

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil

2009

Vypracovala:

Klára Sandlerová

## **Abstrakt**

Bakalářská práce nese název „Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů.“ Tato práce se snaží vystihnout jaké spirituální potřeby v sobě skrývají hospitalizovaní pacienti a jak se vyrovnávají se svou nemocí v konfrontaci s jejich vírou. Zda víra hraje v jejich životě důležitou roli.

Teoretická část se zabývá potřebami člověka obecně. Následuje charakteristika spirituální potřeby, která je pro každého z nás individuální, a proto je zde zmíněna kapitola posouzení stavu spirituálních potřeb. Dále jsou zde zahrnuty pojmy – spiritualita, náboženství a religiozita. Následují duchovní jevy, ke kterým patří osobní vztahy, poznání v duchu a láska. Také jsem zde zařadila duchovní zdraví, ke kterému ovšem patří i duchovní tíseň. Jak prožíváme spiritualitu od dětství až po dospělost, se zabývá kapitola duchovní vývoj v jednotlivých věkových obdobích. Dále následuje kapitola nemoc a hospitalizovaný člověk, zde je zmínka o vlivu hospitalizace na člověka a také jaký má význam jeho víra v době nemoci. Poslední kapitolou je spirituální péče pod kterou patří péče pastorační.

Práce si klade za cíl zjistit na základě kvantitativního výzkumu jaké spirituální potřeby mají hospitalizovaní pacienti a jak se liší prožívání nemoci u religiózních a nereligiózních pacientů. Byly stanoveny 2 hypotézy – důležitost spirituálních potřeb stoupá s věkem a prožívání nemoci u hospitalizovaných religiózních a nereligiózních pacientů se liší. Obě tyto hypotézy se potvrdily. Výzkumný vzorek tvořili hospitalizovaní pacienti v Moravskoslezském kraji, v Odrách na LDN a interním oddělení a v Plzeňském kraji, v Plzni na interním a chirurgickém oddělení. Metoda dotazování byla použita v podobě sběru dat dotazníkem. V diskusi se porovnávají výsledky s odbornou literaturou a hodnotí se pracovní hypotézy. V závěru jsem se zmínila o dosavadní situaci postoje ke spirituálním potřebám, o vyhodnocených hypotézách a mém názoru k tomuto tématu.

## **Abstract**

This Bachelor's thesis has the title "Spiritual Needs of Hospitalized Patients." The work endeavors to capture the spiritual needs of hospitalized patients and the way they cope with their illness in relation with their religious belief; whether religious belief plays an important role in their lives.

The theoretical part deals with human needs in general. It is followed by the characteristics of spiritual need, which is individual for every person. That is why the chapter on assessing spiritual needs is mentioned here. Furthermore, concepts of spirituality, religion, and religiosity are covered. This is followed by description of spiritual phenomena including personal relationships, spiritual knowledge, and love. I have also included spiritual health and spiritual distress here. The chapter Spiritual development in individual phases of life deals with the way we experience spirituality from childhood to adulthood. It is followed by the chapter Illness and hospitalized person, which mentions the effects of hospitalization on an individual, and also the meaning of religious belief during his illness. The last chapter is called Spiritual care, which includes pastoral care.

The aim of the work is to find out, based on quantitative research, what kind of spiritual needs hospitalized patients have and how does the experience of illness differ in religious and non-religious patients. Two hypotheses were set – the importance of spiritual needs increases with age, and experience of illness differs in religious and non-religious hospitalized patients. Both of the hypotheses were verified. The research sample consisted of hospitalized patients from Moravian-Silesian Region, from the town Odry, hospitalized at the Chronic diseases ward and Internal medicine ward, and patients from Pilsen Region, from the city Pilsen, hospitalized at the Internal medicine ward and Surgical ward. The interviewing method was used in the form of questionnaire data collection. In the discussion, the outcomes are compared with professional literature, and working hypotheses are evaluated. Current situation of the attitude towards spiritual needs, evaluation of hypotheses, and my personal opinion of the topic are mentioned in the conclusion.

### Čestné prohlášení

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.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Podpis studenta

### **Poděkování**

Děkuji vedoucímu své práce Mgr. et. Mgr. Ondřejovi Doskočilovi za všechny rady, podněty a připomínky. Velký dík také patří mé rodině a partnerovi.

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>8</b>
1.1 Potřeby člověka .....	8
1.1.1 Spirituální potřeby .....	8
1.1.2 Vymezení pojmů – spiritualita, náboženství, religiozita .....	10
1.1.3 Posouzení stavu spirituálních potřeb .....	13
1.2 Duchovní jevy a zdraví hospitalizovaných .....	14
1.2.1 Vymezení pojmu duchovní jev .....	14
1.2.2 Duchovní zdraví .....	14
1.2.3 Duchovní tíseň .....	15
1.3 Duchovní vývoj v jednotlivých věkových obdobích .....	16
1.4 Nemoc a hospitalizovaný člověk .....	20
1.4.1 Vliv hospitalizace na člověka .....	20
1.4.2 Význam víry v době nemoci .....	21
1.5 Spirituální péče .....	22
1.5.1 Pastorační péče .....	23
1.5.2 Pastorační rozhovor .....	25
<b>2. Cíle práce</b> .....	<b>27</b>
<b>3. Metodika</b> .....	<b>28</b>
<b>4. Výsledky</b> .....	<b>29</b>
<b>5. Diskuse</b> .....	<b>50</b>
<b>6. Závěr</b> .....	<b>59</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>61</b>
<b>8. Klíčová slova</b> .....	<b>65</b>
<b>9. Přílohy</b> .....	<b>66</b>

## Úvod

Ke zpracování mé bakalářské práce jsem si vybrala téma „Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů“. Toto téma mě zaujalo už z několika důvodů. Já sama se považuji za věřícího člověka a zajímalo mne tedy, zda je víra pro nemocné pacienty důležitým bodem v jejich životě. Dalším důvodem pro výběr tohoto tématu bylo mé vážné onemocnění, které jsem jen díky své víře zvládla, má víra tímto onemocněním zesílila, a proto jsem se chtěla dovědět, jak svou nemoc prožívají i lidé bez vyznání náboženství v nemocničním prostředí.

Vybrané téma je velice citlivé, obzvláště pak pro hospitalizované pacienty. Většina lidí ležících v nemocnici, kteří nevyznávají žádné náboženství, se na otázky duchovních potřeb ostýchají hovořit. Musí si totiž svoji cestu hledat sami, případně se nechat inspirovat věcmi, které nabízí svět kolem nás (literatura, kultura, dějiny, ...). Tito lidé většinou nemají vypracovaný slovník, kterým by mohli uchopit svoji životní situaci. Přesto mají větší svobodu v myšlení, co se týká výkladu a individuálního pojetí spirituálních otázek. Nábožensky založení lidé mají zcela utvořený svůj názor a pohled na tuto problematiku. Odpovídají tak na své obecné spirituální otázky náboženskými odpověďmi. Na druhou stranu se mohou někdy ocitnout v zajetí svých vlastních pohledů na náboženství. (Prokop, 2006)

Duchovní rozměr je tedy součástí každé bytosti. Většina lidí nevěřících se mylně domnívá, že duchovní potřeby jsou jen doménou lidí věřících. Mají je tedy všichni lidé bez rozdílu náboženského vyznání. Tuto potřebu se snažíme nevědomě také naplňovat jako ty ostatní (biologické, psychické a sociální potřeby). S přibývajícím věkem se prožívání duchovních potřeb liší. Starší lidé pocítují větší míru uspokojovat duchovní potřeby. V těch také nalézají jistotu a pomoc v okamžicích, kdy onemocní a zůstávají hospitalizováni dlouhou dobu v nemocnici.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Potřeby člověka**

V současné době se většina zdravotnických zařízení snaží zajistit všechny potřeby člověka. Postupně naplňují a uspokojují potřeby od těch základních (např. jídlo a pití), tedy potřeby fyziologické až po potřeby, u kterých narůstají u člověka v daném okamžiku na významnosti. Jednou z těchto potřeb je potřeba spirituální, jejíž významnost se mění s věkem člověka. (Prokop, 2006)

Uspokojování potřeb je postaveno na pyramidě dle pořadí důležitosti a podle pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují. Hierarchie potřeb je jedním z nejvýznamnějších výtvorů Abrahama Maslowa. (Příloha č.2). Ten se domnívá, že jsou-li základní biologické potřeby uspokojeny, vystupují do popředí vyšší potřeby, které jsou závislé na uspokojení potřeb nižších. (Říčan, 2007)

Tyto potřeby se naplňují na různých úrovních a v různých lidských dimenzích. Obecně je známo, že se rozšířil koncept čtyř dimenzí člověka, který se dnes používá i ve zdravotnictví. Osobnost člověka zahrnuje biologickou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi. Podle Prokopa je pojem „potřeba“ zavádějící a nepřesný, neboť se většinou hovoří o potřebách v souvislosti s frustrací člověka, který pak motivován tímto nedostatkem hledá uspokojení svých potřeb. Člověk se stává součástí zdravotnického procesu jako pacient, proto je zdravotnické zařízení povinno dohlížet na uspokojování potřeb tohoto člověka a vycházet mu v tomto vstříc – tím se rozumí, aby byla uspokojována jeho potřeba zdraví. Jestliže má tuto základní potřebu, má i potřebu sociální, proto by měl zdravotnický personál umožňovat navštěvovat pacienta rodinou a příbuznými. Podobně se užívá pojmu „potřeba“ i v souvislosti se spirituální oblastí. (Prokop, 2006)

#### ***1.1.1 Spirituální potřeby***

Spirituální potřeby vyžaduje každý z nás, ať jsme věřící nebo nevěřící, jen na nás záleží, zda si vyžádáme o tento spirituální rozměr péči. Spirituální rozměr se může



stát uvědoměným nebo neuvědoměným a stává se součástí každého z nás. Avšak tento druh potřeb byl v naší společnosti donedávna tabuizován. (Mašát, 2006)

Ale přesto v poslední době přibývá lidí, kteří pociťují neurčitou potřebu duchovní svobody, ale nechtějí a nedokáží se zříci pohodlí, které vymoženosti tohoto světa přinášejí. Nejde však zároveň sloužit „Bohu i mamonu“. K tomu, aby lidé žili duchovním životem, potřebují setrvalou reflexi a sebereflexi toho, co činí druhým a sobě, jak dbají o své tělo, o své já a osobnost, jak pečují o svou rodinu a blízké, jak podporují svým podílem pozitivní prosociální tendence ve společnosti, jak se vztahují k „Vyšší moci“ a jak je svazuje lhostejnost vůči přírodě. (Smékal, 2005)

Proto aby mohli lidé uspokojovat spirituální potřeby, měli by mít na paměti, že je budou uspokojovat jedině tehdy, když budou žít duchovním životem. V duchovním životě se zabýváme duchovními myšlenkami, modlitbou a pokoušíme se nebýt sami, ale žijeme ve vnitřním vztahu k transcendentu. (Fišer, 1999)

Spirituální potřeby vystupují na povrch většinou v preterminálním a terminálním stádiu nemoci (Svatošová, 1999)

Nelze však říci, že jsou jen záležitostí konce života. Je tedy důležité, aby všichni zdravotníci bez rozdílu přijali za své, že existuje fenomén spirituální dimenze člověka a že spirituální, či náboženské problémy se stávají za určitých okolností velmi viditelné (Opatrná, 2006)

Zdravotník by tedy měl mluvit o spirituálních věcech, pokud je pacientem vyzván a měl by se snažit otevřít rozhovor ke spirituálním problémům svých pacientů ( Kršiak, 2008)

Měl by brát v úvahu, že spirituální rozměr je pro všechny individuální a standardní péče o tuto dimenzi prakticky neexistuje. U spirituální potřeby se způsob pojetí zdaleka neustálil. Jak tedy nahradit termín spirituální potřeba? Lidé, kteří se starají o spirituální dimenzi člověka, konají jakou práci? Není to spirituální péče, jak by odpovídalo pojmu potřeba, ale spirituální služba (od slova služebník, sloužit, posluhovat). Je jinou podstatou služby o člověka, než je péče o jeho tělo, psychiku a sociální sféru. Spirituální služba by se neměla vnucovat, měla by se jen nabízet v přiměřené míře ke stavu člověka. Jak se píše ve Standardech paliativní péče z roku

2003: „ Duchovní služba nevytváří v pacientech potřeby, ale snaží se reagovat na jejich aktuální stavy. Tedy odborník, který ji vykonává, není ten kdo ví a zná, ale jen ten který se snaží pomoci samotnému člověku hledat své odpovědi. (Prokop, 2006)

### ***1.1.2 Vymezení pojmů – spiritualita, náboženství, religiozita***

**Spiritualita** se považuje za nezbytnou součást lidské psychiky, každý potřebuje mít víru, mít smysl a směr svého života. (Mašát, 2006)

Samo slovo je odvozeno od latinského spiritus – duch. Jde tedy o něco duchovního (Prokop, 2006)

V dnešní pluralitní společnosti je chápání slov „duše, duch, psychický, mentální, spirituální“ velmi rozmanité (Doskočil, Uxová, 2008)

Spiritualita se vyvinula jako interdisciplinární obor, rozvíjí se zároveň s tím, jak se mění konkrétní lidé a historické a kulturní prostředí. (Sheldrake, 2003)

Tedy vymezení tohoto pojmu je obtížné, většina autorů o něm pojednává v různém kontextu. V literatuře se objevují různé pohledy na spiritualitu. Aleš Opatrný, který je pastorálním teologem definuje spiritualitu jako „spirituální hodnoty, které jsou obtížně sdělitelné a druhému do značné míry nepřístupné hloubky bytí a životních jistot člověka, které během života hledá a opírá se o ně. Tyto hodnoty mají tendenci přesahovat vše, co běžný lidský život obsahuje. Proto jsou nazývány hodnotami transcendentními. Pro někoho jsou tyto hlubiny „něčím“ (hlubiny duše, osud apod.), pro jiného jsou spíš místem setkání s „někým“ (s tím, koho tuší, ale neumí ho nazvat). (Doskočil, Uxová, 2008)

Salajka uvádí, že spiritualitu lze chápat jako osvojený a životně uskutečňovaný hodnotový postoj, který vychází z křesťanské tradice a tou je také prověřovaný. (Haškovcová, 2007)

Podle Jara Křivohlavého je spiritualita „hledání toho co je posvátné“. Posvátným je to, co uprostřed všech věcí běžných považujeme za neobvyklé. Tato neobvyklost má však zvláštní význam. Vyznačuje se tím, že člověk si hluboce uvědomuje omezení hranic jeho lidství a z toho vyplývající nutnosti nejen uznání toho,

co je „za těmito hranicemi“, ale i respektu k tomu, co tyto hranice překračuje. K tomu pak vzhlíží s úctou. (Křivohlavý, 2005)

Vladimír Smékal charakterizuje spiritualitu jako přitažlivost. Lidé se k ní obracejí a potřebují ji, aby vyvážili jednostrannost materialistického způsobu života a obstarávání něčím duchovním. Lidé mají potřebu uniknout od všeho a odpočinout si v něčem, co je bezpečné a co přináší člověku klid a mír. Můžeme tedy spiritualitu chápat jako vztahování se k tomu, co napomáhá kvalitě života, co je vznešené a krásné, co je povznášející a co člověka přesahuje. (Smékal, 2005)

Spiritualita tedy není jen určitý, tématicky ohraničený, v osobnostech lidí osamocený dílčí soubor přesvědčení nebo praktických kroků v životě lidí, ale je integrální stránkou každodenního všedního života. (Křivohlavý, 2006)

**Náboženství** Jiří Jankovský definuje jako hluboký, velmi obsáhlý, osobní i společenský, vnitřní i vnější vztah člověka k tomu, co jej přesahuje, tedy k transcendentu (Bohu). (Jankovský, 2003)

Podobně vysvětluje pojem Štampach: „Náboženství je vztah člověka k transcendentní skutečnosti.“ Je lidským vztahem k nějakému protějšku. (Štampach, 2008)

Náboženství a spiritualita jsou oddělené objekty, které se mohou překrývat. Náboženství je na rozdíl od spirituality vírou, která se upíná ke konkrétní náboženské tradici, většinou je spojena s církví. Většinou má organizovaný systém vztahovaný k Bohu, který má svou věrouku, rituály, praxi i denní povinnosti věřícího člověka. Náboženství může být vnímáno jako nástroj k chápání a vyjádření duchovna prostřednictvím hodnot, které jsou přijímány, nebo prostřednictvím rituálů a náboženských aktivit. Věřouka jednotlivých církví napomáhá najít jedinci odpovědi na základní filozofické otázky týkající se života a smrti. Členství v církvi zaručuje sounáležitost ve společenství lidí stejně smýšlejících a je zároveň pro člověka jistotou v době pochybností. (Ivanová, 2005).

