienti mají odlišné požadavky než nevěřící

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ne, požadavky jsou stejné jako u nevěřících	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
asi ne, pouze někteří nechtějí v pátek maso										1	
soukromí při návštěvách											1

Z dotazovaných sester odpovědělo 9 z nich, že věřící klienti mají stejné požadavky jako nevěřící klienti. 1 sestra se setkala pouze s přáním ohledně úpravy jídla v pátek a to bezmasý pokrm a 1 sestra uvádí, že její pacient vyžadoval soukromí při návštěvách.

Tabulka 15 Práce sestry s věřícím klientem

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
dobře	1	1	1								
jako s každým jiným				1	1	1	1	1			
nerozlišuji kdo věří a kdo ne									1	1	1

Z uvedených čísel vyplývá, že 3 sestrám se s věřícími klienty pracovalo dobře, 5 sestrám se pracuje stejně jako s nevěřícími a 3 sestry nerozlišují, zda klient věří nebo nevěří v Boha.

Tabulka 16 A Klienti se ptají sester na otázky lidského bytí nebo smyslu života

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
ano	1	1	1	1	1	1	1				
ne								1	1	1	1

Tuto otázku jsme rozdělili na dvě části v části A se ptáme sester, zda na ně mají klienti dotazy ohledně smyslu lidského života a lidského bytí. 7 sester odpovědělo ano, 4 sestry odpověděly ne.

Tabulka 16 B Odpovědi sester na otázku lidského bytí a smyslu života

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
snažím se klienty povzbudit a motivovat je	1	1	1	1			
Chci je rozpovídat, tak se jim uleví					1		
odpovídám pouze u umírajících						1	
odpovídám podle svého svědomí							1

Na druhou část této otázky odpovídalo 7 sester, které se setkaly s dotazem od klientů týkajících se smyslu života a lidského bytí. 4 sestry z tohoto počtu se snaží klienty motivovat a povzbudit je, 1 sestra se snaží je rozpovídat a tím docílit úlevy, 1 sestra se setkala s tímto typem otázky pouze u umírajících a 1 sestra se snaží odpovídat podle svého vědomí a svědomí.

Tabulka 17 Sestry pocítují u věřících klientů větší aktivitu k léčbě

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Ne	1	1	1	1	1	1					
spíše ano							1	1			
aktivní mohou být i nevěřící									1		
ne, u někoho ani nepoznám, že je věřící										1	1

Na tuto otázku odpovědělo 6 sester, že nepocítují u věřících klientů větší aktivitu k léčbě, 2 sestry odpověděly spíše ano, 1 sestra si myslí, že aktivní může být i nevěřící klient a 2 sestry řekly, že někdy ani nepoznají, kdo je věřící a kdo ne.

Tabulka 18 A Věřící klienti zvládají hospitalizaci lépe než nevěřící klienti

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
určitě ano	1	1	1	1	1						
stejně u věřících i nevěřících						1	1				
je to individuální								1			
spíše ano									1	1	
nevím											1

Tuto otázku jsme také rozdělili na dvě části. Z celkového počtu 11 sester si 5 sester myslí, že věřící určitě lépe zvládají hospitalizaci, 2 sestry si myslí, že je to stejné jako u nevěřících, 1 sestra si myslí, že je to individuální. 2 sestry odpověděly spíše ano a 1 sestra neví.

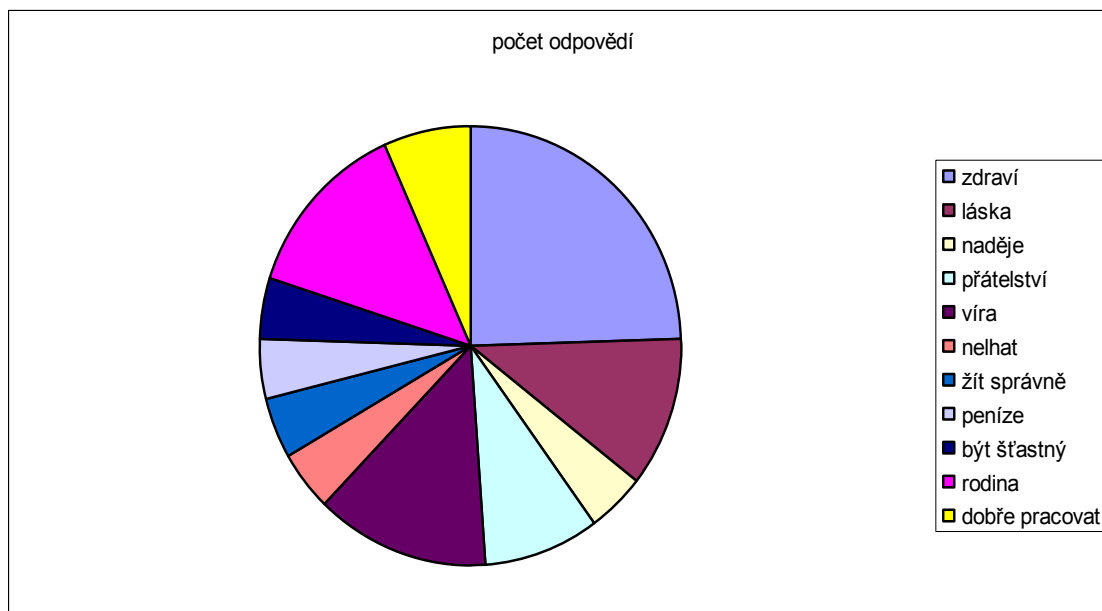
Tabulka 18 B Co si sestry myslí, že věřící klienti zvládají lépe

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
s nemocí i léčbou jsou věřící pacienti více smíření	1	1									
lépe snáší bolest i různá vyšetření			1								
je to individuální				1							
jsou klidnější a vyrovnanější					1	1	1	1			
věřící rodiny spolu více drží, proto nemoc lépe zvládají									1		
neví										1	1

Na otázku co si sestry myslí, že věřící klienti zvládají lépe, odpověděly 2 sestry, že jsou věřící více smíření s léčbou i nemocí. 1 sestra si myslí, že lépe snáší bolest 1 sestra odpověděla, že je to individuální, 4 sestry řekly, že jsou věřící více klidnější a vyrovnanější, 1 sestra rozpoznala u věřícího klienta větší aktivitu od rodiny a 2 sestry na otázku odpověděly, že neví.