Náboženství může pomoci připravit lidi vyrovnat se s existencí smrti a posilovat je po dobu jejich života. Dává životu i smrti smysl, stává se přístavem síly,

klidu a víry, během krize, může poskytnout pocit bezpečí, chvíle oddechu, meditace a posvátnosti nebo vytvořit hmatatelnou síť sociální podpory. (Knoflíčková, 2008)

Náboženství, jak už bylo řečeno, dává životu nějaký smysl. Už po tisíciletí nabízí lidem cíle, k nimž se podle různých náboženských pojetí vyplatilo směřovat život i v jednotlivých detailech každodenního myšlení, cítění a chtění (Křivohlavý, 2006)

V současnosti, tedy s nárůstem modernity ve světě náboženství neslábne, ale dochází k jeho oživení. Navrací se na veřejnou i politickou sféru. Zájem o spiritualitu a náboženství roste zejména na Západě. Nová náboženská hnutí, která dnes vznikají, se rozšiřují a množí po celém světě. (Halík, 2004)

## **Religiozita**

Religiozitou rozumíme přítomnost náboženství v populaci. Můžeme ji chápat kvantitativně, což znamená, že se objevují nějaké náboženské prvky v populaci, které na lidi mají vliv. Druhý pohled na religiozitu je kvalitativní, tedy jaká je religiozita obsahově, jak je prožívána lidmi a jak život lidí ovlivňuje. (Štampach, 2008)

Religiózní lidé praktikují své náboženské praktiky a rituály podle předem stanovených pravidel ve společenství lidí. Náboženství má tedy silný sociální náboj. Proto se také ustálilo mnoho kolektivních náboženských rituálů. Nereligiózní člověk není součástí velkých církví nebo se nepodílí na jejich praktikování a své otázky řeší ve své mysli osamoceně. Sociální dimenze se u věřících lidí projevuje i v chystání se na smrt. Touží u sebe mít společnost svých příbuzných nebo přátel, kteří by jej provázeli praktikováním rituálů – např. modlitbou, obřady. (Prokop, 2006)

Frankl hovoří o neuvědomované religiozitě člověka. Neuvědomovaná religiozita znamená, že Bůh je námi už od počátku neuvědomovaně zamýšlen, že už od počátku máme neuvědomovaný vztah k Bohu. Bůh je někdy námi neuvědomovaný a náš vztah k němu může být nevědomý, tzn. potlačený a nám samým skrytý. Jung se zmiňuje o náboženském pudu, neuvědomovaná religiozita se stává něčím pudovým. Ale co by to bylo za religiozitu, ke které bychom byli puzeni obdobně jako k sexualitě?

Pravá religiozita postrádá pudový charakter, buď je existenciální, nebo není vůbec. (Frankl, 2007)

### **1.1.3 Posouzení stavu spirituálních potřeb**

Údaje o duchovním přesvědčení pacienta získává sestra. Tyto údaje se stávají součástí celkového posouzení stavu potřeb. Existuje průvodce duchovní anamnézou na získání informací ve čtyřech oblastech:

1. pacientovo pojetí Boha či božstva
2. jeho zdroj naděje a síl
3. pro něho významné religiózní praktiky a rituály
4. vztah mezi jeho zdravotním stavem a individuálními duchovními přesvědčeními

Hodnocení stavu spirituálních potřeb se většinou zařazuje na konec celkového posuzovacího procesu. Sestra by si měla nejprve vytvořit vztah s pacientem a jeho rodinou, a teprve pak má možnost diskutovat o duchovních věcech. (Špirudová, 2006)

Mezi klinické posuzování patří:

- A) Projevy a postoje – sestra zde posuzuje, zda se pacient jeví jako osamělý, deprimovaný, zlostný, úzkostný, agitovaný, apatický či duchem nepřítomný?
- B) Chování - sestra zjišťuje, zda se pacient před jídlem modlí nebo se modlí v jinou dobu, zda se zajímá o náboženskou literaturu, před knězem nebo zástupcem náboženské obce vyjadřuje zlost nebo má noční můry či poruchy spánku?
- C) Verbalizace – pacient se dožaduje návštěvy duchovního, vyjadřuje strach ze smrti, vzpomíná na Boha, víru, církve či jiné náboženské otázky, projevuje vnitřní konflikt v náboženských názorech, ptá se na význam existence, význam utrpení nebo na morálně-etické záležitosti léčby?
- D) Mezilidské vztahy – kdo pacienta navštěvuje, kdo má o něj zájem, jak reaguje na návštěvy, jaký má vztah k ostatním pacientům a zdravotnickému personálu?

E) Prostředí – nosí pacient u sebe Bibli, modlitební knihu, náboženskou literaturu, religiózní přívěšky nebo růženec? Posílá mu jeho církev periodika? ( Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995)

## **1.2 Duchovní jevy a zdraví hospitalizovaných**

### **1.2.1 Vymezení pojmu duchovní jev**

Je to jev, který nelze objektivně rozpoznat ani jej vyvolat, ale který působí (např. láska). Tento jev lze poznat jen v duchu neboli subjektivně. Objektivně lze poznávat pouze projevy duchovních jevů (objektivně můžeme u lásky zjišťovat např. četnost polibků, ale nemůžeme poznat, jaké to je být zamilovaný). Jevy, které nelze vyvolat, ale působí, se dají rozdělit do dvou oblastí. Jednu skupinu tvoří osobní vztahy (např. pozitivní vztah k určité osobě, vlasti), do druhé skupiny patří poznání v duchu (např. spontánní nápad, poznání smyslu vlastního života). Blízký vztah k určité osobě má vliv na zdraví člověka, jedním z těchto duchovních jevů, které ovlivňuje zdraví je láska). (Krišiak, 2008)

Láska. Ve starověku byla láska vymezena křesťany pojetím, že „Bůh je láska“. (Evangelista, 1979)

U lidí, kteří věří v Boha, jde o vztah, který nelze objektivně poznat ani vyvolat, ale který může působit jako láska. Může se jevit jako iluze z objektivního hlediska, tak jako láska. Poznání v duchu. Běžným jevem je také hlas svědomí, který je pocitem při hodnocení toho, co je považováno za dobré nebo zlé. Duchovním jevem, který zahrnuje jak osobní vztah, tak poznání v duchu, je modlitba. Vliv modlitby na zdraví je v posledních letech častou debatou a je intenzivně zkoumán. (Krišiak, 2008)

### **1.2.2 Duchovní zdraví**

Duchovní zdraví či duchovní blaho je pocit člověka, který se cítí být zdravý, užitečný a spokojený. (Kozierová, 1995)

Duchovním zdravím pacientů by se měly zabývat sestry, které by se měly orientovat v tom, co je znakem zdraví a co je již projevem nenaplněné potřeby – co je tedy projevem duchovní tísně. (Špirudová, 2006)

### 1.2.3 *Duchovní tíseň*

Podle Špirudové můžeme duchovní tíseň chápat jako narušení životního principu, který proniká celou lidskou bytostí a sjednocuje a přesahuje biologickou a psychologickou podstatu člověka, a nebo jako stav člověka, který má ve skutečnosti nebo potencionálně narušenou víru v systému hodnot, které mu poskytují sílu, naději a smysl života.

Duchovní tíseň můžeme rozdělit na tyto subkategorie:

Duchovní *bolest* – těžkosti při smíření se s úmrtím milovaného člověka nebo s fyzickým a emocionálním utrpením

Duchovní *odcizení* – odloučení se od náboženské společnosti

Duchovní *úzkost* – pochybnosti o názorech či hodnotovém systému (potraty, transfúze krve)

Duchovní *vina* – selhání ve věrnosti náboženským rituálům a praktikám

Duchovní *hněv* – problémy s přijetím nemoci

Duchovní *ztráta* – problémy s hledání pohody v náboženství

Duchovní *zoufalství* – pocit nezájmu a lhostejnosti o vlastní osobu (Špirudová, 2006)

Příčinami duchovní tísně může být také nemoc spojená s utrpením, neschopnost zúčastňovat se náboženských rituálů a konflikt mezi náboženskými či duchovními názory a předepsanou léčbou. Duchovní tíseň může mít svůj původ také v jiných diagnózách, jako například poruchy spánku, beznadějí, narušená sebeúcta, narušená adaptabilita. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995)

Prokop se zmiňuje o duchovní tísně jako o duchovní bolesti, která narušuje nebo zničuje nejhlubších jistoty člověka. Náboženská pravidla podle nichž se člověk celý život řídil se ukážou být jako falešná a člověk ztrácí naději. Ztrátou naděje nebo prozřením falešné naděje se stává strach a zoufalství. Strach je častým projevem lidí, kteří nemají vyhraněnou představu o tom, co bude po smrti. Duchovní bolest může také

člověk pocítit při svém konfliktu s principy svého náboženství. Tento konflikt je vyústěním toho, že člověk měl dětinskou představu o svém náboženství. Může dojít až ke špatnému pochopení a interpretaci náboženských úkonů, které se pak stávají překážkami duchovního života (např. slučování svátosti nemocných a tzv. „posledního pomazání“ může způsobit pacientovi šok, že je to s jeho zdravotním stavem tak vážné). (Prokop, 2006)

Smékal hovoří o překážkách duchovního života, které mohou bránit, abychom žili svůj život smysluplně a rozvíjeli tak svou osobnost. Tyto překážky duchovního života můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Mezi vnější překážky patří každodenní rutina opakujících se povinností, tedy že nemáme na duchovní život dostatek času nebo také hospitalizace člověka, který nemá v nemocnici podmínky na to, aby plnil své náboženské povinnosti. Dále většinu z nás ovlivňuje reklama, která nám našeptává, že co je duchovní je nesmyslné a smyšlené, a co je smyšlené, odvádí od podstatného a podstatné je jen to, co lze vidět, na co si lze sáhnout, ohmatat a slyšet. Mezi vnitřní psychologické překážky uvádíme neznalost, nechut', stud z ostudy, že se věnuji něčemu, co není „in“. K překážkám v duchovní sféře patří pýcha, zpupnost, domýšlivost, marnivost, samolibost, arogance, ztráta smysluplnosti života, vychytralost, nevíra v odpuštění a neschopnost odpouštět. (Smékal, 2005)

Aby člověk mohl zvládat duchovní tíseň, musí se snažit naplňovat potřeby, mezi něž patří uspokojování náboženské povinnosti, udržení si dynamického osobního vztahu s nejvyšší bytostí a tak vzdorovat nepříjemným situacím, najít smysl svého bytí, podnítit pocit naděje. Naplňování těchto potřeb se s věkem mění, v každém věkovém období upřednostňujeme jiné duchovní potřeby. (Špirudová, 2006)

### **1.3 Duchovní vývoj v jednotlivých věkových obdobích**

V životě člověka můžeme rozlišit spiritualitu přirozenou a spiritualitu náboženskou. Přejít mezi nimi není příliš ostrý a těchto přechodových forem je daleko více. Lidé udržují vztah k tomu, co je posvátné tím, že mají nejzávažnější osobní cíle, které jsou spojeny s morálními hodnotami, sebeodevzdáním se vyšší moci i hledáním



toho, co je duchovního v každodenních zážitcích. Spirituální snahy vedou člověka k touze překračovat sama sebe. Člověk se tak snaží začlenit, integrovat do většího, komplexnějšího celku a udržovat a prohlubovat vztah s vyšší mocí. Tyto snahy můžou v průběhu života člověka zrát a růst a pozvolna se tak mohou vyvíjet k procesu spirituálního růstu a spirituálního zrání. (Křivohlavý, 2006)

Dynamika spirituality člověka se podobá psychologickému vývoji jedince. V první polovině života člověka směřuje dle Junga duševní energii směrem ven k naplnění úkolů, které na člověka klade jeho okolí, druhou polovinu života člověk věnuje své individualizaci a energie se tak obrací dovnitř. Jung byl tedy přesvědčen, že až ve středním věku se postupně vytváří pravá spiritualita, která významně ovlivňuje vývoj lidské osobnosti. Tornsdam mluví o gerotranscendenci, která představuje odklon od materialistického zaměření směřující ke spirituálnímu. Postupně se tak starší lidé odpoutávají od reálného života a jeho vazeb. (Knoflíčková, 2008)

Kozierová se zmiňuje o vývoji víry člověka až po dospělost, který sestavil James Flower, ten je přesvědčen, že víra či duchovní dimenze je silou, která dává smysl lidskému životu. Pro Flowera je víra vztahový fenomén, který je „způsobem bytí ve vztahu k jinému, a nebo k jiným lidem, do kterých investujeme odevzdání se, víru, lásku a naději.“ (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995)

Jak se rozvíjí duchovní složka u starších lidí, tak se samozřejmě vyvíjí postupně i u dětí. Špirudová uvádí duchovní vývoj v jednotlivých věkových obdobích a vedení k víře.

### *Kojenci a batolata*

Kojenci nebo batolata postrádají smysl pro dobré a zlé, pro duchovní přesvědčení či přesvědčení pro řízení činností. Batolata mohou napodobovat dospělé při náboženských praktikách (např. modlitba před spaním). Podpořit duchovní vývoj dítě mohou rodiče např. v církevních jeslích.

### *Předškolní věk*

Děti předškolního věku ještě náboženství nerozumějí, přesto je již součástí jejich života. Rodiče své děti učí rozpoznávat, co je dobré a co špatné. Nejdříve děti kopírují to, co vidí, a většinou nedělají to, co se jim poví. Pokud to, co vidí a slyší, je v rozporu, nastanou problémy. V tomto věku můžeme od dětí slyšet jejich různé názory na náboženství a morálku. Děti jsou velmi zvědavé a samy se aktivně ptají na smysl a význam např. svátků, rituálních praktik. Kladou otázky typu: „Proč je to (nějaká činnost) špatné?“ nebo „Co je to nebe?“. Vlastní iluzi, že jejich rodiče jsou všemocní jako Bůh. (Špirudová, 2006)

### *Školní věk*

U dětí v tomto věkovém období je typická jakási neobyčejná otevřenost pro nejhlubší lidské a duchovní hodnoty. (Augustyn, 2004)

Děti v mladším školním věku mají různá přání, která jsou součástí jejich modliteb, od kterých očekávají, že budou vyslyšeny. Domnívají se tak, že dojde k odměnění dobra a potrestání zla.

V prepubertální fázi dochází často k duchovnímu rozčarování tzn., že jejich modlitby nebyly vyslyšeny. Začínají si víru zdůvodňovat, než ji jen pasivně (slepě) přijímat. Někteří v náboženských praktikách pokračují jen kvůli rodičům, jiní si je pozmění nebo od nich upustí.

Během dospívání porovnávají vzory svých rodičů s ostatními okolo sebe a rozhodují se, který z nich přijmou za své. Okolo 16. roku se mnozí adolescenti už rozhodli, zda se ztotožní s náboženstvím svých rodičů. Pro některé z nich může víra znamenat útěchu a úkryt v těchto nepokojných letech, pro jiné může být toto dospívání zdrojem utrpení, těžkostí a bolestným procesem osamostatňování se a hledání vlastní cesty.

### *Dospělí*

Mladí dospělí vysvětlující náboženské otázky svým dětem, zjišťují, že to, co se naučili v dětství, je pro ně nyní mnohem snáze přijatelnější, než když sami dospívali. Ve

středním věku rodičů, když jsou již jejich děti dospělé a osamostatní se, rodiče často zjišťují, že na náboženské aktivity a rituály mají mnohem více času.

Starší dospělí, kteří si vytvořili náboženské hodnoty, snaží se o jejich rozšíření a usilují pochopit novější hodnoty mladších lidí. Starší lidé bez konkrétních náboženských názorů a hodnot mohou zažívat pocit neuspokojení duchovních potřeb, když se stávají méně aktivní, např. při odchodu do penze. (Špirudová, 2006)

Duchovní přesvědčení může nabývat v čase stáří a nemoci většího významu než kdykoli jindy v životě. Někteří nemocní se dívají na svou nemoc jako na „zkoušku víry“, druzí se mohou dívat na nemoc jako na trest, který je postihl za minulé hříchy. Duchovní přesvědčení pomáhá přijmout svůj zdravotní stav a dělat si plány do budoucna. (Knoflíčková, 2008)

V pozdní dospělosti a ve stáří se lidé setkávají častěji se smrtí svých blízkých, a nebo s ní sami zápasí. To je může rmoutit a skličovat. Proto vytvoření si vyzrálého náboženského názoru starším lidem napomáhá vyrovnat se s běžným životem a realitou v něm, smířit se s nemocí, zúčastňovat se na životě, cenit si sebe samého a přijmout smrt za nevyhnutelnou. (Špirudová, 2006)

Křivohlavý uvádí, že vrcholného výkonu, kterým je duchovní sféra dosahuje člověk ve stáří. (Křivohlavý, 2002)

Pro staré lidi je víra důležitou součástí jejich života. Je pro ně duchovní hodnotou, která je trvalá a přesahuje aktuální život i církevní společenství. Návštěva bohoslužby jim nabízí srozumitelné intelektuální podněty a je pro ně smysluplnou náplní jejich života. Církevní společenství dává starému člověku určitou sociální roli, kterou v běžné populaci už nenachází. Ve společenství farníků cítí, že jeho sociální role je uznávanější a má užší v ní užší vztah s těmito lidmi. Cítí také, že jejich životní hodnoty se ztrácejí a upínají se k duchovní jistotě. Jistota je pro ně zakotvení, které není vázáno jen na dobu tělesného života. Podle J. Flowera jde o fázi univerzální víry. (Vágnerová, 2000)

## **1.4 Nemoc a hospitalizovaný člověk**

Každá choroba či onemocnění působí na člověka negativně a nepříznivě, s postupem času ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy a i některé rysy osobnosti. (Zacharová, 2007).

Nemoc může dát impuls k přehodnocení dosavadního způsobu života. Napomáhá najít přednost ducha před tělem. Nemoc umožňuje náhled na sebe samého, aby si člověk uvědomil a vážil si dar zdraví a života, a aby s ním nakládal zodpovědněji. Posiluje pevnou vůli, učí statečnosti i tomu, jak čelit bolesti. (Fišer, 1999)

### ***1.4.1 Vliv hospitalizace na člověka***

Nemoc souvisí úzce se zdravím. Mladí lidé vnímají zdraví jako samozřejmost, která k životu neodmyslitelně patří. Jeho skutečnou hodnotu nacházíme, až když ho ztratíme. Nemoc tedy považujeme za stav, který omezuje člověka v některých doménách lidské pohody. Někteří lidé vnímají nemoc jako výzvu ke změně způsobu dosavadního života nebo rekonstrukci hodnotového žebříčku, člověk tak může změnit svůj úhel pohledu na svět. (Jankovský, 2003)

Umístění a léčení pacienta v nemocnici tedy hospitalizace je obvykle pro pacienty novým zážitkem. Probíhají proměny v pacientovi (v jeho těle), ale i v jeho psychice a také v jeho duchovním životě. (Křivohlavý, 2002)

Člověk je hospitalizován z důvodů nemoci, která člověka omezuje. Je přijímán do nemocnice z léčebných nebo diagnostických důvodů, neboť některé úkony lze provádět prakticky jen v nemocnici a v některých případech vyžaduje nemoc odbornou přípravu, klid na lůžku či pravidelnou kontrolu. Hospitalizace je zárukou, že pacient bude zachovávat léčebný režim a zapojí se aktivně do vlastního léčebného procesu. Hospitalizace s sebou přináší ledajaká úskalí. Pacient se musí přizpůsobit režimu nemocnice, nastává změna v jeho způsobu života, tj. vstávání, ulehání, sledování TV nebo společné sociální zařízení. Je narušena i jeho psycho-sociální sféra života, a to narušením jeho soukromí, například sdílením pokoje s více pacienty, jejich zvyklostmi, pohledem na chorobné změny, obnažováním před ostatními, používáním nemocničního

pyžama, omezením kontaktu s rodinou nebo i nekompromisním klidem na lůžku a přemírou volného času. Lidé snášejí pobyty v nemocnici různým způsobem, jsou jedinci, kteří jsou přizpůsobiví, kteří rychle navazují nová přátelství, jiní jsou velmi citliví a uzavření. (Zacharová, 2007).

#### **1.4.2 Význam víry v době nemoci**

Křivohlavý poukazuje na to, že nemoc, která je spojena s utrpením umožňuje zrání člověka jako osobnosti i zrání jeho víry. Nemoc se tak může stát vodítkem ke hledání nových, nosnějších a spolehlivějších hodnot a měřítek v našem životě (Křivohlavý, 1991).

Proto duchovní přesvědčení většinou nabývá většího významu v době onemocnění a umírání, než kdy jindy v lidském životě. Víra může změnit pohled nemocného a jeho rodiny k chorobě, k těžkostem, které jsou spjaty s diagnostikou a léčbou, k riziku, limitované budoucnosti, k edukaci, k umírání a celkovému pohledu na svět. (Špirudová, 2006)

Většinou dává víra i negativním událostem nějaký význam a možnost smysluplného řešení. Umožňuje religióznímu pacientovi pochopit a přijmout ztráty jako projev Boží vůle, které mohou nabývat vyššího smyslu. (Knoflíčková, 2008)

Víra dává také člověku smysl smrti. Člověk má naději, že smrtí ztratí pouze jednu formu své existence, ale jeho duševní schránka bude existovat dál. Tělesná smrt je tak pouze oddělení duše od tělesné schránky. Víra může v člověku vzbuzovat pocit bezpečí a pocit jistoty. Člověka někdo vede tak, aby zvládl svoji situaci. (Vágnerová, 2000)

Někteří pacienti mohou pohlížet na svou nemoc jako na zkoušku víry, pojmají tak své onemocnění bez narušení svého náboženského přesvědčení. Jiní berou nemoc jako trest, který je oprávněný nebo nespravedlivý, někteří jsou tak přesvědčení, že jejich choroba je trestem za jejich minulé hříchy. (Špirudová, 2006)

Většinou pak zkoumají a přemýšlejí, co udělali ve svém životě špatně, kde udělali chybu, zda je jejich trest adekvátní k jejich minulým hříchům. Nemocní pacienti bez vyznání také hledají vysvětlení své nemoci pomocí trestu. Je ale pravdou, že pro

nevěřící lidí je větší problém nacházet hříchy, za které by mohli být potrestáni. (Prokop, 2006)

Jiní pacienti a jejich duchovní přesvědčení mohou být v rozporu s profesionální medicínskou praxí. Situace se může stát natolik závažnou, že nastává ohrožení života. Ohrozit život pacienta může jeho rozhodnutí odmítnout jistý léčebný úkon, například svědci Jehovovi nesouhlasí s transfúzí krve pro svoji náboženskou nauku. (Špirudová, 2006).

Křivohlavý uvádí jednu z taktik zvládnání nemoci, kterou je meditace. Při meditaci jde o hlubší zamyšlení nad určitou myšlenkou, biblickým podobenstvím či citátem. V těchto případech může meditace člověka pozitivně povzbudit a uklidnit jej. (Křivohlavý, 2002)

## 1.5 Spirituální péče

Duchovní neboli spirituální péče spadá do oblasti praktické teologie. Jedná se tedy o péči o duchovní potřeby lidí. Máme na mysli spíše individuální péči o člověka, který se ocitl v neznámé situaci a sám není schopen tuto životní situaci zvládnout. (Haškovcová, 2007)

Je omyl, domnívat se, že duchovní potřeby jsou určeny jen věřícím lidem. Měli by být k dispozici všem lidem, bez ohledu na náboženské vyznání. (Jankovský, 2003)

Právě nevěřící lidé nemoc často postaví do dosud nevyzkoušené, nezažité a naprosto nové situace. (Ruml, 2006)

Duchovní péči potřebuje každý člověk, věřící i nevěřící, neboť je přirozeným dopadem jeho holistické koncepce. Můžeme i říci, že náboženský rozměr je člověku vlastní a záleží pouze na tom, jakým způsobem bude tuto sféru lidského žití naplňován. Jak píše ve svých verších Karel Toman: *“Jen v něco věřit, v Boha, lidi, zem, v sebe a v práci. Bez víry těžko býti vítězem a člověk ztrácí”*. (Jankovský, 2003)

Vycházením vstříc duchovním potřebám nemocného člověka a jeho rodině je součástí úloh sester. (Špirudová, 2006)

Sestry sice nemají teologické vzdělání, přesto mohou účinně pomáhat lidem v duchovní krizi. Stačí nemocného vyslechnout a nechat jej hovořit o věcech, které s nemocí nemají zdánlivě nic společného, starat se o uchování jeho lidské důstojnosti a poskytovat úctu k jeho lidství. (Šimek, 2006)

Podobně jako sestra vychází vstříc duchovním potřebám pacientů, tak je tomu u pověřených kaplanů a jiného duchovenstva. Duchovenstvo zahrnuje kněze, rabíny, pastory, církevní starší a duchovní poradce apod. (Špirudová, 2006)

Je tedy povinností zdravotních pracovníků vyhovět žádosti nemocného člověka a přivolat duchovního na jeho požádání. Většinou si věřící nejlépe porozumí s duchovním stejné denominace. V mnohých nemocnicích a také v hospicích se můžeme setkat s modlitebnami nebo kaplemi, které může navštěvovat kterýkoli pacient. Zde se nachází duchovní, který respektuje u pacientů jejich náboženské vyznání. (Haškovcová, 2007)

V českém prostředí, tedy v prostředí zdravotní péče se začíná pozvolna utvářet nový směr spirituální péče – nemocniční kaplanství. Kaplan je označován v západních zemích za muže nebo ženu, který má vysokoškolské vzdělání a pověření od církve, již je součástí, k výkonu pastorační péče v nemocnicích. (Doskočil, Uxová, 2008)

Standards pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě definují nemocniční kaplanství jako „službu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch kdo o ně pečují, která přivádí ke zdrojům společenství. Nemocniční kaplan má za všech okolností bránit důstojnost každé lidské bytosti, dbát na „ošetřování“ spirituálních potřeb klientů různých náboženských vyznání a kultur a chránit je před duchovním nátlakem (např. sekt) či proselytismem (přetahování klientů mezi církvemi nebo náboženstvími). (Opatrná, 2006)

Duchovní potřeby může zajišťovat i s velkým úspěchem erudovaný a osobnostně disponovaný laik, popřípadě odborník z příbuzného oboru (Jankovský, 2003)

### ***1.5.1 Pastorační péče***

Je žádoucí rozlišit spirituální péči od péče pastorační. Slovo pastorační je odvozeno od latinského slova pastor – pastýř a pastorační z lat. slova - pascere – sytit.

Pastor naplňuje duchovní potřeby člověka a stará se o jeho duchovní doprovázení. (Tóthová, 2005)

Pod pastorační péčí si můžeme představit péči o duchovní směřování lidí, která je organizovaná církví. (Mašát, 2006)

Dle Opatrného je pastorační péčí myšleno takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho individualitě, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení, umírání a pomáháme mu, aby svou životní situaci včetně smrti důstojně zvládl, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného vývoje. (Opatrný, 2006 b)

Pastýřská činnost není směřována jen věřícím, ale i těm, kteří křesťané nejsou a nebudou. Tato činnost se historicky rozdělila do základních proudů: 1) Péče o duchovní život a o spásu křesťanů (*cura animalis*), 2) péče o celistvost církevních obcí prostřednictvím ustanovených starších, 3) péče o sociálně potřebné v církvi, 4) starost o politické záležitosti a obecnou charitu. (Haškovcová, 2007)

Pastorační péče si vytváří dva proudy, a to takzvanou interní pastorační péči, která se týká sboru věřících a externí pastorační péči týkající se lidí mimo církve, neboli obecného prospěchu lidské společnosti. (Mašát, 2006)

Existuje i další rozdělení pastorační péče podle Jara Křivohlavého. Ten ji rozděluje dle zdravotního stavu člověka. Tam, kde jde o lehce nemocné nebo i těžce nemocné, tam jde o posilování pacientů v jejich boji s nemocí, bolestmi a těžkostmi choroby. Pomoc umírajícím přijmout nevyhnutelnou skutečnost, zde jde o péči o umírající. (Křivohlavý, 1995)

Pastorační péče je vhodně vystižena jako služba – přítomností, doprovázením, rozhovorem. Pastorační péče může mít i formu skupinové pomoci. Tímto se snaží pomoci jak člověku nemocnému nebo umírajícímu, tak i členům rodiny nemocného, v této situaci je pastorační péče psychologickou podporou. Ačkoli má pastorační péče psychoterapeutický efekt, není s psychoterapií identická, nejde jí pouze o zmírnění obtíží, nýbrž o spásu duše. (Mašát, 2006)

Pojem „pastoral counseling“, který znamená v překladu pastýřská rada nebo pastýřské poradenství souvisí s intervencemi v oblasti duchovní. Tento pojem v roce



1948 zavedl S. Hiltner pro činnost, která souvisí s aktivitou církevního pracovníka. Šlo o prostou neformální radu. Pastorační poradenství se prolíná ve třech oblastech: 1. náboženské poradenství, 2. pastorační práce v oblasti duševního zdraví, 3. pastorační psychologie. (Vorlíček, 1998)

Záměrem pastorační práce je pastorační rozhovor, který má vycházet ze situace, přání a potřeb člověka. (Opatrný, 2006 b)

### **1.5.2 Pastorační rozhovor**

Člověk nemocný hospitalizovaný se potřebuje zorientovat ve své těžké životní situaci a potřebuje se s ní vyrovnat, proto také většinou sám aktivně hledá nebo vstřícně vítá nabídnutý rozhovor. Většinou lidé nerozlišují mezi psychologem a duchovním. Dochází tak často k mylné představě, že to co se považuje za duševní je i duchovní. (Haškovcová, 2007)

Cílem pastoračního rozhovoru by měla být snaha, aby člověk pochopil, že zde není sám se svými problémy, neboť v pastorujícím našel spojence. (Opatrný 2006 b)

Středem rozhovoru by měl být přirozeně nemocný člověk. Není dobré mluvit dlouho, užívat cizí slova, účelně sdělovat své názory popřípadě svá hodnocení. Je také zapotřebí vyhnout se autoritativnímu postavení a nepustit tak nemocného ke slovu nebo naopak jej k něčemu nutit. V rámci duchovního rozhovoru může mít nemocný spoustu otázek, na něž nemusí být lehké opovědět. Měli bychom být také přichystáni, že pacientem budeme odmítnuti a tak naši pomoc nepřijme. (Jankovský, 2003)

Duchovní rozhovor nemusí mít jen náboženský rozměr, ale může být i rozhovorem bez náboženských motivů. (Ruml, 2006)

Přístup duchovního k lidem, kteří se nehlásí k žádné víře, bývá složitý, ale je většinou vítaný. Mnozí lidé se považují za nevěřící, ale po rozhovoru s duchovním zjišťují, že vlastně v „něco“ věří, jen nejsou schopni se přihlásit ke konkrétní církvi. Podle Opatrného by měl být rozhovor veden na stupni víry, která je člověku přiměřená a žádoucí. Náboženský rozměr, má být motivem naděje a může se stát výzvou k obrácení. Samozřejmě, že bezbranný člověk nesmí být nucen k víře. Pacient se může ptát na cokoli, co ho trápí. Některé otázky jsou voláním o pomoc nebo protestem proti

nežádoucím okolnostem. Není dobré otázky pacienta bagatelizovat a jinak zjednodušovat, odpověď má být taková, aby se pacient ještě mohl doptat. Důležité je dbát, aby pastor projevils pochopení, soucit k pacientovi a respektoval jeho lidskou důstojnost. Je neprofesionální pacientovi vyčítat jeho situaci, jakkoli jej ponižovat a prohlubovat tak jeho úzkost, strach a bolest (Opatrný 2006 a)

## **2. Cíle práce**

Zjistit jaké spirituální potřeby mají hospitalizovaní pacienti a jak se liší prožívání nemoci u hospitalizovaných religiálních a nereliálních pacientů.

### **Hypotéza č.1**

Důležitost spirituálních potřeb stoupá s věkem.

### **Hypotéza č.2**

Prožívání nemoci u religiálních a nereliálních pacientů se liší.

### **3. Metodika**

#### ***Metodika postupu sběru dat***

Jedná se o výzkum kvantitativní, v němž byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazník obsahoval 21 otázek. První 4 otázky byly identifikační a týkaly se pohlaví, věku, rodinného stavu a nejvyššího dosaženého vzdělání. Z 21 otázek bylo 9 otázek uzavřených (č. 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 15, 17), 7 polootevřených (č. 6, 7, 8, 16, 19, 20, 21) a 5 otázek otevřených (č. 11, 12, 13, 14, 18).

Vzhledem k citlivému a složitému tématu této práce, bylo sděleno v úvodu dotazníku pro pacienty, aby se nenechali omezovat předepsanými odpověďmi a svůj názor připsali vedle otázky.

#### ***Charakteristika zkoumaného souboru***

Dotazníkové šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Plzeň v areálu Bory na interním a chirurgickém oddělení a v Městské nemocnici v Odrách na interním oddělení a v LDN. Tato různorodá oddělení byla vybrána se záměrem obsáhnout takové množství hospitalizovaných respondentů, kteří patří do různých věkových kategorií a zároveň se liší svým zdravotním stavem.

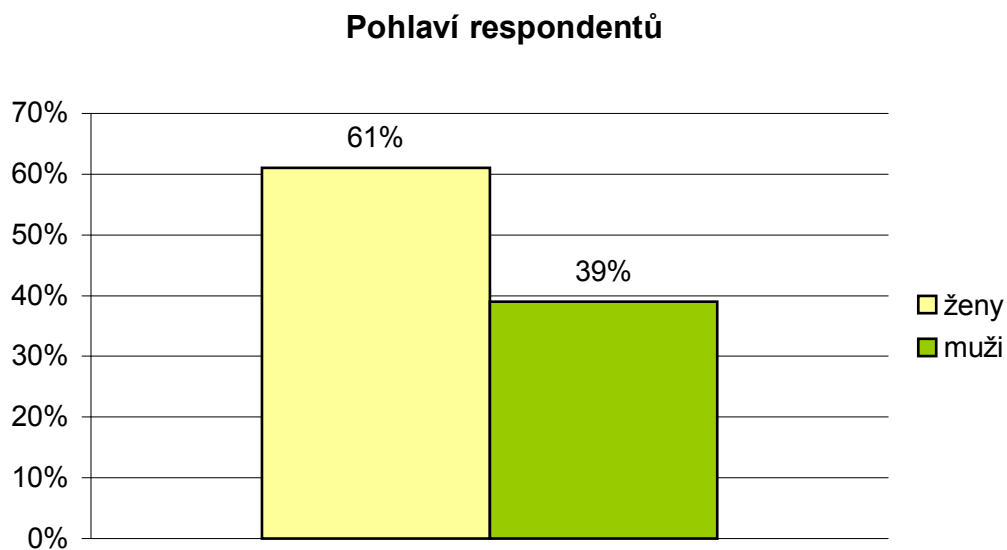
Dalším předpokladem pro výběr zkoumaného souboru byly zvolené kraje – Plzeňský a Moravskoslezský kraj, kde je předpoklad různosti religiozity hospitalizovaných lidí.