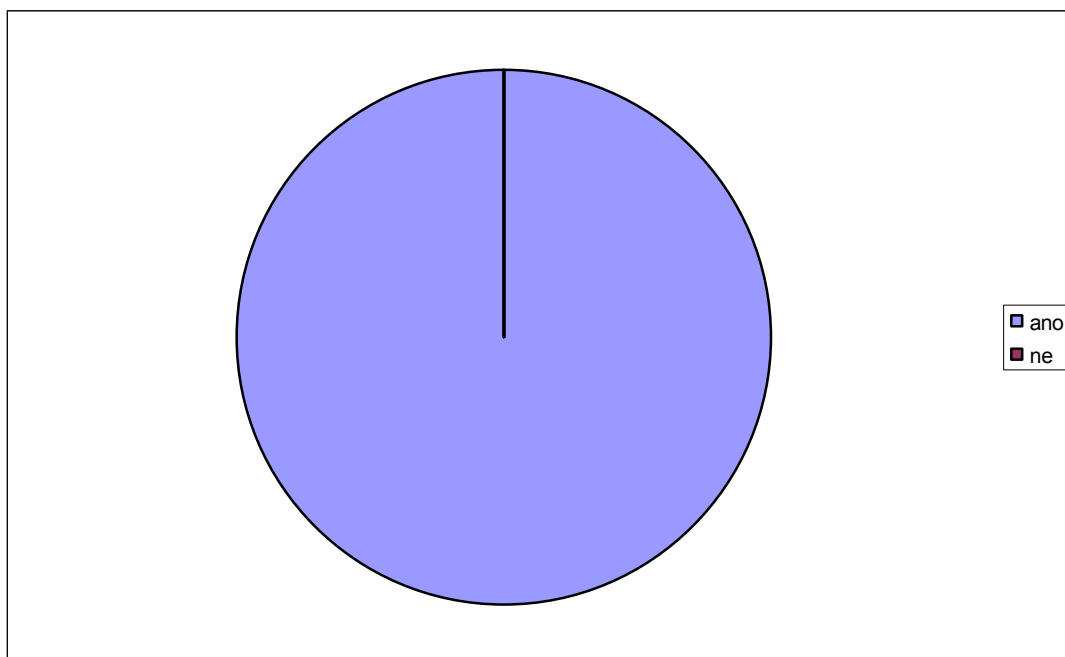
## 4.2 Výsledky rozhovoru u pacientů

Graf 1 Životní hodnoty pacientů



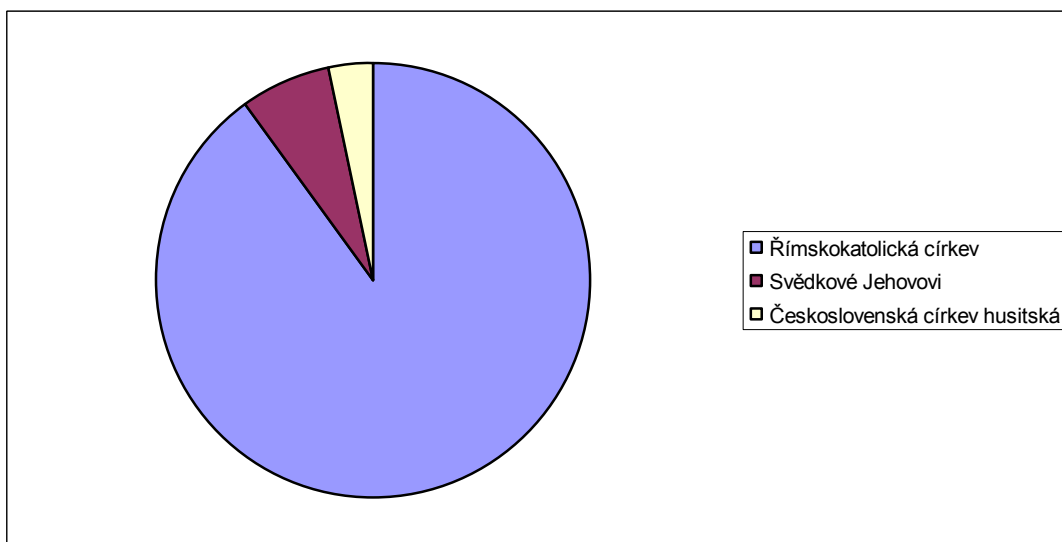
Na otázku odpovídalo 30 respondentů. Žádný z dotazovaných neměl pouze jednu odpověď, ale více. Zdraví je životní hodnotou pro 24 % (11) dotazovaných, dále je to víra 13 % (6), rodina také 13 % (6), láska má 11 % (5), přátelství 9 % (4), dobře pracovat 7 % (3) nelhat považuje za důležitou hodnotu 5 % (2) respondentů, žít správně chce také 5 % (2), být šťastným touží 4% (2) dotazovaných a peníze chce také 4 % (2) dotazovaných.

Graf 2 Věřící pacienti



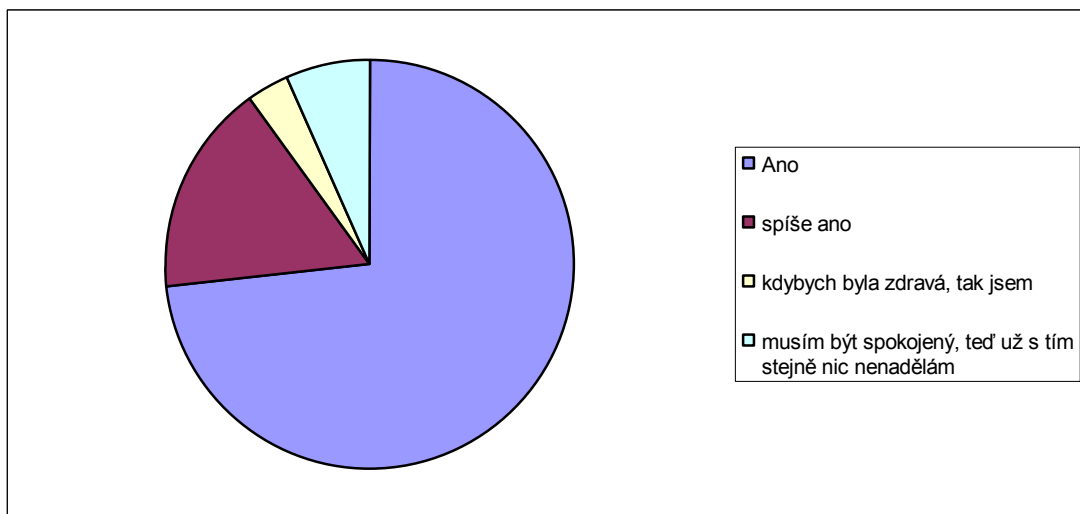
Z 30 dotazovaných respondentů bylo 100 % (30) věřících.

Graf 3 Zastoupení věřících respondentů



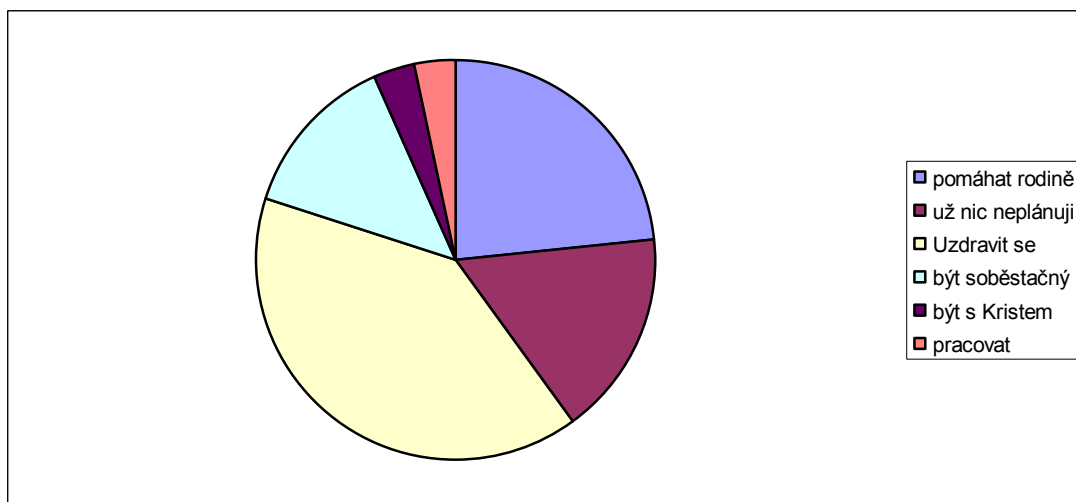
U dotazovaných věřících klientů bylo 90 % (27) Římskokatolické církve, 7 % (2) byli v zastoupení Svědci Jehovovi a 3 % (1) věřících byli z řad Československé církve husitské.

Graf 4 Spokojenost klientů s životem



Na otázku, zda jsou klienti spokojeni se svým životem, odpovědělo 73 % (22) ano, Spíše ano řeklo 17 % (5). To, že musím být spokojený, odpovědělo 7 % (2) dotazovaných a 3 % (1) odpověděly, že by byly spokojeni s životem, kdyby byli zdraví.

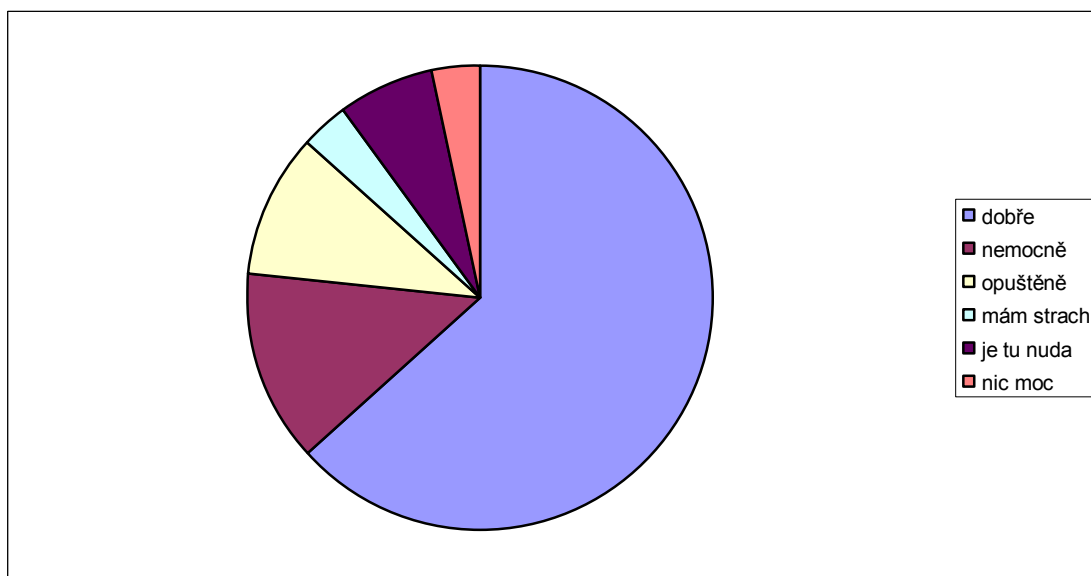
Graf 5 Plány do budoucna



U dotazovaných klientů se chce 41 % (12) uzdravit. Pomáhat rodině má v plánu 24 % (7) nemocných. Naopak 17 % (5) už nic neplánuje, 14 % (4) respondentů chce být co nejdéle soběstačných a nezávislých, 3 % (1) tázaných chce žít s Kristem a 3 % (1) respondentů má v plánu pracovat.

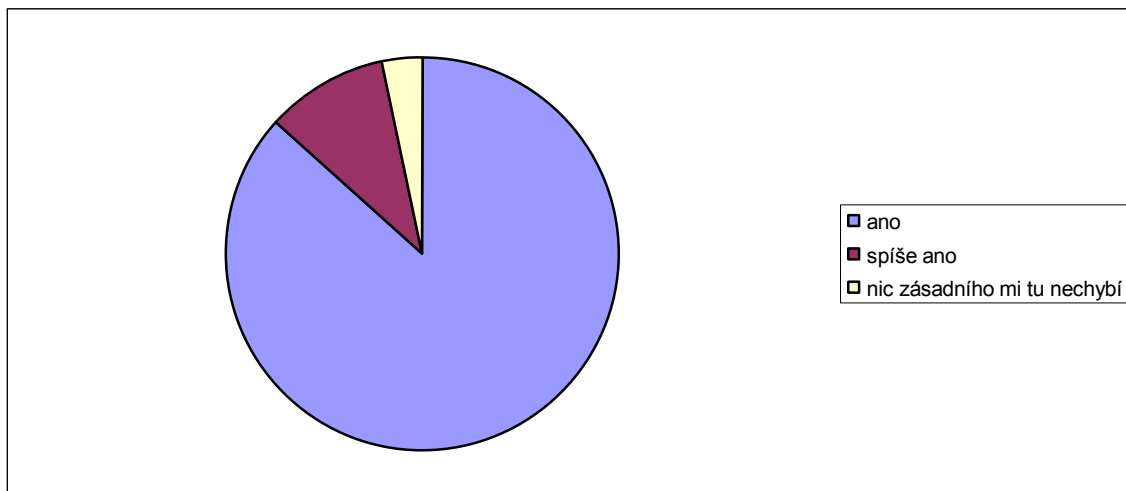


Graf 6 Pocity klientů během hospitalizace



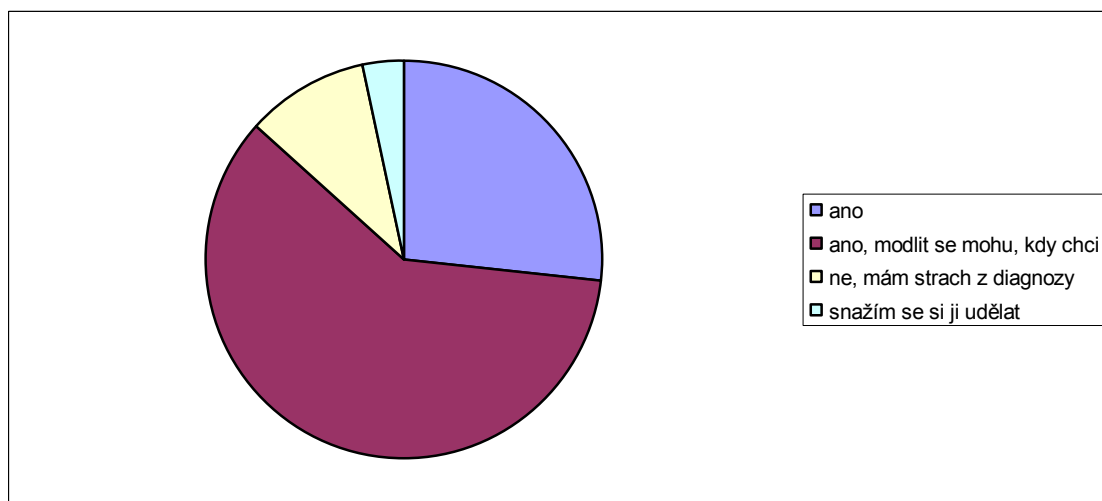
Na otázku, jak se klienti cítí během hospitalizace, odpovědělo 64 % (19) dotázaných, že dobře. 13 % (4) se cítí nemocně, 10 % (3) z celkového počtu se cítí opuštěně. Pro 7 % (2) je hospitalizace nuda. Strach má 3 % (1) respondentů a odpověď nic moc je také od 3 % (1) tázaných.

Graf 7 Spokojenost péče během hospitalizace



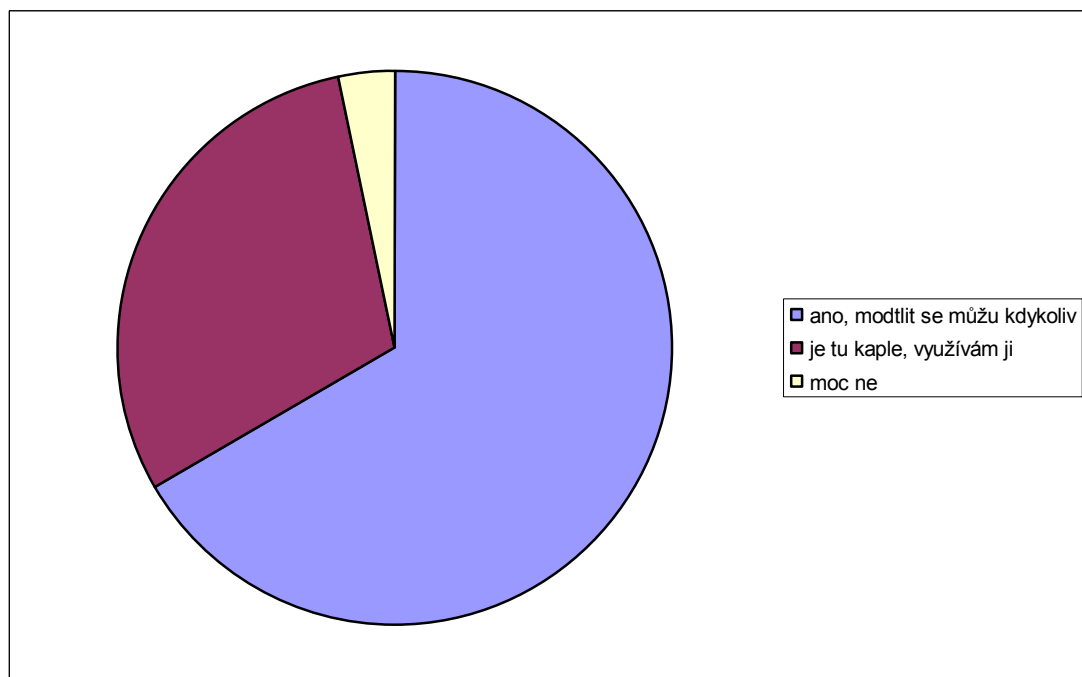
U dotazovaných klientů je 87 % (26) spokojených s péčí nemocnice, 10 % (3) je spíše spokojených 3 % (1) tu nechybí nic zásadního.

Graf 8 Klienti se cítí v duševní pohodě



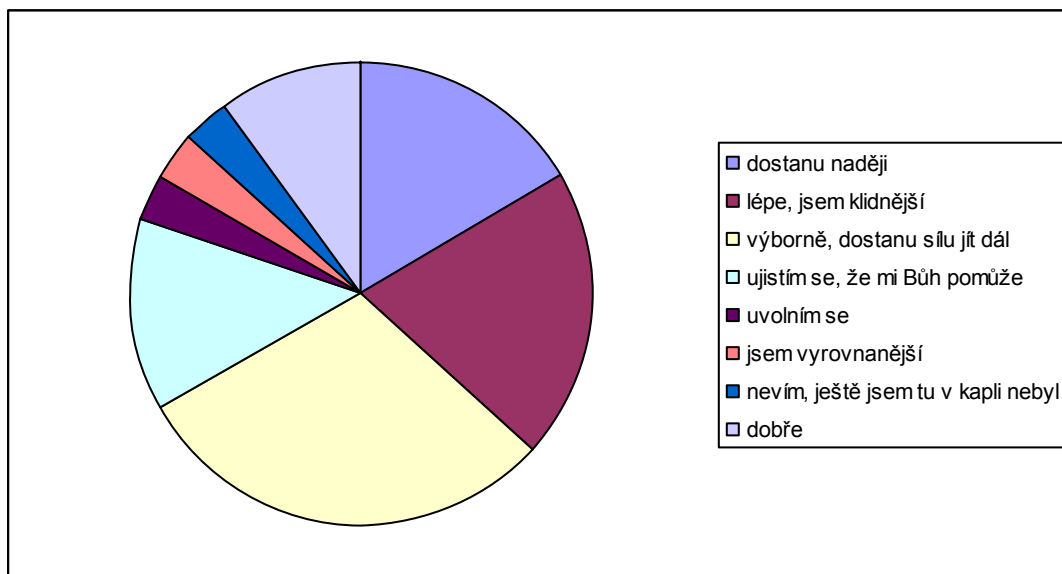
Z uvedených výsledků vyplývá, že 60 % (18) respondentů se cítí v duševní pohodě, protože modlit se mohou kdykoliv. 27 % (8) odpovídá velmi jednoduše ano. Naopak 10 % (3) se v duševní pohodě necítí, protože mají strach z diagnózy. 3 % (1) respondentů se snaží pohodu si udělat sami.