Celkový počet rozdaných dotazníků bylo 120 a návratnost činila 100 dotazníků, s tímto vzorkem byl prováděn výzkum.

#### 4. Výsledky

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány v programu Microsoft Excel a vyobrazeny v grafech a ve statistickém programu SPSS, který zobrazuje výsledky v tabulkách. Všechny zdroje pochází z vlastního výzkumu autorky této práce.

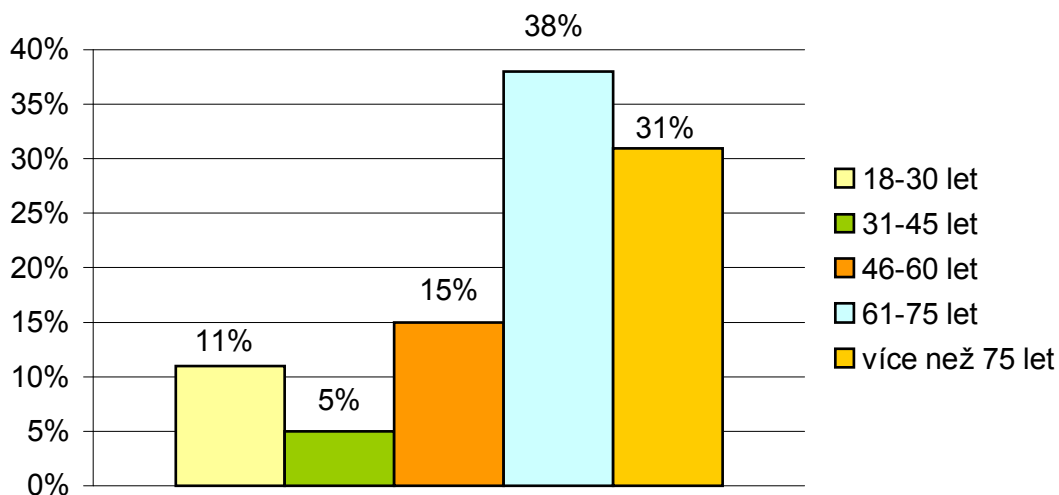
**Graf 1**



Z grafu 1 můžeme vyčíst pohlaví všech respondentů – pacientů. Graf znázorňuje, že 61 % (61) respondentů bylo žen a 39 % (39) respondentů pohlaví mužského.

**Graf 2**

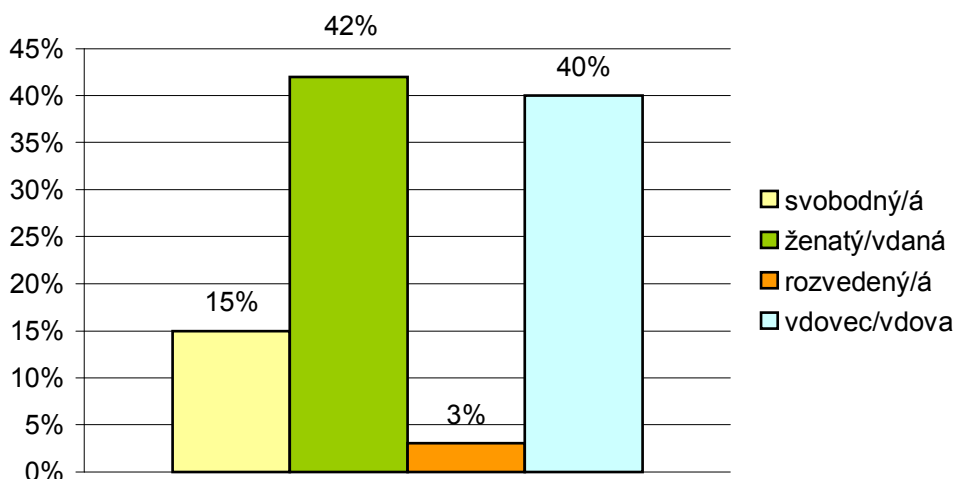
### Zastoupení věkových kategorií



Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) bylo v nejmladší věkové kategorii od 18 do 30 let 11 % (11) respondentů, od 31 let do 45 let 5 % (5) pacientů, od 46 let do 60 let 15 % (15) pacientů, od 61 let do 75 let 38 % (38) respondentů a v kategorii nad 75 let 31 % (31) pacientů.

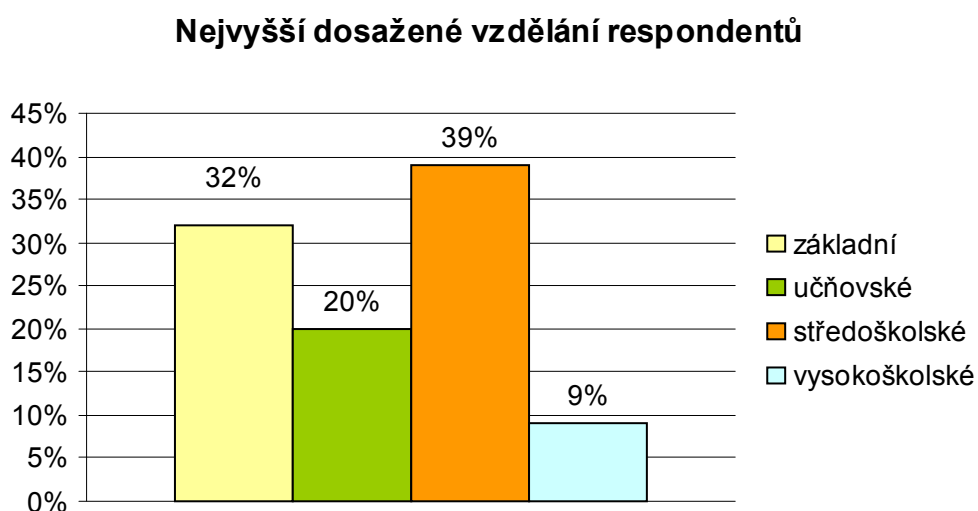
**Graf 3**

### Rodinný stav respondentů



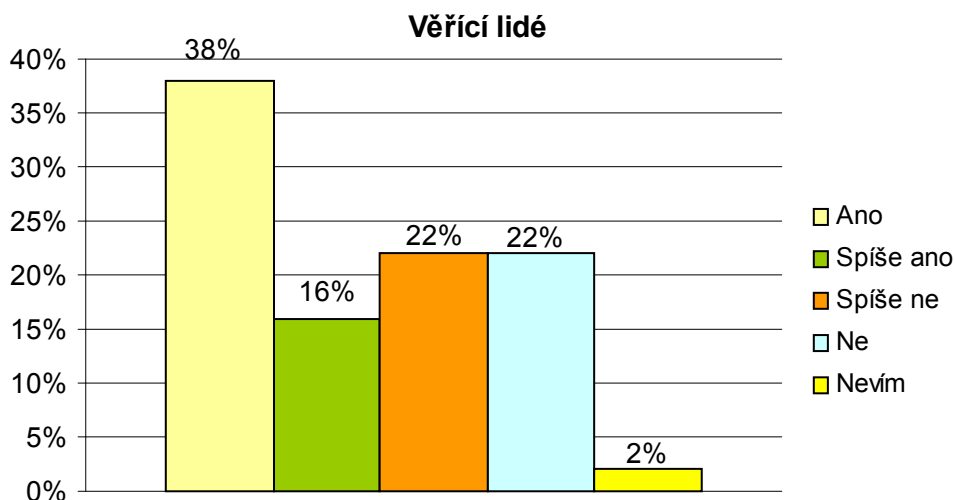
Mezi respondenty je nejvíce ženatých a vdaných – 42 % (42), dále je 40 % (40) vdov a vdovců, 15 % (15) svobodných a 3 % (3) rozvedených.

**Graf 4**



Graf 4 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání všech pacientů. 39 % (39) dotázaných vystudovalo střední školu, 32 % (32) absolvovalo základní vzdělání, 20 % (20) učňovské vzdělání, 9 % (9) vysokoškolské vzdělání.

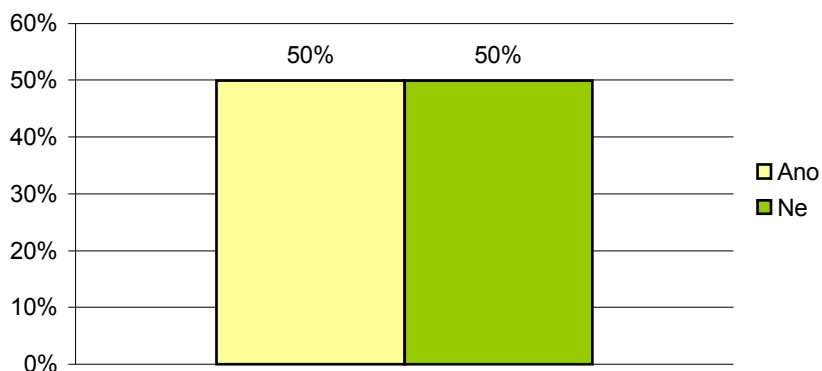
**Graf 5**



Z grafu 5 můžeme vyčíst, že 38 % (38) respondentů na otázku, zda se považují za věřící, odpovědělo ano, 16 % (16) odpovědělo spíše ano, 22 % (22) spíše ne, 22 % (22) ne a 2 % (2) respondentů na tuto otázku nenašlo odpověď.

**Graf 6**

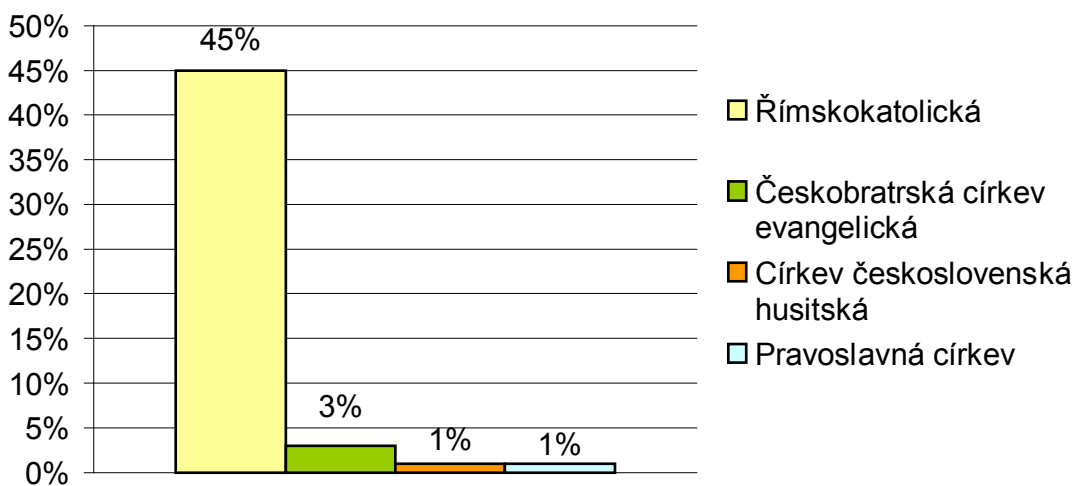
**Příslušnost k nějaké církvi**



Z grafu 6 můžeme vyčíst, zda se pacienti hlásí k nějaké církvi. Graf znázorňuje, že 50 % (50) respondentů se hlásí k nějaké církvi a 50 % (50) respondentů se k žádné církvi nehlásí.

**Graf 6.1**

**Příslušnost k jednotlivým církvím**

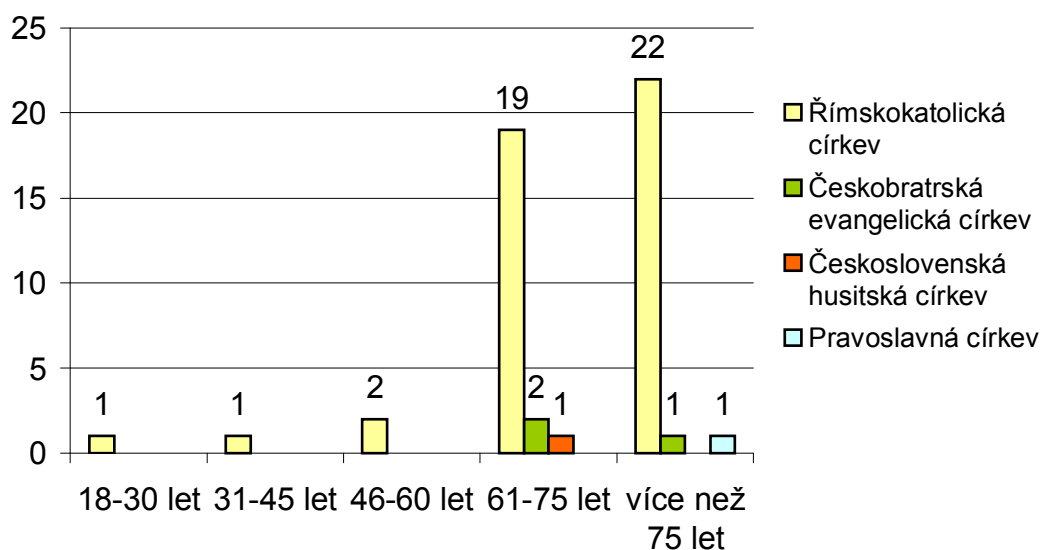


Z celkového počtu 50 % (50) respondentů inklinujících k nějaké církvi se hlásí 45 % (45) k Římskokatolické církvi, dále 3 % (3) uznávají Českobratrskou církev evangelickou, 1 % (1) pacientů se přiklání k Církvi československé husitské a 1 % (1) k Pravoslavné církvi.



Graf 6.2

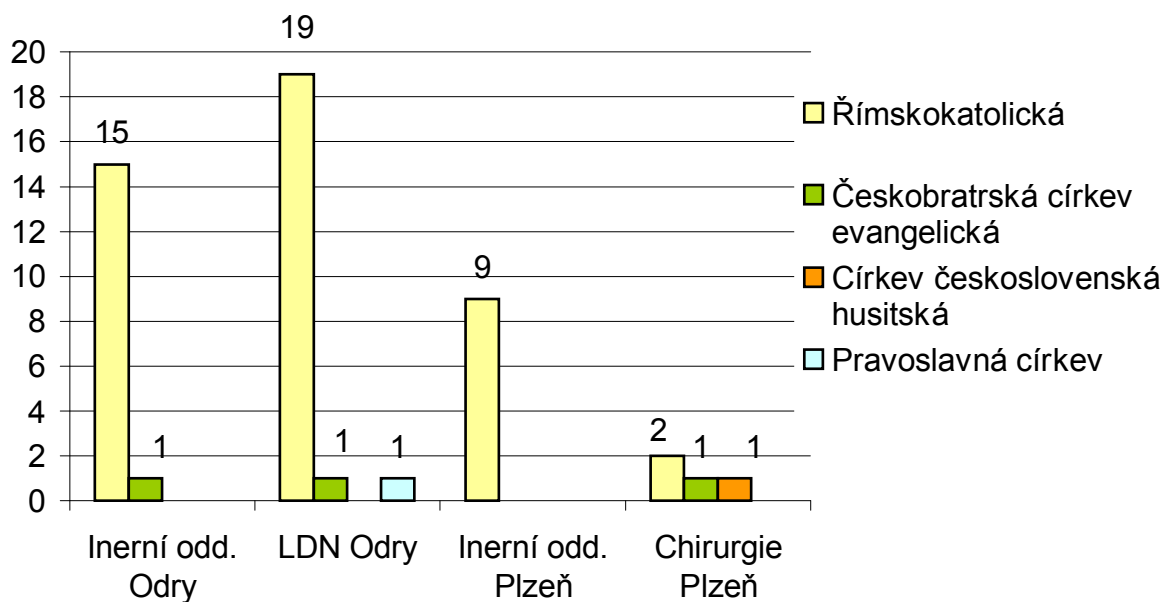
### Příslušnost k církvi závislé na věku



Z celkového počtu 50 % (50) respondentů hlásících se ke konkrétní církvi 1 pacient v letech od 18-30 let inklinuje k Římskokatolické církvi, dále 1 v letech od 31-45 let se také hlásí k Římskokatolické církvi, v letech 46-60 let se 2 hlásí také k této církvi, dále v letech od 61-75 let se 19 respondentů hlásí k Římskokatolické církvi, 2 k Českobratrské evangelické církvi a 1 k Československé husitské církvi a pacienti mající více než 75 let se 22 hlásí k Římskokatolické církvi, 1 k Českobratrské církvi a 1 k Pravoslavné církvi.