Graf 9 Možnosti vyznávat víru v nemocnici



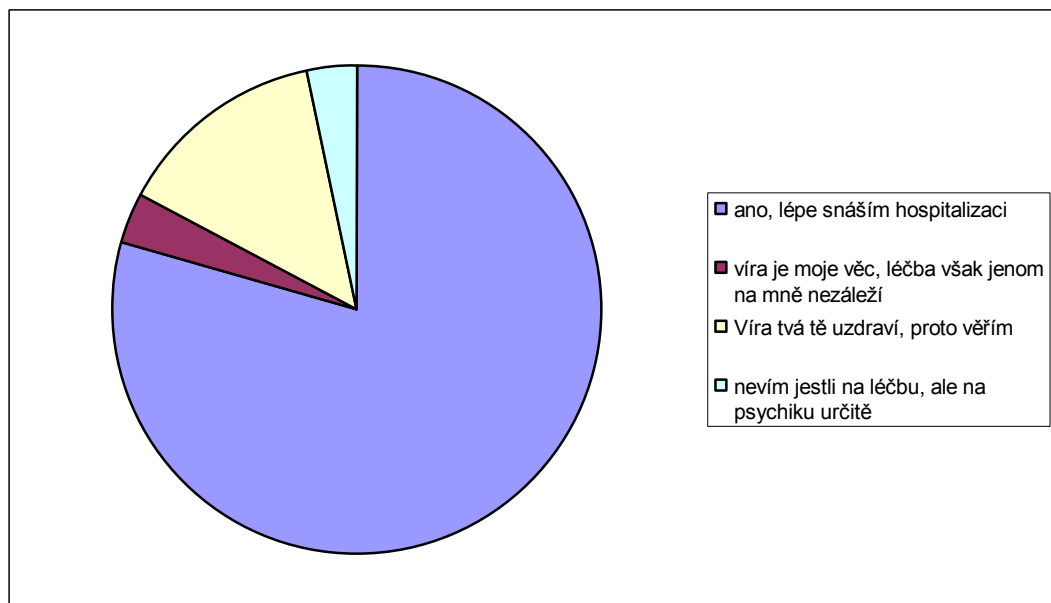
Na to, zda mají klienti možnost vyznávat víru v nemocnici, odpovědělo 67% respondentů, že ano, protože modlit se může člověk kdykoliv. 30% tázaných využívá k tomuto účelu prostor kaple. Pouze 3% odpověděli, že možností vyznávat svoji víru moc nemají.

Graf 10 Pocity po návštěvě v kapli



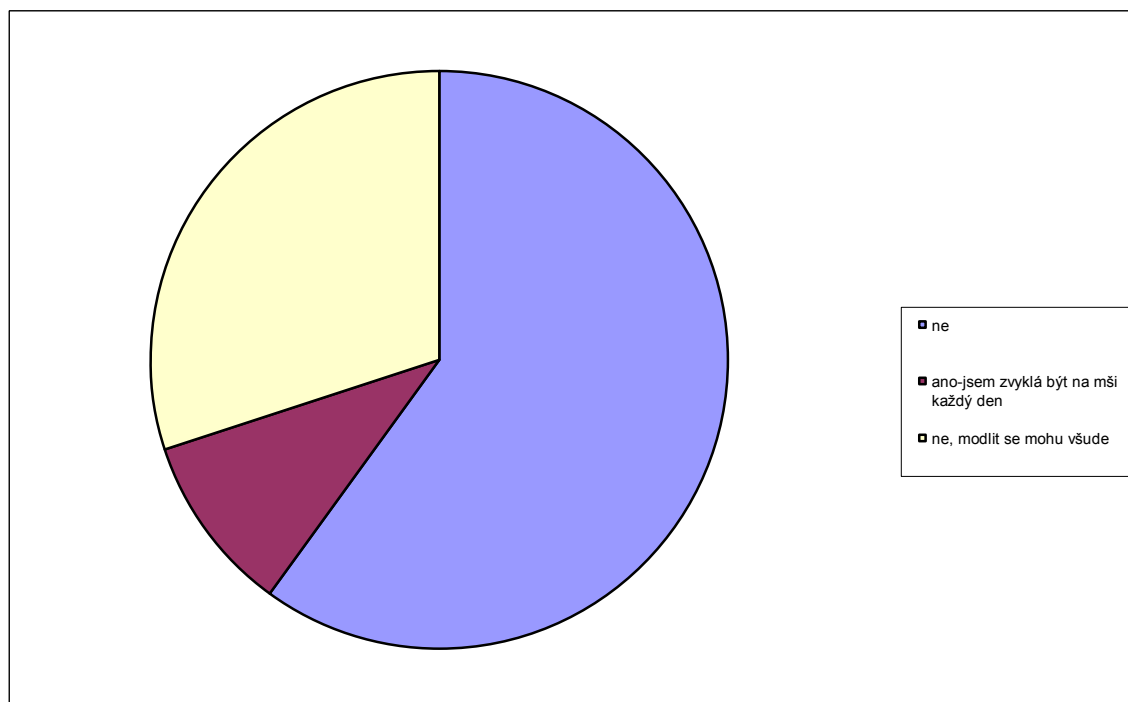
Pocity po návštěvě v kapli jsou následující: 30 % (9) se cítí výborně, dostane tam sílu jít dál. Lépe a klidněji se cítí 20 % (6) z tázaných. 14 % (4) se v kapli ujistí, že jim Bůh pomůže. Dobře se cítí 10 % (3) respondentů. Uvolněněji se cítí 3 % (1) klientů. Vyrovnaněji se cítí 3 % (1) dotazovaných. 3 % (1) na tuto otázku neví odpověď, protože neví. Kapli ještě během své hospitalizace nenavštívili.

Graf 11 Vliv víry na léčbu pacientů



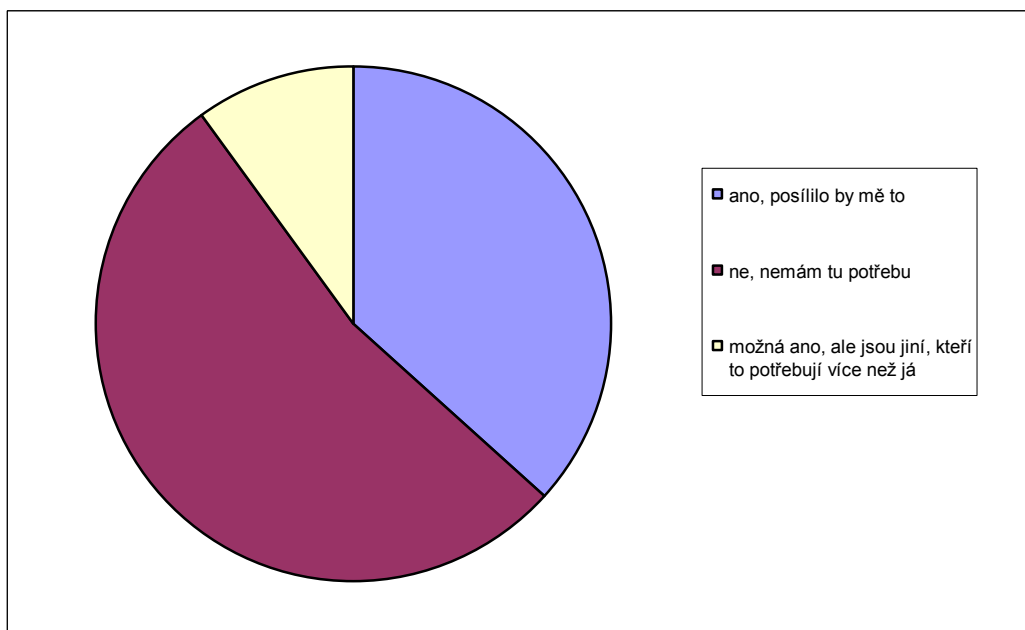
Z dotazovaných respondentů odpovědělo 79 % (23), že díky víře lépe snáší hospitalizaci. 14 % (4) tázaných si myslí, že víra tvá tě uzdraví, a proto tomu věří, 4 % (1) řeklo, že víra je osobní věc, ale léčba nezáleží jenom na jednom člověku. 3 % (1) tázaných neví, zda má víra vliv na jejich léčbu, ale na psychiku určitě.

Graf 12 Omezení ve víře během hospitalizace



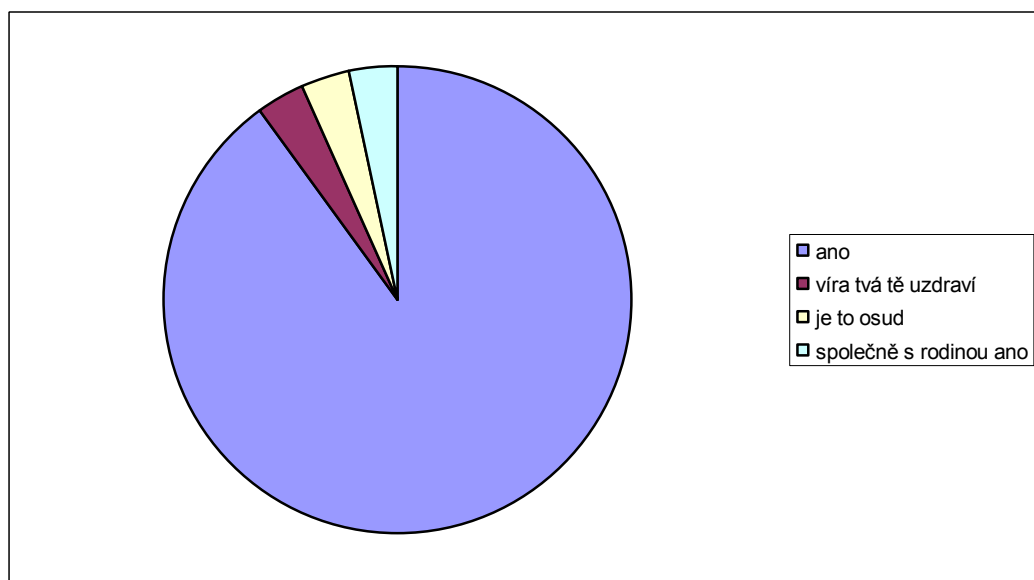
Z celkového počtu 30 dotazovaných respondentů odpovědělo celých 60 % (18), že se omezení necítí. 30 % (9) říká, že modlit se mohou všude a 10 % (3) z dotazovaných se omezeně cítí, protože jsou zvyklé chodit do kostela na mši každý den.

Graf 13 Pacienti si chtějí promluvit s knězem



Z odpovědí vyplynulo, že 53 % (16) nemá potřebu mluvit s knězem, 37 % (11) si myslí, že by je to posílilo a 10 % (3) respondentů nad touto možností uvažují, ale zároveň si myslí, že jsou jiní pacienti, kterým by kněz pomohl více než jim.

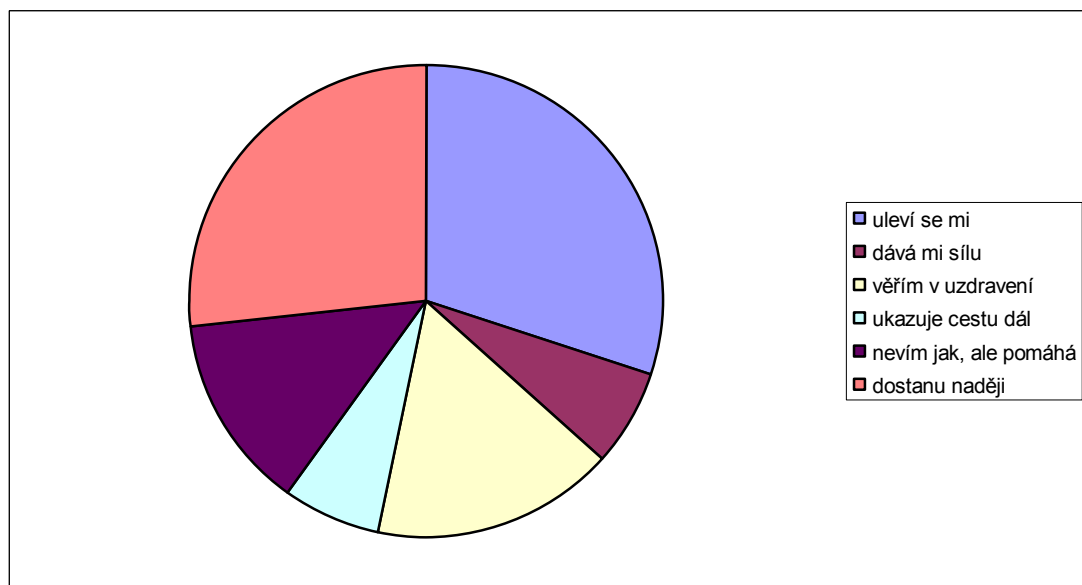
Graf 14 Pacientům pomáhá víra v boji s nemocí



Na otázku, zda si pacienti myslí, že jim víra pomáhá v boji s nemocí odpovědělo 91 % (27) respondentů ano, 3 % (1) řeklo verš z Bible – „Víra tvá tě uzdraví“ , stejný počet dotazovaných 3 % (1) řeklo, že je to osud. Další 3 % (1) si myslí, že na jejich uzdravení má kromě víry vliv také rodina.

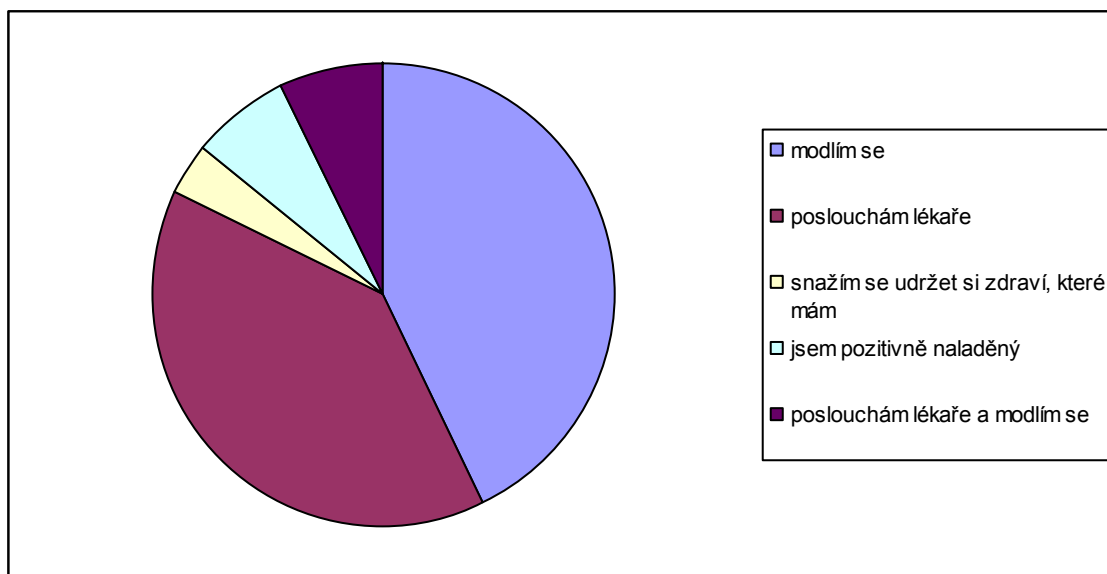


Graf 15 Jakým způsobem víra ovlivňuje nemoc pacientů



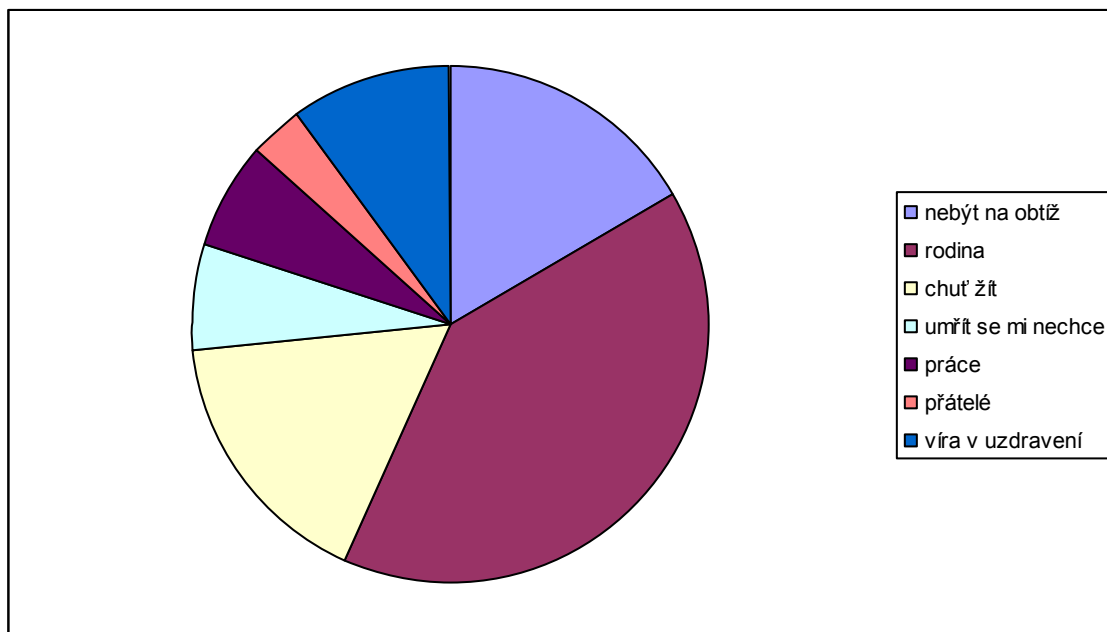
Víra ovlivňuje nemocné pacienty následujícími způsoby: Nejvíce se pacientům díky víře uleví 29 % (9) , 27 % (8) z dotazovaných respondentů dostane naději v uzdravení. 17 % (5) věří v uzdravení. Na danou otázku odpovědělo 13 % (4), že neví jak, ale že jim víra pomáhá. 7% (2) víra dává sílu a ukazuje cestu dál.