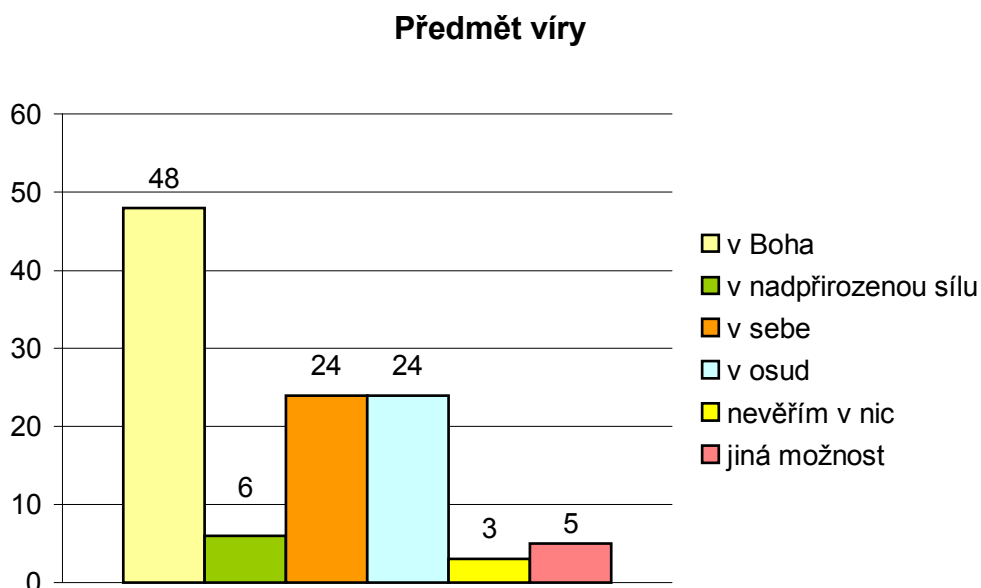
Graf 6.3

### Příslušnost k jednotlivým církvím dle oddělení



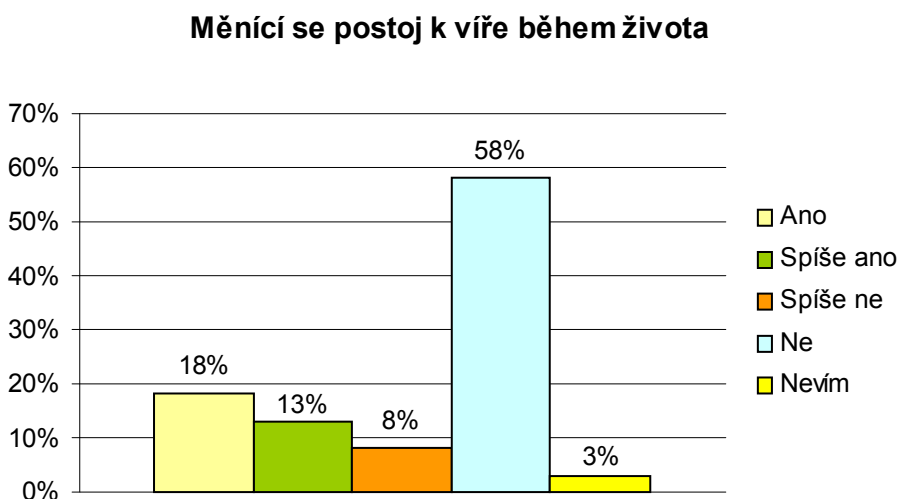
Z celkového počtu 50 % (50) pacientů hlásících se ke konkrétní církvi na interním oddělení v Městské nemocnici v Odrách inklinovalo 15 % (15) k Římskokatolické církvi a 1 % (1) k Českobratrské církvi evangelické. V LDN v Městské nemocnici v Odrách se hlásilo 19 % (19) k Římskokatolické církvi, dále 1 % (1) k Českobratrské církvi evangelické a 1 % (1) k Pravoslavné církvi. Ve Fakultní nemocnici Plzeň na interním oddělení se 9 % (9) respondentů hlásilo k Římskokatolické církvi a na chirurgickém oddělení 2 % (2) pacientů se hlásilo k Římskokatolické církvi, dále 1 % (1) k Českobratrské církvi evangelické a 1 % (1) k Církvi československé husitské.

**Graf 7**



Z celkového počtu 100 respondentů uvedlo možnost, že věří v Boha 48x dotazovaných, 6x zaškrtnli, že věří v nadpřirozenou sílu, dále 24x uvedli pacienti, že věří v sebe, stejně tak 24x věří v osud, 3x pacienti uvedli, že nevěří v nic a 5x respondenti uvedli jinou možnost.

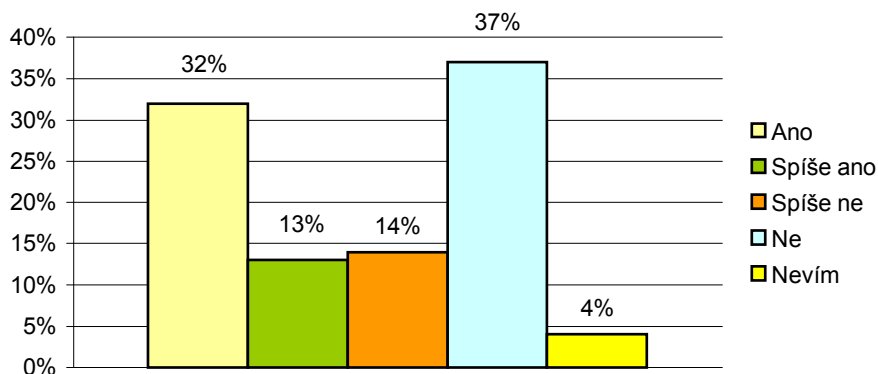
**Graf 8**



18 % (18) respondentů na otázku, zda se měnil jejich postoj k víře během života, odpovědělo ano, 13 % (13) odpovědělo spíše ano, 8 % (8) spíše ne, 58 % (58) ne a 3 % (3) respondentů na tuto otázku odpovědělo nevím.

**Graf 9**

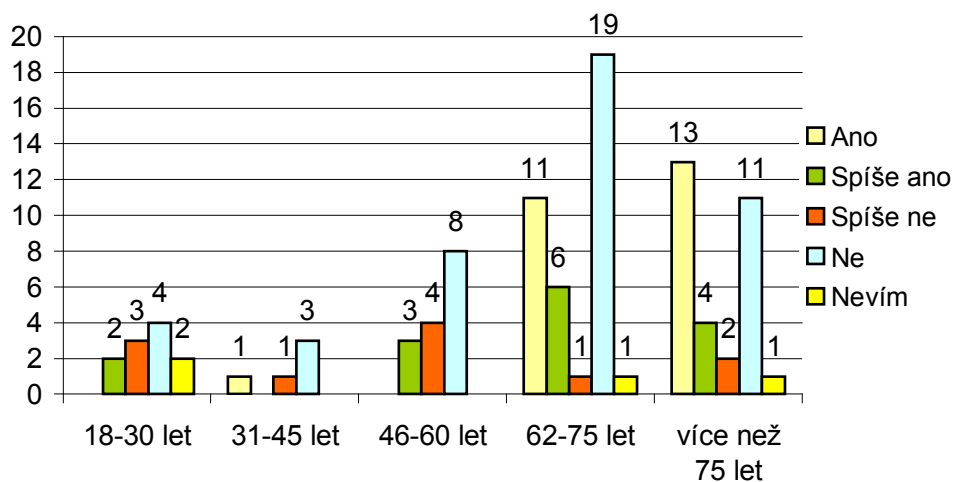
**Inklinace k náboženství s přibývajícím věkem**



Na otázku, zda se respondenti s přibývajícím věkem obracejí k náboženství, odpovědělo 32 % (32) ano, 13 % tazatelů odpovědělo spíše ano, spíše ne odpovědělo 14 % (14) respondentů, 37 % (37) respondentů zakroužkovalo ne, 4 % (4) dotázaných na tuto otázku uvedlo, že neví.

**Graf 9.1**

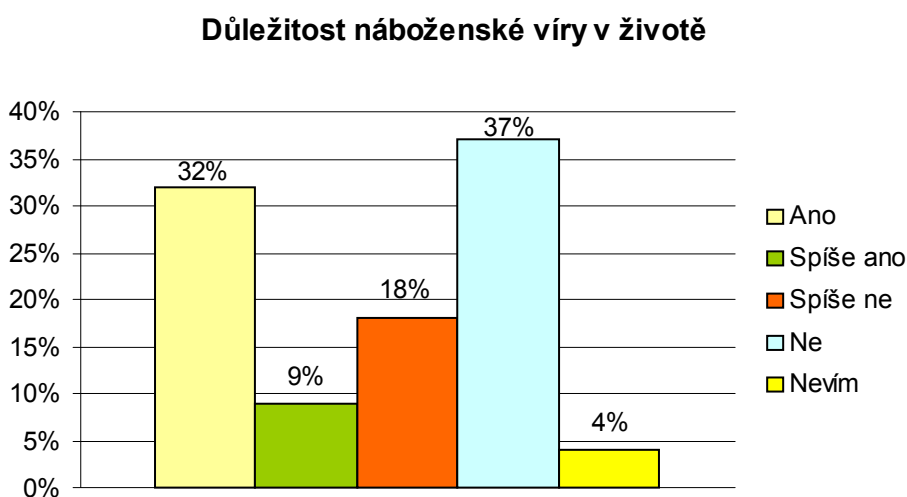
**Inklinace k náboženství s přibývajícím věkem**



Tento graf znázorňuje počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích. Respondenti odpovídali na otázku, zda se s přibývajícím věkem obracejí k náboženství. Z pacientů ve věkové kategorii od 18-30 let na tuto otázku neodpověděl ani žádný pacient, 2 % (2) odpovědělo spíše ano, 3 % (3) spíše ne, 4 % (4) ne a 2 % (2) uvedlo odpověď neví. Z věkové kategorie od 31-45 let odpověděl ano 1 % (1) respondent, spíše ano žádný, spíše ne 1 % (1), 3 % (3) ne. Mezi 46 – 60 lety neodpověděl ani

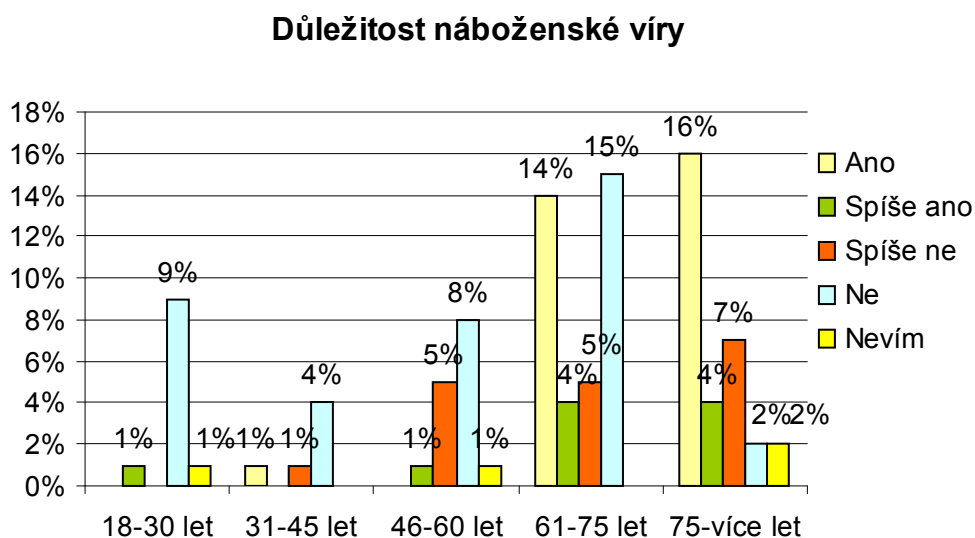
žádný, spíše ano uvedlo 3 % (3), 4 % (4) uvedlo spíše ne, ne odpovědělo 8 % (8), Mezi 61-75 lety odpovědělo ano 11 % (11), 6 % (6) spíše ano, 1 % (1) spíše ne, 19 % (19) ne, 1 % (1) nevím. Ve věkové kategorii nad 75 let odpovědělo ano 13 % (13), spíše ano 4 % (4), spíše ne 2 % (2), ne 11 % (11), nevím 1 % (1)

**Graf 10**



Z grafu 10 můžeme vyčíst, zda pacienti považují náboženskou víru v jejich životě za důležitou či nikoli. 32 % (32) tazatelů uvedlo ano, 9 % (9) spíše ano, 18 % (18) spíše ne, 37 % (37) uvedlo striktně ne a 4 % (4) uvedlo nevím.

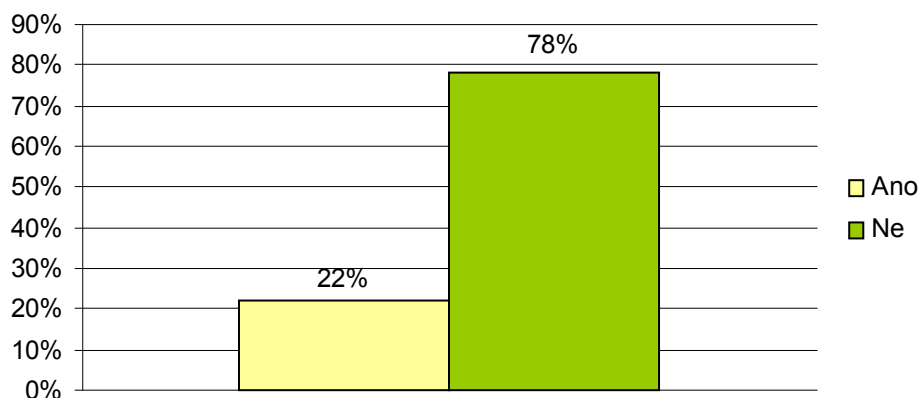
**Graf 10.1**



Tento graf znázorňuje, zda je náboženská víra v životě člověka s přibývajícím věkem důležitá či nikoli. Ve věkové skupině od 18-30 let ano neodpověděl žádný respondent, 1 % (1) uvedlo spíše ano, spíše ne neodpověděl žádný pacient, 9 % (9) ne, 1 % (1) neví, ve věku od 31-45 let odpověděl jen jeden respondent ano, spíše ano žádný, 1 % (1) spíše ne, 4% (4) ne, ve věkové kategorii 46-60 let ano neodpověděl žádný, spíše ano 1 % (1), spíše ne 5 % (5), ne 8 % (8), neví 1 % (1), mezi 61-75 lety ano odpovědělo 14 % (14), spíše ano 4 % (4), spíše ne 5 % (5) a 15 % (15) ne. Ve věkové kategorii nad 75 let odpovědělo ano 16 % (16), spíše ano 4 % (4), spíše ne 7 % (7), ne 2 % (2) a neví 2 % (2).

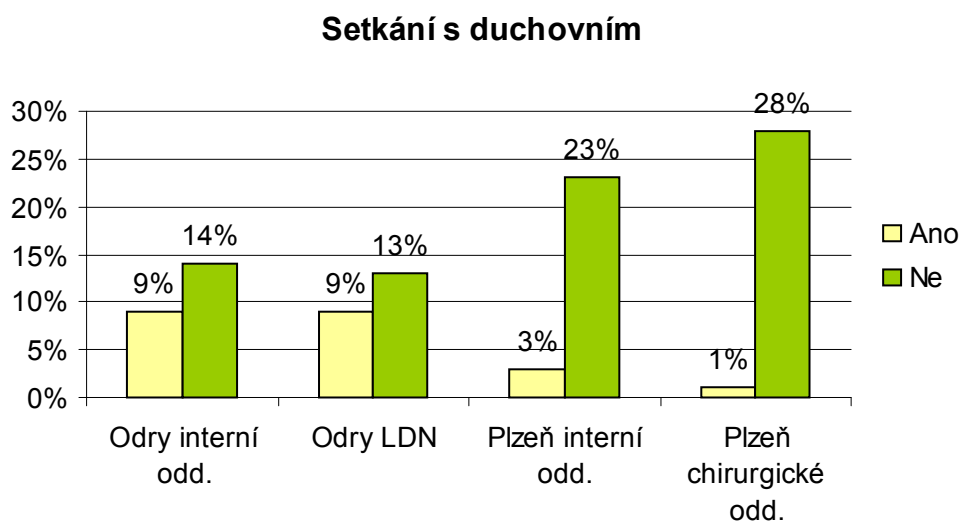
**Graf 11**

### Setkání s duchovním



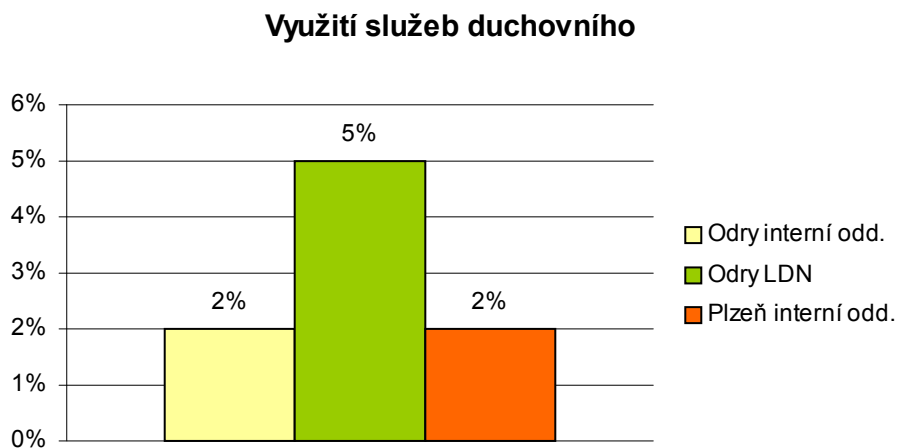
Z grafu 11 můžeme vyčíst, zda se pacienti setkali v nemocnici na oddělení s duchovním (knězem či pastorem). Graf znázorňuje, že 22 % (22) respondentů se setkala s duchovním a 78 % (78) respondentů nikoli.