Graf 16 Snaha klientů na léčbě



Nejvíce odpovídali na tuto otázku pacienti 43 % (12) tak, že se modlí. Druhou nejčastější odpovědí je poslouchat lékaře 39 % (11). U 7 % (2) vyplynulo, že se modlí a zároveň se řídí radami lékařů. Dalších 7 % (2) se snaží být pozitivně naladěni. Zbývá 4 % (1) se snaží udržovat si alespoň to zdraví, které má teď.

Graf 17 Motivace klientů uzdravit se



Motivací klientů uzdravit se má nejvíce nemocných v rodině 39 % (12), dalších 17 % (5) nechce být nikomu na obtíž. Chuť žít má stále 17 % (5), 10 % (3) mají víru v uzdravení. Do práce se těší 7 % (2), a umírat se ještě nechce také 7 % (2).

### **4.3 Rozhovor s knězem**

#### **1. Máte zkušenosti s pastorační službou v nemocnici?**

Ano, věřící mě často zvou na návštěvu do nemocnice. Navštěvuji všechny nemocnice v našem okolí. Knězem jsem už 25let a mám s tím bohaté zkušenosti

#### **2. Jak často nemocnici navštěvujete?**

To je různé. Většinou je to podle potřeb nemocných. Když někdo umírá, snažím se za ním chodit co nejčastěji.

#### **3. Jak k vám přistupují zaměstnanci nemocnice?**

Velmi vlídně. Sestry jsou na mě vždy přívětivé a vítají mě s úsměvem na tváři. S neochotou ze strany sester nebo lékařů jsem se nikdy nesetkal.

#### **4. Vyhovují vám ve vašich požadavcích?**

Ano, pokud něco potřebuji, jsou mi k dispozici. Většinou žádám o soukromí, pokud to jen trochu jde, jsme s nemocným o samotě třeba na chodbě. Pokud je ležící, poprosíme ostatní pacienty, aby odešli. Pokud ani to nejde, mluvíme potichu.

#### **5. Vědí pacienti o vašich službách?**

Ano vědí, od sester, z nástěnek říkám to i v kostele. Hlavně jde o to, aby se lidé nebáli mi říct nebo mi zavolat.

#### **6. Jaké služby nabízíte?**

V podstatě všechno, co je třeba. Začíná to rozhovorem. U lidí, se kterými se neznáme začínám neformálním rozhovorem, který trvá kolem 10 minut Pak jdu trochu dál, zjistím, co pacient trápí a vyslechnu ho. V případě potřeby udělím svátost smíření, přijímání nebo pomazání nemocných.

#### **7. Povídáte si s nemocnými?Jaká nejčastější témata řešíte?**

Ano, s nemocnými si povídáme. Musím zjistit, co je trápí. Většinou řešíme taková životní témata. Snažím se je povzbudit k tomu, aby si urovnali svůj život. Aby dali své věci do pořádku(tím nemyslím jenom umírající)To je motivuje se uzdravit, vidí smysl uzdravení.

#### **8. Jsou nemocní po vaši návštěvě vyrovnanější, klidnější?**

Ano, to určitě. Jsou klidnější, vyrovnanější. Mají naději. Nemoc je zkouška. Není to trest. Měli by ji brát jako skutek lásky od Boha.

### **9. Myslíte si, že má víra vliv na léčbu nemocného?**

Ano. Samozřejmě záleží na charakteru člověka. Pokud je to introvert a zároveň pesimista, je to těžší. Ale vždy když odcházím, jsou klidnější, vyrovnanější. Pak nemocný svoji nemoc lépe snáší. A navíc v Bibli se píše- Víra tvá tě uzdraví. Ano věřím tomu.

### **10. Máte nějaký zážitek z nemocnice, který vám utkvěl v paměti?**

Ano, velmi si vzpomínám na jednu paní. Bylo jí 46 let a byla velmi nemocná a bylo nepochybné, že brzy zemře. Na pokoji byla sama, měli jsme soukromí, ale podle mě by bylo lépe, kdyby byla s někým. Rodina ji moc nenavštěvovala, asi to bylo ze strachu. Těšila se, že si spolu popovídáme. Po té, kdy jsem jí udělil svátosti, jsem u ní zůstal asi hodinu a půl. Vyprávěli jsme si, a když měla bolesti, povzbuzoval jsem jí duchovními myšlenkami a texty Písma Svatého.

Po přijetí svátostí se velmi uklidnila a skutečně vyzařovala klidem, nadějí a vyrovnaností. Byla velmi jemná, citlivá, prostě opravdová dáma. Několikrát jsem jí řekl i během dalších návštěv, že je statečná a že má krásnou duši.... Když jsem se jí díval do očí, byla zahleděná do dále.

Viděl jsem v jejích očích umírat všechny dívky a ženy předčasnou smrtí na všech frontách světa a to vše v souvislosti s hříchem. Silně jsem si uvědomil, že hřích není opravdu žádná sranda, když má takové důsledky. Stále jsem jí držel za ruku a hladil po tváři a po vlasech. Když jsme se rozloučili první noc, políbil jsem jí na čelo. U dveří jsem se ještě otočil – zamávala na mě slavnostně a přitom velmi mile.

Potom jsem za ní přicházel ještě v pondělí od 4.00 hod. v průběhu dne a v úterý také tak.

Každé setkání bylo hodně intenzivní. V úterý jsem se s ní rozloučil kolem 22.00 hod.

Pomodlil jsem se modlitby umírajících, dal jsem jí plnomocné odpustky. V noci odešla.

Velmi mně obohatila. Často na ni vzpomínám a připadá mi hodně blízká.

## 5. Diskuse

Šetření k této bakalářské práci se účastnilo celkem 41 respondentů, kteří byli rozděleni na dvě skupiny. První skupinou byly sestry z interních oddělení nemocnice v Jihlavě a nemocnice sv. Zdislavy v Mostištích. Celkový počet dotazovaných sester bylo 11. Druhou skupinou byli pacienti z těchto nemocnic a oddělení. Celkový počet respondentů z řad nemocných byl 30. Z toho 16 žen a 14 mužů. Podmínkou k tomu, aby mohl být prováděn rozhovor byla víra pacientů. Proto byla také navázána spolupráce s církevním řádem Bratří Minoritů v Jihlavě. Největší skupinou věřících klientů zaujímali nemocní katolického vyznání 90 %, jak je znázorněno v grafu 3. S oběma skupinami byly prováděny rozhovory. Délka jednoho rozhovoru trvala 30 minut.

Během rozhovorů se sestrami jsme se zabývali hypotézou 1 a to, že uspokojení duchovní potřeby u věřících výrazně zlepšuje jejich celkovou léčbu. V první otázce bylo zjištěno, zda se sestry aktivně zajímají o duchovní potřebu nemocných. Podle tabulky 1 vyplývá, že z celkového počtu 11 sester se o tuto potřebu aktivně zajímá 9 (82 %) z nich. Příjemným překvapením byla tabulka 2, která se zaměřuje na to, zda je sestrám nepříjemné se ptát klientů na jejich víru. V naší společnosti se víra stále bere jako něco osobního, na co není vhodné se ptát. Podle našich výsledků však 55 % sester nemá problémy takovou otázku vyslovit. U tabulky 4 je také znát, že víra přestává být tabuizovaným tématem. Klienti si mohou přečíst téměř na každé nástěnce informace o pastoračních službách. Je to sice malý pokrok, ale alespoň nějaký. Sestry se také shodly, že pastoračních služeb využívá až 73 % věřících pacientů, jak vyplývá z tabulky 7. Tabulka 8 říká, že věřícím klientům je lépe, když je navštíví kněz. Toto tvrzení dokládá i fakt, kdy se na stejné odpovědi a tou je tvrzení, že pacienti dostanou naději, shodlo 7 (64 %) sester. V 11 otázce jsme se zajímaly, zda se sestry setkaly i s jiným typem náboženství než římskokatolickým. Výsledky této otázky udává tabulka 11, kdy 64 % dotazovaných sester se setkaly i s jiným typem náboženství. Zbylých 36 % se setkalo pouze s římskokatolickým. U tabulky 12 je zaznamenáno s jakými typy náboženství přišly sestry do kontaktu. 29 % sester se setkalo se Svědky Jehovovými, stejný počet má i protestantská církev. S evangelickou církví má zkušenosti 14 % respondentů.

Tento počet zaujímají i sestry, které se setkaly s pacienty vietnamského původu a nebo různými odlišnými náboženstvími.

Naší první hypotézou se zabývaly otázky u rozhovoru s nemocnými. V první části rozhovoru jsme se zajímali o duchovní stav nemocných. Zda věří v Boha, zda se hlásí k nějaké církvi. Co plánují do budoucna a jak se cítí během hospitalizace. Tento typ otázek měl za úkol navodit přátelskou atmosféru. Klienti se pak sami rozpovídali a mnohdy byl tok jejich myšlenek k nezastavení. U otázky 7 jsme se zaměřili na to, zda se klienti během hospitalizace cítí v duševní pohodě. 60 % respondentů odpovědělo ano, protože modlit se mohou kdykoliv. Podle literatury by sestra měla nemocným pomoci v uspokojování všech potřeb.(24) Z grafu 9 lze rozpoznat, zda mají pacienti možnost vyznávat svoji víru. 67 % odpovědělo ano, protože modlit se mohou kdykoliv. Podle tabulky 4 se klienti dozvídají o možnostech pastorační služby nejčastěji z nástěnky (61 %). 23 % dotazovaných sester říká, že kapli mají tak blízko oddělení, že si jí ani nejde nevšimnout. Graf 10 zaznamenává pocity respondentů po návštěvě v kapli. 30 % nemocných se po návštěvě kaple cítí výborně, lépe a klidněji pociťuje 20 % tázaných, 14 % se návštěvou kaple ujistí, že jim Bůh pomůže v boji s nemocí a že na to nejsou sami. 10 % se cítí po návštěvě prostě dobře a 3 % dotazovaných jsou vyrovnanější a uvolněnější. V nemocnici Jihlava je kaple dost vzdálená od interních oddělení a navíc je otevřená pouze v sobotu, kdy se zde koná pravidelná bohoslužba. Nemocní tedy nemají možnost mimo tuto dobu v kapli pobývat. Naproti tomu v nemocnici sv. Zdislavy v Mostišťích je kaple hned vedle interního oddělení. I když pravidelná bohoslužba je zde pouze ve čtvrtek, kaple je otevřená stále. Mnoho pacientů tuto kapli využívá k tiché modlitbě. V době návštěv spolu s nemocnými navštěvují kapli i jejich blízcí. To, zda má víra vliv na léčbu nemocných znázorňuje graf 11 Celých 79 % respondentů snáší díky víře svoji hospitalizaci lépe. 14 % věří, že víra je uzdraví. Podle Kozierové může náboženské přesvědčení ovlivnit jak způsob života, tak i postoje k nemoci nebo smrti. (11) Hypotézu 1 potvrzuje i Graf 14, který udává, že pacientům víra opravdu pomáhá v boji s nemocí. Na této odpovědi se shodlo 91 % dotazovaných klientů.

K potvrzení druhé hypotézy bylo třeba zjistit, zda se věřící klienti aktivněji podílejí na léčbě. Motivaci k větší aktivitě při léčbě si klient nemusí ani sám uvědomovat. (4) Na tuto problematiku jsme se tedy záměrně ptali i sestry. V tabulce 8 je zaznamenáno, zda si sestry myslí, že je klientům lépe, když je navštíví kněz. Celých 53 % si myslí, že jim je lépe, 20 % si všimlo, že po návštěvě je nemocný klidnější 27 % říká, že někomu návštěva kněze opravdu pomáhá. V tabulce 14 jsme zkoumali, zda mají věřící klienti jiné požadavky na sestry než nevěřící. Z celkového počtu odpovědí vyplynulo, že 82 % nemá žádné zvláštní požadavky. V 17 otázce pro sestry vyšlo, že 67 % z nich nepocituje u věřících větší aktivitu k léčbě. Graf 12 nám ukazuje, že se klienti v 60 % necítí ve své víře nijak omezení. Stejně tak nám ukazuje graf 8, že 60 % klientů se cítí v duševní pohodě. Z toho tedy vyplývá, že jejich duchovní potřeba je uspokojena a nemocní tak nemají ani nevědomou motivaci, která by je nutila k větší aktivitě. (4)

Podle těchto výsledků mohu potvrdit svoji první hypotézu, že uspokojení duchovní potřeby u věřících klientů výrazně zlepšuje jejich celkovou léčbu. To nám potvrzuje graf 10, kdy se klienti po návštěvě kaple cítí lépe a jsou tak v duševní pohodě, která je totiž velice důležitou částí kvalitního života. Toto udává ve své publikaci Vaníčková. (25) Graf 11 zase uvádí, že 79 % respondentů lépe snáší díky své víře hospitalizaci. Na grafu 15 je zřejmé, že 29 % dotazovaných se díky víře uleví, nepatrně menší část dostane naději v uzdravení. Díky uspokojené duchovní potřebě nemocní nepocítují duchovní tíseň. Mají lepší náladu a jsou pozitivně naladěni. (13) Podle šetření u sester vyplývá z tabulky 18 A, že klienti určitě lépe zvládají hospitalizaci a to v 46 %, k tomu připočítáme 2 sestry, které odpověděly spíše ano, výsledek z této tabulky je zřejmý 64 % sester věří tomu, že víra pomáhá jejich pacientům v boji s nemocí.

Za zmínku zde stojí také uvést rozhovor s římskokatolickým knězem. Jeho mnohaleté zkušenosti s pastorační službou jsou k nezaplacení. Potkal se s mnoha nemocnými v mnoha nemocnicích, ale vždy se ze strany personálu setkal s vlídným přijetím. Na otázku, jak se nemocní dozvídají o jeho službách jen konstatuje, že to nabízí lidem v kostele, ví také o tom, že jeho nabídka je na nástěnkách v mnoha různých nemocnicích. Ale to, co považuje za nejdůležitější je, aby se lidé nebáli mu kdykoliv zavolat. Sám zastává názor, že víra pomáhá v boji s nemocí. Nabízí všechny služby



církve. Uděluje svátosti, slouží mše svaté a nebo si s nemocnými jen tak povídá. Všiml si, že pacienti, když od nich odchází, jsou klidnější a vyrovnanější. Nemoc podle něj není trest od Boha, ale skutek lásky od Boha. Zajímavým zjištěním však bylo, že i nemocní mohou obohatit jeho.

U druhé hypotézy bylo úkolem zjistit, zda se věřící klienti podílejí aktivněji na léčbě než nevěřící. I v této otázce bylo potřeba zapojit sestry. Podle tabulky 17 je zřejmé, že tato hypotéza byla nesprávná, 55 % sester nepocítuje u věřících větší aktivitu k léčbě. Graf 16 nám ukazuje, co klienti dělají pro své uzdravení. 43 % z nich se pouze modlí. Protože víra je hodně osobní věc, nemusí sestry o této skutečnosti ani vědět. Mohou tak pocítovat u těchto pacientů neaktivitu, ale pacienti to berou jako aktivní snahu se uzdravit. Protože v Bibli se říká, „Víra tvá tě uzdraví.“ V tabulce 15 bylo také zjištěno, jak se sestrám pracuje s věřícími klienty. 46 % respondentům připadají věřící pacienti stejní jako nevěřícím, 27 % sester to nerozlišují. Podle grafu 5 však má 62 % nemocných v plánu se uzdravit a být se svoji rodinou. Největší motivací pro hospitalizované respondenty je jejich rodina 39 %, 17 % z nich nechce zůstat nikomu na obtíž.

Z výsledků výzkumu tedy byla potvrzena pouze hypotéza 1, kdy uspokojení duchovní potřeby u věřících klientů výrazně zlepšuje jejich celkovou léčbu. Hypotézy 2, kdy se měli věřící klienti aktivněji podílet na léčbě se nepotvrdila.

## **6. Závěr**

Tato bakalářská práce je věnována mnohdy opomíjenému tématu duchovní potřeby. Hlavním motivem pro tuto práci byla moje zkušenost při ošetřování katolického kněze. Uvědomila jsem si, že pro tohoto člověka je tato potřeba důležitější než u jiných nemocných.