**Graf 11.1**



Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů na otázku, zda se setkala na oddělení s duchovním, odpovědělo 9 % (9) ano a 14 % (14) ne z interního odd. v Odrách, dále 9 % (9) ano a 13 % (13) ne z LDN v Odrách. Na interním odd. v Plzni 3 % (3) odpovědělo ano a 23 % (23) ne a na chirurgickém odd. v Plzni 1 % (1) odpovědělo ano, 28 % (28) ne.

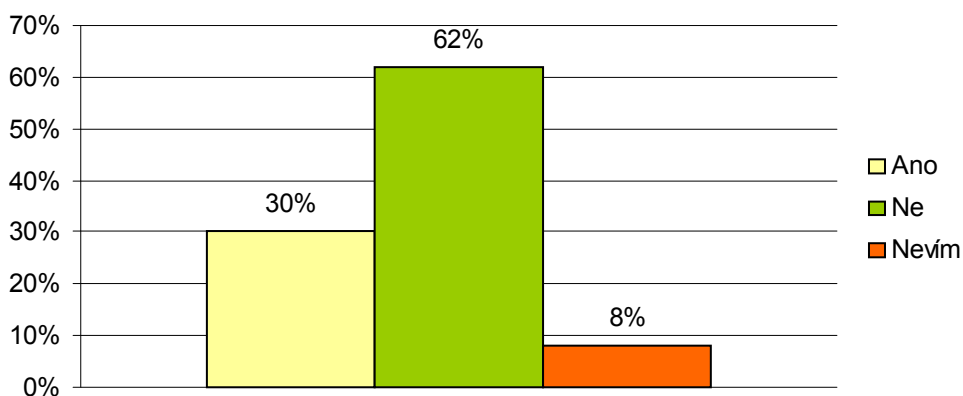
**Graf 12**



Z 22 % pacientů, kteří se setkali na oddělení s duchovním, jeho služeb využilo celkově 9 % (9) pacientů z toho 2 % (2) pacientů na interním odd. v Odrách, 5 % (5) v LDN v Odrách, 2 % (2) na interním odd. v Plzni a na chirurgickém odd. v Plzni jej nevyužil žádný pacient

**Graf 13**

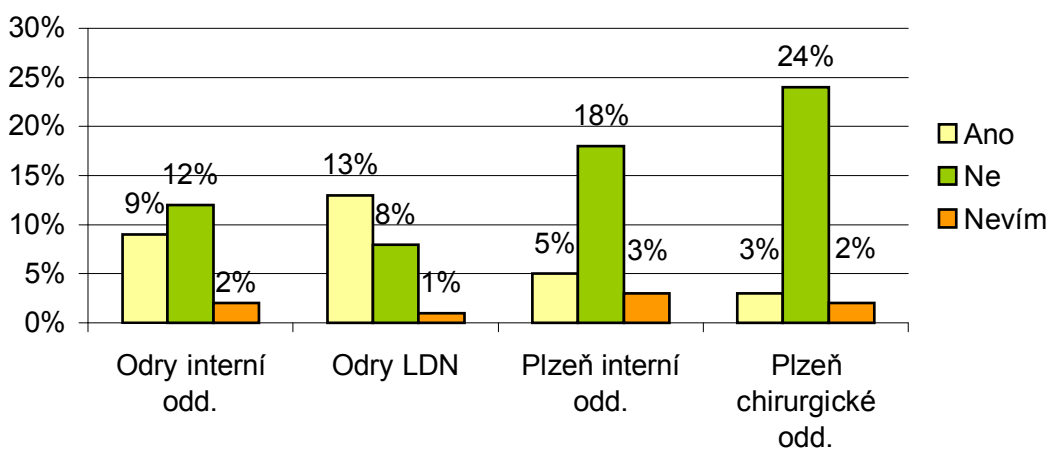
**Využití služeb duchovního v budoucnu**



Z celkového počtu 100 (100 %) pacientů odpovědělo na otázku, zda by v budoucnu využili služeb duchovního 30 % (30) ano, 62 % (62) odpovědělo striktní ne a 8 % (8) pacientů neví, zda by služeb duchovního využilo.

**Graf 13.1**

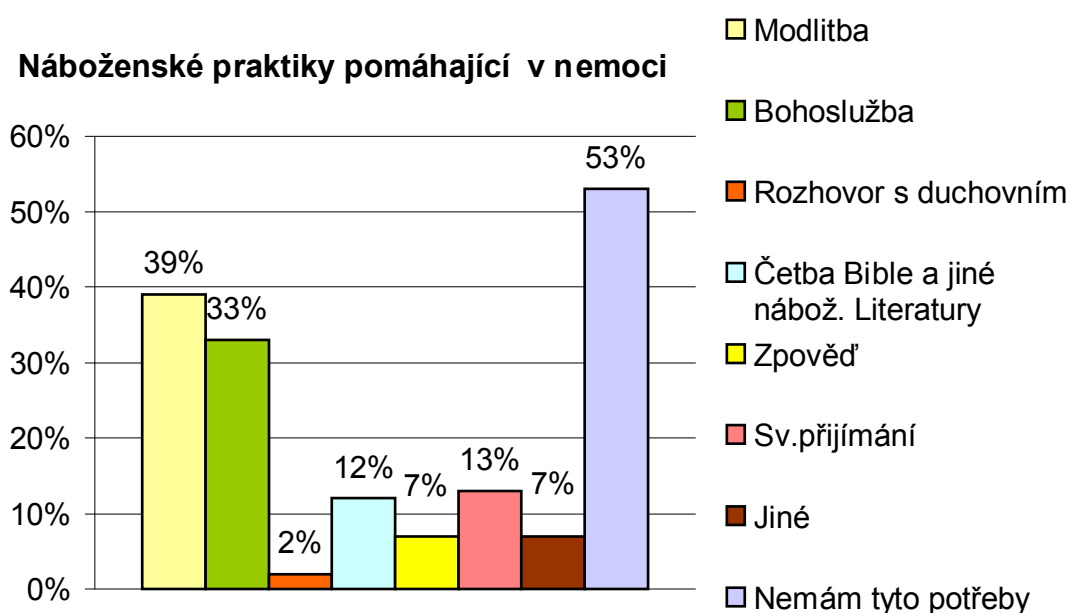
**Využití služeb duchovního v budoucnu**



Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů na otázku, zda by služeb duchovního využili v budoucnu, odpovědělo 9 % (9) ano a 12 % (12) ne, 2 % (2) nevím z interního odd. v Odrách, dále z LDN v Odrách 13 % (13) ano a 8 % (8) ne a 1 % (1) nevím. Na interním odd. v Plzni 5 % (5) odpovědělo ano a 18 % (18) ne a nevím 3 % (3) a na chirurgickém odd. v Plzni 3 % (3) odpovědělo ano, 24 % (24) ne a nevím 2 % (2).

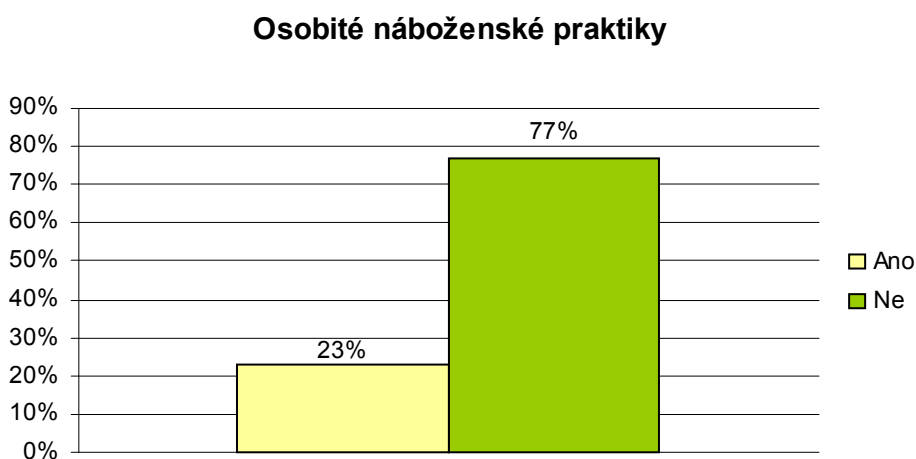


**Graf 14**



Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů na otázku, zda mají nějaké náboženské praktiky, které jim pomáhají v nemoci uvedlo modlitbu 39 % (39) dotazovaných, 33 % (33) zaškrtnulo bohoslužbu, dále 2 % (2) pacientů uvedlo rozhovor s duchovním, 12 % (12) respondentů označilo četbu Bible a jiné literatury, 7 % (7) zpověď, 13 % (13) svaté přijímání, 7 % (7) uvedlo jiné možnosti a 53 % (53) respondentů nemám tyto potřeby.

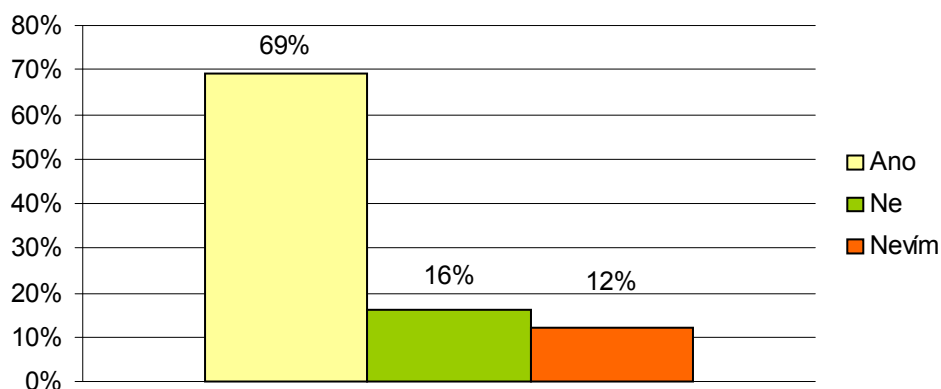
**Graf 15**



Graf 15 znázorňuje, zda pacienti mají důležité osobitě náboženské praktiky a rituály. Z grafu vyplývá, že jen 23 % (23) respondentů takové má a 77 % (77) nikoli.

**Graf 16**

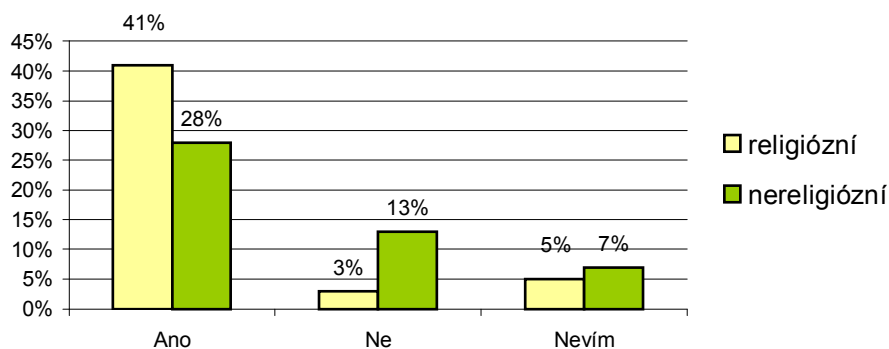
**Snáší nemoc lépe religiózní lidé**



Tento graf zobrazuje otázku, zda věřící lidé snášejí svoji nemoc a utrpení lépe, než ti co nevěří, 69 % (69) pacientů odpovědělo, že ano, 16 % (16) uvedlo, že ne a 12 % (12) respondentů odpovědělo neví.

**Graf 16.1**

**Vyrovňávají se lépe s nemocí religiózní či nereligiózní**



Graf 16.1 znázorňuje názory pacientů, zda se lépe vyrovnávají s nemocí a utrpením religiózní či nereligiózní lidé. Ano odpovědělo 41 % (41) religiózních a 28 % (28) nereligiózních, odpověď ne zaškrtnulo 3 % (3) religiózních a 13 % (13) nereligiózních, neví odpovědělo 5 % (5) religiózních a 7 % (7) nereligiózních.

**Tabulka 1** Čerpání životní síly a naděje

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid víra a modlitba	24	17,8	17,8	17,8
v sebe	8	5,9	5,9	23,7
rodina	52	38,5	38,5	62,2
lidé a přátelé	22	16,3	16,3	78,5
příroda	10	7,4	7,4	85,9
pohyb	5	3,7	3,7	89,6
četba knih	3	2,2	2,2	91,9
myšlení na budoucnost	3	2,2	2,2	94,1
pozitivní myšlení	4	3,0	3,0	97,0
jídlo	1	,7	,7	97,8
odpočinek	1	,7	,7	98,5
víra v lékaře	1	,7	,7	99,3
pěkné ženy	1	,7	,7	100,0
Total	135	100,0	100,0	

V tabulce 1 vidíme, kde nebo v čem hospitalizovaní pacienti nacházejí svou životní sílu a naději. Nejčastěji a to 52x uvedli respondenti, že čerpají sílu v rodině, 24x ve víře a zároveň v modlitbě, 22x v lidech a přátelích, 10x uvedli, že čerpají sílu z přírody, 8x nalézají sílu v sobě, 5x v pohybu, 4x v pozitivním myšlení, 3x četbou knih, 3x myslí na budoucnost, 1x v jídle, 1x v odpočinku, 1x čerpá sílu ve víře v lékaře, 1x čerpá sílu v pěkných ženách

**Tabulka 2** Vyrovnání se s nemocí - religiózní

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid modlitba - mám naději a sílu	19	14,1	36,5	36,5
beru nemoc jako úděl - jsem klidnější	12	8,9	23,1	59,6
mám Boha - nejsem na nemoc sám/a	9	6,7	17,3	76,9
neslučuji náboženství a mou nemoc	4	3,0	7,7	84,6
nepomáhá, vyrovnám se s nemocí sám	8	5,9	15,4	100,0
Total	52	38,5	100,0	

Tabulka 2 znázorňuje, jak náboženství pomáhá religiózním pacientům vyrovnat se s jejich nemocemi. 19x uvedli respondenti, že jim pomáhá se modlit, mají tak větší naději a sílu, 12x berou nemoc jako úděl a jsou tak klidnější, 9x uvedli, že mají Boha a

nejsou tak na nemoc sami, 8x uvedli, že jim náboženství nepomáhá v nemoci a vyrovnávají se s nemocí sami a 4x náboženství neslučuje se svou nemocí.

**Tabulka 3** Vyrovnání se s nemocí – nereligiózní

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	víra v lékaře	13	8,2	20,6	20,6
	pomáhá rodina a přátelé	14	8,8	22,2	42,9
	myslím na budoucnost	6	3,8	9,5	52,4
	myslím na pozitiva	9	5,7	14,3	66,7
	spoléhám sám na sebe	13	8,2	20,6	87,3
	četba knih	1	,6	1,6	88,9
	velmi těžko	4	2,5	6,3	95,2
	spoléhám na osud	2	1,3	3,2	98,4
	pomáhá příroda	1	,6	1,6	100,0
	Total	63	39,6	100,0	

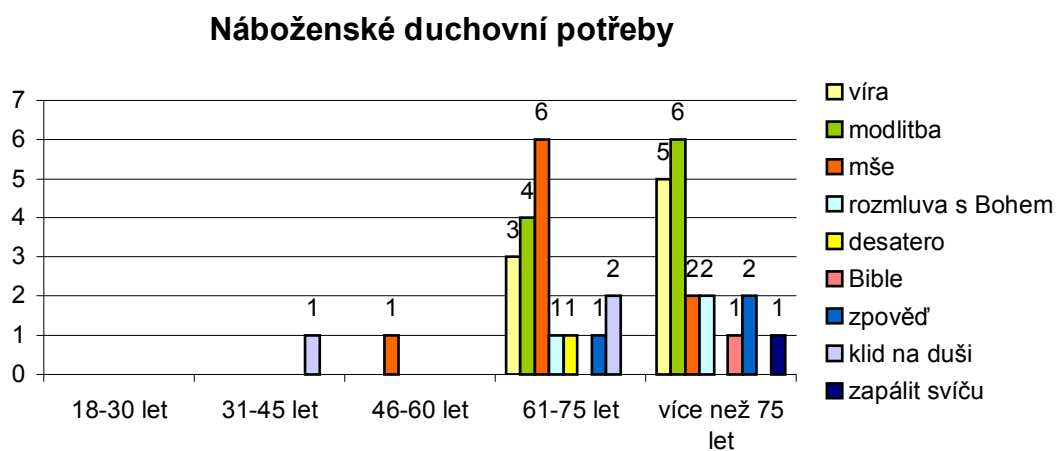
Tabulka 3 znázorňuje, jak se lidé bez vyznání náboženství vyrovnávají se svojí nemocí. 14x uvedli, že jim pomáhá rodina a přátelé, 13x spoléhají na lékaře, 13x spoléhají na sebe, 9x se snaží myslet pozitivně, 6x myslí na budoucnost, 4x se vyrovnávají s nemocí velmi těžko, 2x uvedli, že spoléhají na osud, 1x uvedl četbu knih a 1x uvedl, že s nemocí pomáhá příroda.

**Tabulka 4** Duchovní potřeby pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid modlitba	10	6,3	9,0	9,0
rozmluva s Bohem	3	1,9	2,7	11,7
bohoslužba	9	5,7	8,1	19,8
víra	8	5,0	7,2	27,0
lehkost na duši	4	2,5	3,6	30,6
dodržování desatera	1	,6	,9	31,5
nadpřirozená síla	1	,6	,9	32,4
láska	9	5,7	8,1	40,5
šťastná rodina	13	8,2	11,7	52,3
spravedlnost a poctivost	4	2,5	3,6	55,9
cítit se zdráv	4	2,5	3,6	59,5
smíření se stavem věci	1	,6	,9	60,4
držet se dobré cesty	5	3,1	4,5	64,9
kontakt s lidmi	10	6,3	9,0	73,9
zpověď	3	1,9	2,7	76,6
zastavit se a zamyslet se	3	1,9	2,7	79,3
zapálit svíčku	1	,6	,9	80,2
děj ve světě	1	,6	,9	81,1
víra lékařům	1	,6	,9	82,0
dobrá kniha	4	2,5	3,6	85,6
nevím	8	5,0	7,2	92,8
četba Bible	1	,6	,9	93,7
příroda	4	2,5	3,6	97,3
vlastní síla	1	,6	,9	98,2
přátelství	1	,6	,9	99,1
zkušenosti	1	,6	,9	100,0
Total	111	69,8	100,0	

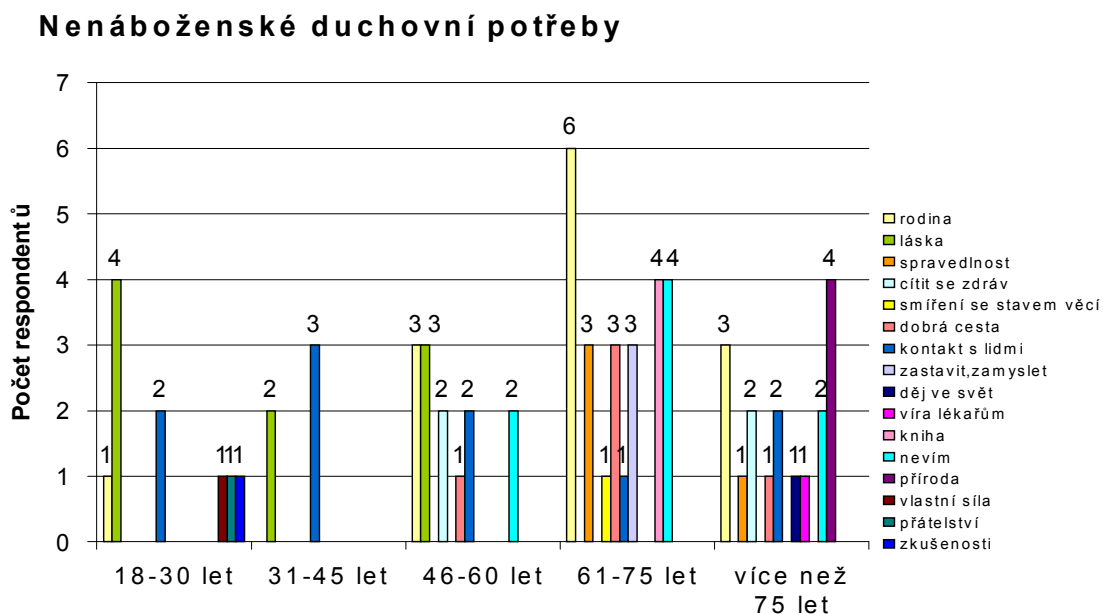
V tabulce 4 vidíme, jaké mají pacienti konkrétní duchovní potřeby.

**Graf 17**



Tento graf znázorňuje podrobněji tabulku 4 - náboženské duchovní potřeby v závislosti na věku hospitalizovaných. Respondenti ve věku od 18-30 let nemají žádné náboženské duchovní potřeby, ve věku 31-45 let zvolil 1x jako duchovní potřebu, klid na duši, ve věku od 46-60 let zvolil 1x mši, od 61-75let zvolili respondenti 6x mši, 4x modlitbu, 3x víru, 2x klid na duši, 1x rozmluvu s Bohem, 1x desatero, 1x zpověď, pacienti s věkem více než 75 let zvolili 6x modlitbu, 5x víru, 2x mši, 2x rozmluvu s Bohem, 2x zpověď, 1x čtení z Bible, 1x zapálit si svíčku.

Graf 17.1



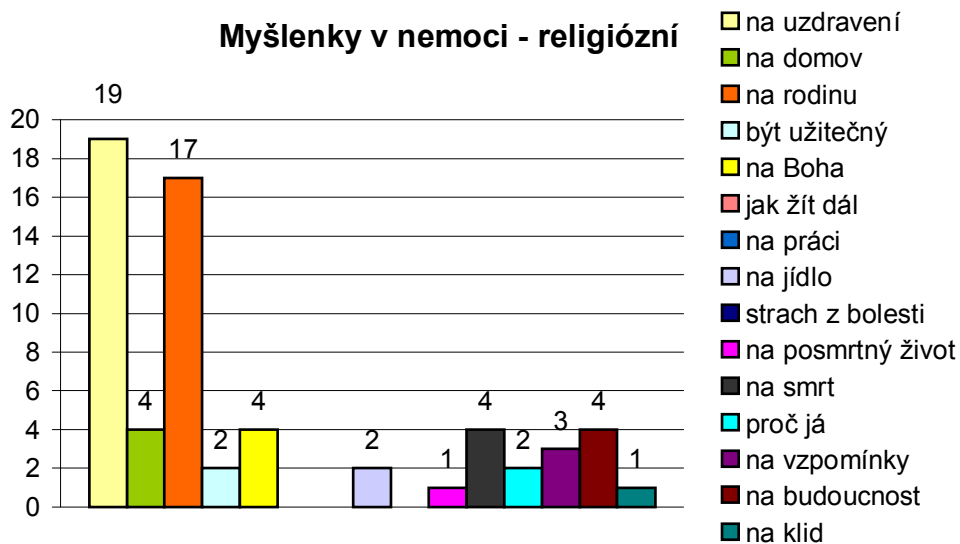
Tento graf znázorňuje podrobněji tabulku 4- nenáboženské duchovní potřeby v závislosti na věku hospitalizovaných pacientů. Respondenti ve věku od 18-30 let zvolili 4x lásku, 2x kontakt s lidmi, 1x rodinu, 1x vlastní sílu, 1x přátelství, 1x zkušenosti, ve věku 31-45 let zvolili respondenti 3x kontakt s lidmi, 2x lásku, ve věku od 46-60 let zvolili pacienti 3x lásku, 3x rodinu, 2x cítit se zdráv, 2x kontakt s lidmi, 2x uvedli odpověď nevím, 1x dát se na dobrou cestu, ve věku 61-75 let uvedli respondenti 6x rodinu, 4x dobrou knihu, 4x uvedli, že neví, 3x spravedlnost, 3x dobrou cestu, 3x zastavit a zamyslet se, 1x smíření se stavem věcí, 1x kontakt s lidmi, lidé nad 75 let uvedli jako duchovní potřebu 4x přírodu, 3x rodinu, 2x cítit se zdráv, 2x kontakt s lidmi, 2x uvedli, že neví, 1x spravedlnost, 1x vydat se na dobrou cestu, 1x děj ve světě, 1x víra v lékaře.

**Tabulka 5** Myšlenky hospitalizovaných pacientů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	na uzdravení	43	27,0	32,6	32,6
	být brzy doma	13	8,2	9,8	42,4
	na rodinu	32	20,1	24,2	66,7
	jak být ještě užitečný	4	2,5	3,0	69,7
	na Boha	4	2,5	3,0	72,7
	jak žít dál	4	2,5	3,0	75,8
	na práci	2	1,3	1,5	77,3
	na jídlo	3	1,9	2,3	79,5
	na strach z bolesti	4	2,5	3,0	82,6
	na setkání s rodinou po smrti	1	,6	,8	83,3
	na smrt	4	2,5	3,0	86,4
	proč právě já	4	2,5	3,0	89,4
	na vzpomínky	3	1,9	2,3	91,7
	na budoucnost	10	6,3	7,6	99,2
	na klid	1	,6	,8	100,0
	Total	132	83,0	100,0	

Tabulka 5 znázorňuje na co při své nemoci nejčastěji myslí hospitalizovaní pacienti

**Graf 18**

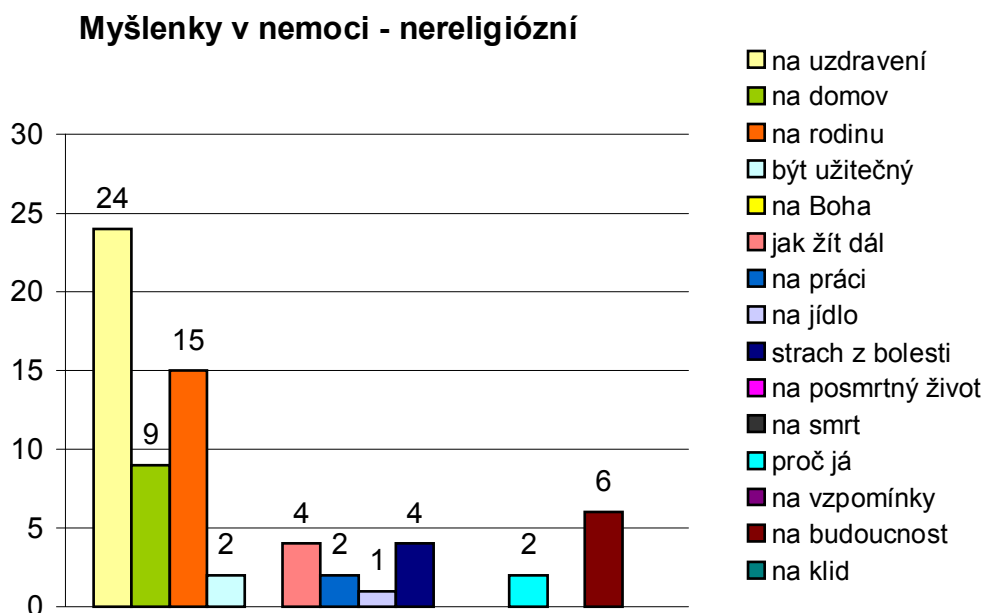


Graf 18 podrobně rozepisuje tabulku 5, jaké jsou nejčastější myšlenky religiózních pacientů v jejich nemoci. 19x uvedli pacienti, že myslí na uzdravení, 17x na svoji



rodinu, 4x na domov, 4x na Boha, 4x na smrt, 4x na budoucnost, 3x na vzpomínky, 2x na to být ještě užitečný, 2x na jídlo, 2x si říkají proč právě já, 1x na klid.

**Graf 18.1**



Znázorňuje podrobněji tabulku 5, na co při své nemoci nejčastěji myslí nereligiózní pacienti. Pacienti nejvíce a to 24x myslí na uzdravení, 15x na rodinu, 9x na domov, 6x na budoucnost, 4x jak žít dál, 4x myslí na strach z bolesti, 2x na to jak být ještě užitečný, 2x na svou práci, 2x si říkají proč právě já, 1x na jídlo.

## 5. Diskuse

V diskusi budeme interpretovat data, která jsme získali z dotazníků. Musíme si ovšem uvědomit, že otázka spirituálních potřeb je pro mnohé, zvláště pak pro hospitalizované pacienty citlivým tématem a také je tématem ne tak zcela prozkoumaným.

Graf 1 zobrazuje prosté zastoupení pohlaví pacientů. Z něhož vyplývá, že dotazovaných žen bylo 61 % (61) a dotazovaných mužů jen 39 % (39). Neboť je obecně známo, že se ženy oproti mužům dožívají vyššího věku.

Graf 2 mapuje zastoupení věkových kategorií. Na dotazník odpovídali pacienti ze dvou interních oddělení, z jedné LDN a také z jednoho oddělení chirurgie. Tato různorodost oddělení byla zvolena se záměrem, obsáhnout všechny věkové skupiny. Nejvíce pacientů však bylo zastoupeno od 61-75 let a to v 38 % (38), neboť byly zvoleny dvě interní oddělení, kde je předpoklad, že jsou zde lidé s interním onemocněním v této věkové kategorii. Dále ve věkové kategorii nad 75 let bylo nemocných 31 % (31), tento vyšší počet pacientů byl dán oddělením LDN, kde se starší lidé léčí z dlouhodobých chronických onemocnění. Ve věkové kategorii od 46-60 let bylo 15 % (15) pacientů, nemocných od 31-45 let bylo jen 5 % (5) a ve věku od 18-30 let bylo 11 % (11).

42 % (42) dotazovaných je ženatých/vdaných, 40 % (40) pacientů jsou vdovci/vdovy, toto vysoké procento vdovců a vdov je dáno opět zvolenými odděleními – dvě interní a jedna LDN, kde jsou lidé s vyšším věkem, 15 % (15) je svobodných a jen 3 % (3) je rozvedených.

Poslední identifikační otázku znázorňuje graf 4, kde je zastoupení nejvyšších dosažených vzdělání. 39 % (39) vystudovalo střední školu, 32 % (32) pacientů má základní vzdělání, které se taktéž odvíjí od zastoupení většího množství vyšších věkových kategorií ve výzkumu, 20 % (20) dosáhlo učňovského vzdělání a 9 % (9) má vzdělání vysokoškolské.

Na otázku, zda se pacienti považují za věřícího člověka, z grafu 5 vyplývá, že 38 % (38) ano, spíše ano 16 % (16), spíše ne 22 % (22), ne 22 % (22) a nevím odpovědělo 2 % (2) pacientů. Když tyto výsledky srovnáme s výsledky z grafu 7, kde je otázka v „co“ věří, tak 48x bylo zodpovězeno, že věří v Boha, 24x v sebe, 24x

v osud, 6x v nadpřirozenou sílu, 5x uvedlo jinou možnost a jen 3x nevěří v nic. Tedy většina pacientů, kteří uvedli, že se nepovažují za věřící, přesto uvedli v otázce č.7, že v něco věří. Většina z nich si pod pojmem víra většinou představí víru v Boha nebo si jí spojí s nějakou církví a na otázku, zda se považují za věřícího, odpoví ne. Jak je známo, většina lidí v něco věří. Dobře vystihl Halík českou společnost, o které řekl, že Češi jsou „něčaři“ – tzn., že v něco věří, ale neví v co. (Halík, 2007) Duchovní svět není jen záležitostí víry v Boha. Každý člověk si utváří během svého života nějaký názor, kde se vzal svět a jeho role v něm. Lidé bez náboženského vyznání si většinou utvářejí svého boha, ten bývá abstrakcí potřeb, životního stylu, světa lásky. Víra, kterou žijí zůstává jejich soukromou záležitostí. (Šimek, 2006) V otázce 7 v „co věří“ uvedli pacienti jinou možnost 5x, většina z nich se odkazovala na přírodu a přírodní zákonitosti, které se o ní odvíjejí a poukazovali na to, že příroda vládne všemu na Zemi a je hnacím motorem pro tento svět.

Graf 6 zobrazuje, zda se respondenti hlásí k nějaké církvi. 50 % (50) pacientů se k nějaké církvi hlásí a 50 % (50) nikoli. Za tyto vyrovnané hodnoty jsou odpovědní kraje, ve kterých probíhalo dotazníkové šetření. V Moravskoslezském kraji je předpoklad vyššího počtu zastoupení lidí hlásících se k nějaké církvi oproti Plzeňskému kraji (ČSÚ, 2001).

Graf 6.1 mapuje konkrétní zastoupení církví. Z 50 % (50) respondentů, kteří se hlásili k nějaké církvi, inklinuje 45 % (45) k Římskokatolické, 3 % (3) k Českobratrské církvi evangelické, 1 % (1) k Církvi československo husitské a 1 % (1) k Pravoslavné církvi.