Cílem této práce bylo zjistit souvislosti mezi uspokojením duchovních potřeb nemocného k jeho onemocnění a zjistit rozdíly v motivaci mezi věřícími a nevěřícími pro jejich uzdravení. K praktickému šetření jsme použili kvantitativní metodu sběru dat, kterým byly polostandardizované rozhovory. Ty byly vedeny se sestrami, pacienty a jedním římskokatolickým knězem. Na začátku práce byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotézou bylo, že uspokojení duchovní potřeby u věřících klientů výrazně zlepšuje jejich celkovou léčbu byla výzkumným šetřením potvrzena. Z prováděných rozhovorů to vyplynulo z výsledků jak u sester 64 %, tak u pacientů, kdy celých 79 % respondentů snáší díky víře svoji hospitalizaci lépe..

Druhá hypotéza, která se zabývala větší aktivitou k léčbě věřících pacientů se nepotvrdila.

Z prováděného šetření nebylo zjištěna přímá souvislost v uspokojení potřeby a přístupem nemocného k onemocnění

Touto prací bych chtěla motivovat všechny sestry, aby se nebály mluvit s nemocnými o jejich víře. A aby věděly, jaké jsou prostředky a možnosti v uspokojování této potřeby. Proto byl také vypracován edukační leták (viz příloha), který by měl sestram alespoň trochu pomoci v základních otázkách víry a tím uspokojování potřeb našich pacientů, protože ačkoliv se to na první pohled nemusí zdát, je duchovní potřeba stejně důležitá jako všechny ostatní.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. *Bible*. podle ekumenického vydání z roku 1985, přeložila ekumenická komise pro Starý a Nový zákon. Praha: Česká biblická společnost 1985. 288 s.
2. BOČEK, P. a kol. *Judaismus, křesťanství, Islám*. 2. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc s. r. o. 2003. 661s. ISBN: 80-7182-165-9.
3. COLE, P. *Filosofie náboženství*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-719
4. CRABB, L. *Osobnost člověka*. 1.vyd. přeložila Koželuhová, A. Praha: Návrat domů, 1995. 176 s. ISBN 80-85495-36-8
5. DUNCAN,W. *Prayer and Spirituality in Health: Ancient Practices, Modern Science* [2009-06-22] dostupné z [http://nccam.nih.gov/news/newsletter/2005\\_winter/prayer.htm](http://nccam.nih.gov/news/newsletter/2005_winter/prayer.htm)
6. FRIEDRICHOVÁ, H. *Duchovní potřeby a hospic*. Ostrava 2000. 83s. Diplomová práce na Husitské a teologické fakultě Univerzity Karlovy v Praze, katedře psychosociálních věd a etiky. Vedoucí práce Haškovcová Helena. Online *Duchovní potřeby a hospic* [2008-12-09] dostupné z <http://www.umirani.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=233&item=2>
7. HANUŠ, J. *Křesťanství a lidská práva*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2002. 168 s. ISBN 80-85959-89-5
8. IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
9. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1.vyd. Praha: Academia 2005. 264s. ISBN80-200-1307-5

10. KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. Olomouc 2003. 107s. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, katedře Antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí diplomové práce Konečný Josef online *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů* [cit. 2009-01-05] dostupné z <http://www.umirani.cz/res/data/006/000755.pdf?seek=1196805246>
11. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatel'stvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta 1995. 836 s. ISBN: 80-217-0528-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: ADVENT, 1991, 125 s.
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál 2004. 200s. ISBN: 80-7178-835-X
14. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1.vyd. Hradec Králové: Signum unitatis,1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-02
15. LÖFFELMANNOVÁ, B. *Způsoby uspokojování duchovních potřeb klientů katolického vyznání*. České Budějovice 2007 Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, katedře Ošetrovatel'ství. Vedoucí práce Švábová Veronika (evidenční číslo ZS-DP 2316)
16. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1.vyd. Praha: Academia, 1997, 272 s. ISBN 80-200-0592-7
17. NEŠPOR, Z., R. *Náboženství na prahu nové doby*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Nakladatelství Kristiny Kaiserové, 2006. 693s. ISBN – 80-86971-06-6

18. O'CONNOR, M, *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. 324s. ISBN: 80-247-1295-4 online [2009-01-04 ] dostupné z <http://books.google.cz/books?id=oESbwQgImYMC&printsec=copyright&dq=duchovni%C3%AD+pot%C5%99eby>
19. PESCHKE, K-H. *Křesťanská etika*. 1.vyd. přeložil Skovajsa, M. Praha: Kolegium Zvon, 1999, 698 s. ISBN 80-7021-331-0
20. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 328 s. ISBN 978-80-7367-312-3
21. SEDLÁKOVÁ, G. ŠEVČÍKOVÁ, K. *Reprezentanti některých náboženství na ošetrovatelské jednotce*, Florence 2008., IV. ročník 7-8 díl, s. 290-291, ISSN 1801-464X
22. SOKOL, J. *Člověk a náboženství*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 248 s. ISBN 80-7178-886-4
23. ŠLOUFOVÁ, K. *Duchovní potřeby seniorů*. Brno 2007. 98s. Diplomová práce na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity, katedra Ošetrovatelství. Vedoucí diplomové práce Macková Marie. online *Duchovní potřeby seniorů* [2008-12-09] dostupné z [http://is.muni.cz/th/7279/lf\\_m/Duchovni\\_potreby\\_senioru-teoreticka\\_cast.pdf](http://is.muni.cz/th/7279/lf_m/Duchovni_potreby_senioru-teoreticka_cast.pdf)
24. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Mikada, 2001. 185 s. ISBN: 80-7013-324-8.
25. VANÍČKOVÁ, K. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR*. [2009-02-02] dostupné z <http://www.granosalis.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=655>
26. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum 2004. 360s. ISBN 80-246-0841-3

27. VOKURKA, M. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf 2004. 498s. ISBN: 80-7345-009-7
28. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X

## ***8. Klíčová slova***

Duchovní potřeba

Víra

Náboženství

Motivace

Zdraví

Spiritualita

Ošetrovatelská péče

sestra

## **9. Přílohy**

- *Příloha 1 Rozhovor pro sestry*
- *Příloha 2 Rozhovor pro pacienty*
- *Příloha 3 Edukační leták pro sestry*



**Příloha 1 Rozhovor pro sestry:**

1. Ptáte se klientů, zda jsou věřící?  
.....
2. Je pro vás nepříjemné ptát se K/P na toto téma?  
.....
3. Mají pacienti na vašem oddělení možnost vyznávat svoji víru?  
.....
4. Vědí o této možnosti?  
.....
5. Využívají toho?  
.....
6. Jaké služby ohledně víry nabízíte svým pacientům ?  
.....
7. Využívají je?  
.....
8. Myslíte si, že je věřícím klientům lépe, když je navštíví kněz?  
.....
9. Proč si to myslíte?  
.....
10. Mají možnost účastnit se bohoslužby i imobilní pacienti?  
.....
11. Setkala jste se během své práce i s jiným typem náboženství než katolickým?  
.....
12. Pokud ano, s jakým?  
.....
13. Měl tento pacient nějaké zvláštní požadavky ohledně své víry?  
.....
14. Mají věřící pacienti jiné požadavky na vás (jako sestry) než nevěřící pacienti? Jaké to jsou?  
.....
15. Jak se vám s tímto klientem pracovalo?  
.....
16. Mají na vás (na sestru) pacienti otázky týkající se lidského bytí nebo smyslu života? Jak jim na ně odpovídáte?  
.....
17. Pociťujete u věřících K/P větší aktivitu k léčbě?  
.....
18. Myslíte si, že snášejí svoji hospitalizaci lépe než nevěřící? Proč?  
.....

## ***Příloha 2 Rozhovor pro pacienty***

1. Jaké jsou vaše životní hodnoty?

.....  
2. Jste věřící?

.....  
3. Hlásíte se k nějaké církvi?

.....  
4. Jste spokojený se svým životem?

.....  
5. Jaké máte plány do budoucna?

.....  
6. Jak se cítíte během hospitalizace?

.....  
7. Jste spokojený s péčí během hospitalizace?

.....  
8. Cítíte se v duševní pohodě?

.....  
9. Máte v nemocnici možnost vyznávat svoji víru?

.....  
10. Jak se cítíte po návštěvě v kapli?

.....  
11. Myslíte si, že má víra vliv na vaši léčbu?

.....  
12. Cítíte se být omezený ve své víře během hospitalizace?

.....  
13. Cítil byste se lépe, kdyby si s vámi někdo z vaší církve promluvil?

.....  
14. Věříte, že vám vaše víra pomáhá v boji s nemocí?

.....  
15. Jak?

.....  
16. Co děláte vy sám proto, abyste se uzdravil?

.....  
17. Co vás motivuje k uzdravení?