Graf 6.2 zobrazuje zastoupení pacientů k jednotlivým církvím závislé na jejich věku. Z toho vyplývá, že z celkového počtu 100 (100 %) pacientů, se hlásí ke konkrétní církvi ve věku od 18-30 let k Římskokatolické církvi 1 respondent z 11, dále ve věku od 31-45let se také hlásí 1 pacient z 5 k Římskokatolické církvi, mezi 46-60 lety se hlásí k téže církvi 2 pacienti z 15, ve věku od 61-75 let se ze 38 respondentů 19 pacientů hlásí k Římskokatolické církvi, 2 pacienti se hlásí k Českobratrské evangelické církvi a 1 pacient k Československé husitské církvi. Ve věku nad 75 let se ze 31 pacientů hlásí 22 respondentů k Římskokatolické církvi, 1 k Českobratrské evangelické církvi a 1

k Pravoslavné církvi. Sčítání lidu rovněž prokázalo, že mezi staršími věkovými kategoriemi přibývá osob, které se hlásí k nějakému konkrétnímu náboženskému vyznání. Zatímco v kategorii do 50 let spíše tato čísla stagnují. Tento vysoký počet náboženského vyznání ve starších ročnících, je dán tím, že současná seniorská populace kdysi prošla náboženským vzděláním ve školách a také intenzivnější náboženskou výchovou v rodinách. (Doskočil, Uxová, 2008)

Graf 8 mapuje otázku, zda se měnil postoj k víře během života pacienta, kterou uvedl v otázce č.7, 58 % (58) osob uvedlo, že se jejich postoj k dosavadní víře neměnil, u 8 % (8) spíše ne, 18 % (18) pacientů uvedlo, že se jejich víra změnila, u 13 % (13) pacientů se spíše změnila, a 3 % (3) lidé odpověděli neví. Respondenti měli možnost se k této otázce konkrétněji vyjádřit a z dotazníků vyplynulo následující. Jeden respondent ve věku od 18-30 let byl od dětství nucen vykonávat všechny náboženské praktiky, ale s postupem času začal vnímat kostel ne jako místo, kde se lidé modlí, ale kde si může člověk popřemýšlet sám nad sebou a ne nad náboženstvím jako takovým. Lidé ve věku od 61-75 let, kteří se k této otázce vyjádřili a u kterých se víra během života změnila, se často zmiňovali o svém dětství, kdy je rodiče vedli k uctívání Boha, museli chodit do náboženství, ke svatému přijímání, ale jednoho dne přišel zlom, nějaká tragická událost, kdy jim v rodině zemřel manžel/ka nebo příbuzný a Boha začali vnímat jako nespravedlivou osobnost a od náboženství upustili. Dále s přibývajícím věkem zjišťovali, jak církev v minulosti pochybila a dopustila se mnoha chyb, také většina z nich poukazovala na dnešní obohacení se církve, proto se od náboženské víry distancovali. Přesto u 58 % (58) osob se postoj k jejich víře během života neměnil a u 8 % (8) osob se spíše neměnil. Jak uvádí Vágnerová, potřeba víry vyjadřuje lidskou potřebu smyslu života. (Vágnerová, 2000) Domnívám se, že pro mnohé z nás je víra důležitá, ale důležitost víry právě vyvěrá na povrch v bezvýhodných situacích, kdy máme pocit, že jsme ztratili vše.

Výsledky z grafu 9.1 jsem porovnávala s názorem Vágnerové, která říká, že u starších lidí význam religiozity stoupá, a že stáří, kdy se životní hodnoty ztrácejí, je důležitá Boží existence, jistota zakotvení, které se neuvazuje jen na dobu tělesného života. (Vágnerová 2000) Na otázku zda se respondenti s přibývajícím věkem obrací

k náboženství, odpověděli dotazovaní ve věku nad 75 let ano a spíše ano 17 pacientů z 31 % (31) osob, což je téměř 55 %. Ve věku od 61-75 let 17 pacientů z 38 % (38) osob, tj. téměř 45 %. Ve věku od 46-60 let jen 3 respondenti z 15 % (15), což je 20 %. Ve věku od 31-45 let jen 1 z 5 % (5) pacientů, tj. také 20 % a ve věku od 18-30 let 2 z 11 % (11) osob, což je 18 %. Můžeme tedy říci, že hypotéza č.1 - důležitost spirituálních potřeb stoupá s věkem, se na základě výsledků z dotazníkového šetření potvrdila.

Graf 10.1 mapuje otázku, zda je pro pacienty důležitá náboženská víra v jejich životě. Ano a spíše ano odpovědělo 20 respondentů z 31 osob ve věku nad 75 let, což je téměř 65 %. Ve věku od 61-75 let odpovědělo ano a spíše ano 18 z 38 osob, tj. téměř 50 %. Mezi 46-60 lety odpověděl ano 1 pacient z 15 respondentů, což je téměř 10%. Ve věku od 31-45 let odpověděl 1 z 5 pacientů, což je 20 % a ve věku od 18-30 let odpověděl 1 pacient z 11 osob, tj. kolem 10 %. Víra stabilizuje hodnotový systém a jistotu určitého řádu a pravdy. Pro staré lidi je důležitá jejich víra, tj. duchovní hodnoty. (Vágnerová, 2000). Domnívám se, že pro starší lidi je zakotvení v náboženské víře důležité, zde nalézají osobu (Boha), která jim naslouchá a chápe jejich starosti. Vykonáváním rituálů den nabývá smyslu a pocitu potřebnosti v této moderní uspěchané době. Můžeme říci, že důležitost náboženské víry v životě člověka mírně stoupá s věkem a hypotéza č. 1 – důležitost spirituálních potřeb stoupá s věkem, se také potvrdila.

Otázka č. 11 je vyobrazena v tabulce 1., která zobrazuje kde nebo v čem čerpají lidé svoji životní sílu a naději. Otázka byla otevřená a pacienti se nejčastěji zmiňovali o své rodině, kterou uvedli 52x, dále 24x uvedli víru spolu s modlitbou, 22x lidi a své přátele, 10x to byla příroda, 8x čerpá sílu v sobě, 5x uvedli pohyb, 4x pozitivní myšlení, 3x četba knih a 3x myšlenky na budoucnost, 1x jídlo, 1x odpočinek, 1x pěkné ženy, 1x víra v lékaře. Celkem je jich 135, tedy lidé uváděli více zdrojů síly a naděje. Je zajímavé, že jen 24x pacienti uvedli víru spolu s modlitbou a to z celkového počtu 48 respondentů věřících v Boha. Zdá se, že většina pacientů hledá sílu ve své rodině a příbuzných. Jak uvádí Jankovský, rodina vytváří vzájemné sociální vztahy a je místem, kde člověk může najít pocit bezpečí, jistotu a důvěru. (Jankovský, 2003).

Otázku č. 12 mapuje tabulka č. 2., jak lidem religi0zn0m pomáhá n0boženství vyrovnat se s jejich nemoc0. Pacienti 19x uvedli modlitbu, která jim v jejich nemoci dává určitou nad0ji a sílu žít dál. 12x odpověděli, že svoji nemoc berou jako úděl, který jim byl dán Bohem a jsou tak klidnější. 9x uvedli, že na nemoc nejsou sami, mají přece vedle sebe Boha. 8x odpověděli, že jim n0boženství v0bec nepomáhá vyrovnat se s nemoc0 a tak spol0hají sami na sebe a 4x uvedli, že svoji nemoc s n0boženstv0m, které vyznávají, nespojují. Špirudová říká, že lidé často věří, že nemoc ustoupí vlivem modlitby, slibů a pokání. Myslí si, že lékaři léčí jen tělesné příznaky choroby, ale skutečně se vyléčí, jen pokud jim bude odpuštěno. Obvykle duchovní přesvědčení pomáhá lidem se lépe vyrovnat s chorobou, dokáže být přístavem klidu a víry v době krize. (Špirudová, 2006).

Otázka č. 13 je vyobrazena v tabulce č. 3, jak se lidé nereligi0zn0 vyrovávají se svoj0 nemoc0. Nejvíce a to 14x uvedli, že jim v nemoci pomáhá rodina a blízcí přátelé, dále 13x odpověděli, že věří v léčbu lékařů, 13x spol0hají sami na sebe, 9x se snaží myslet na pozitivní věci, 6x si promítají budoucnost, co budou dělat, až budou zdravý, 4x uvedli, že se vyrovnávají s nemoc0 velmi těžko, 2x odpověděli, že spol0hají na osud, 1x uvedli četbu knih a 1x jim pomáhá příroda. Zacharová uvádí, že dospělý hospitalizovaný člověk negativně vnímá přerušení sociální vazby s rodinou, a tak projevy pochopení a podpory při návštěvách a ujistění o kladné situaci v rodině, mohou pacientovi zvednout náladu a příznivě ovlivnit jeho zdravotní stav. (Zacharová, 2007).

Otázku č. 14 mapuje tabulka 4, kde jsou uvedeny duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů. Nejčastěji jako duchovní potřebu uvedli šťastnou rodinu a to 13x, dále 10x modlitbu, 10x kontakt s lidmi, 9x uvedli bohoslužbu, 9x lásku, 8x víru, 8x si nedokázali nic pod tímto pojmem představit, 5x držet se dobré cesty, vše 4x uvedli lehkost na duši, spravedlnost a poctivost, cítit se zdrav, dobrou knihu a přírodu. 3x uvedli rozmluvu s Bohem, 3x zastavit a zamyslet se, 3x zpověď. Vše 1x uvedli dodržování desatera, nadpřirozená síla, smíření se stavem věcí, zapálit sv0čku, děj ve světě, víra lékařům, četba Bible, vlastní síla, přátelství, zkušenosti. Zde můžeme vidět, že nen0boženské duchovní potřeby jsou u hospitalizovaných také rozšířené. Neboť každý člověk potřebuje nějakou spiritualitu – každý potřebuje mít víru, smysl svého

života a konání (Mašát, 2006). Říčan uvádí, že existují i nenáboženské spirituální potřeby. Tím se myslí, že je možné mít spirituální potřeby nezávislé na jakékoli organizaci a učení, že člověk může mít potřebu prožitku při vrcholné zkušenosti v přírodě, v milostném vztahu, při porodu nebo jiné existenciální události. Dále pacienti uváděli jako duchovní potřebu kontakt s lidmi, o které píše Říčan. Lidské vztahy mají za určitých okolností spirituální povahu potřeby, protože jejich zakoušení a prožívání má kvality jako spiritualita. (Říčan, 2007) Druhá polovina respondentů pojem spirituální potřeba pojala z náboženského hlediska. Tito lidé věří, že je něco přesahuje, ví kde hledat pomoc na koho se obrátit a co je pro ně tou duchovní potřebou. (Mašát, 2006)

Široká škála odpovědí je na otázku č. 18, na co při své nemoci nejčastěji myslí pacienti. Tabulka 5 zobrazuje myšlenky hospitalizovaných pacientů. Nejčastěji respondenti volili zdraví 43x, 32x volili rodinu, 13x odpověděli, že myslí na to, být brzy doma, 10x uvedli budoucnost, vše 4x zvolili jak být ještě užitečný, na Boha, jak žít dál, na strach z bolesti, na smrt, proč se to stalo právě jim, 3x na jídlo, 3x vzpomínky, 2x práce, 1x na setkání s rodinou po smrti, 1x na klid. Je obecně známo, že každý z nás, si na nemocničním lůžku přeje uzdravení a setkat se opět se svou rodinou, neboť rodina je zázemím a dává pacientovi najevo svůj zájem o nemoc a o cíle vedoucí k uzdravení. (Zacharová, 2007) Zajímavé je porovnání grafů 18 na co myslí při své nemoci religiózní a graf 18.1 nereligiózní pacienti. Religiózní pacienti se zmiňovali o myšlenkách na smrt, kdežto nereligiózní se o této možnosti vůbec nezmínili. Religiózní pacienti jsou přesvědčení, že smrt je pouhým svléknutím fyzického těla. To, že zemře tělo je evidentní, tito lidé tak věří, že se od tělesné schránky odpoutá duše a ta bude žít dál. (Haškovcová, 2007) Jankovský říká, že religiózní člověk nechápe smrt jako definitivní konec života, chápe jej jako život v plnosti, který překračuje všechny hranice, tedy i smrt. Z křesťanského pohledu je to vědomí, že jsme v paměti Boží. Tento člověk svoji smrt netabuizuje. Zatímco většina lidí smrt hází do kouta, neboť převládá kult zdraví, úspěchu, výkonu a majetku. Moderní člověk se snaží na smrt zapomenout, proto jí různě maskuje a ohlupuje sebe i druhé. (Jankovský, 2003) Zatímco religiózní lidé uváděli myšlenku na smrt, u nereligiózních se objevila myšlenka na strach z bolesti.

Křesťanské stanovisko poukazuje na víru, která vidí v bolesti a utrpení prostředek spojení člověka s Kristem. Bolest tak činí člověka mnohem vnímavějším pro Boha, proto většina těchto lidí nemá strach z bolesti. (Jankovský, 2003) Většina nereligiózních pacientů vsází jen na lékařskou péči, ta jim má ulevit od bolestí, zbavit je utrpení a strastí. Zatímco religiózní lidé mají v podvědomí Boha. Cítí, že nejsou na nemocničním lůžku na svou nemoc sami a odkázání jen na medicínský zákrok.

V otázce č. 19 jsem se respondentů ptala, zda mají nějaké náboženské praktiky, které jim pomáhají v jejich nemoci. 53x dotazovaných uvedlo, že nemá žádné praktiky, které by jim pomáhali v jejich nemoci, 39x uvedli pacienti modlitbu, 33x bohoslužbu, 13x svaté přijímání, 12x respondenti uvedli čtení Bible a jiné náboženské literatury, 7x uvedli zpověď, 7x měli jiné praktiky a jen 2x uvedli, že jim pomáhá rozhovor s duchovním. Lidé, kteří uváděli jiné náboženské praktiky a rituály se nejčastěji zmiňovali o návštěvě budovy kostela, kde načerpají sílu z atmosféry této budovy, dále hovořili o rozhovoru s Bohem a poděkování mu za celý prožitý den a jeden pacient uvedl, že si vybírá z několika náboženství jen to, co mají světová náboženství společné. Nejčastěji volili pacienti modlitbu. Říčan uvádí, že modlitby za uzdravení jsou známé v náboženských komunitách. Bůh tak zasáhne zázračným způsobem a tak zároveň posílí víru i zdraví. (Říčan, 2007) V modlitbě může člověk sdělit svá trápení a problémy, svá přání, podělit se o zážitky ze dne, které prožil a díky tomu se mu uleví na duši. Dále jako nejčastěji zmiňovaným náboženským rituálem byla návštěva bohoslužby. Účast na bohoslužbě i soukromá modlitba umožňují pocity podpory v bezmocnosti, závislosti a osamělosti. Může jít o prožitek sounáležitosti s Bohem. Většinou starším lidem nabízí srozumitelné intelektuální podněty a dává jim smysl dál žít. (Vágnerová, 2000)

Další zajímavé zjištění dala otázka č. 21, zda si pacienti myslí, že svoji nemoc snášejí lépe věřící lidé než nevěřící. Tuto otázku mapují grafy 16 a 16.1. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů odpovědělo 69 % (69) ano, 16 % (16) uvedlo, že ne a 12 % (12) na tuto otázku nedokázalo odpovědět. Pacienti tuto otázku pojali tak, že pod pojmem věřící si představili člověka, který praktikuje nějaké náboženství. Graf 16.1 zobrazuje názory religiózních a nereligiózních pacientů na otázku, zda snášejí svoji nemoc lépe věřící než nevěřící pacienti. Odpověď ano uvedlo 41 % (41) religiózních a



28 % (28) nereligiózních, odpověď ne uvedlo 3 % (3) religiózních a 13 % (13) nereligiózních a odpověď nevím uvedlo 5 % (5) religiózních a 7 % (7) nereligiózních. Důvody proč odpověděli religiózní i nereligiózní lidé ano nejčastěji byly - víra jim pomáhá a také Bůh, nejsou tak v nemoci sami. Mají nějakou naději, že je čeká něco po smrti. Mají komu (Bohu) říct své těžkosti a problémy. Na lůžku se nesoustředí jen na svou nemoc, ale modlí se k Bohu. Modlitba jim přináší úlevu a své utrpení většinou přenáší přes sebe a zvládají ho lépe. Jiní uváděli, že je jednodušší svést svoji nemoc na to, že tak Bůh chtěl. Další pacienti, kteří odpověděli, že lidé věřící nesnášejí nemoc lépe, uváděli jako důvod to, že bolest vnímá každý stejně věřící i nevěřící. Odkazovali se na působení osudu, že to co se má stát, se stane. Říčan uvádí, že Američané Koeing a Larson zjistili, že religiózní lidé jsou méně úzkostní a depresivní, jsou šťastnější, častěji vidí svůj život jako smysluplný. Zapojením se do náboženských skupin se jejich stav zlepšuje. (Říčan, 2007).

1. hypotéza - důležitost spirituálních potřeb stoupá s věkem, se potvrdila. Lidé s postupujícím věkem se mírně obracejí k náboženství, kde hledají intelektuální podněty, například návštěva bohoslužby je pro ně smysluplnou náplní jejich života. Církevní společenství dává starším lidem určitou sociální roli, kterou v běžné populaci už nenachází. Ve společenství farníků cítí, že jejich sociální role je uznávanější a má v ní užší vztah s těmito lidmi. Cítí také, že jejich životní hodnoty se ztrácejí a upínají se k duchovní jistotě. Jistota je pro ně zakotvení, které není vázáno jen na dobu fyzického života. (Vágnerová, 2000) Důležitost náboženské víry v životě člověka taktéž mírně stoupá s věkem. Starší lidé potřebují nějakou jistotu. Náboženská víra vyjadřuje postoj k tomu, co nás přesahuje a umožňuje člověku zakotvení v Bohu, čímž nám dává životní jistotu. (Jankovský, 2003)

2. hypotéza - prožívání nemoci u religiózních a nereligiózních pacientů se liší, se také potvrdila. Porovnávala jsem, jak se vyrovnávají s nemocí religiózní a nereligiózní pacienti. Religiózní pacienti se spíše upínají k náboženským praktikám, na které spoléhají. V prožívání nemoci jsou klidnější, neboť mají svou víru a Boha – nejsou tak na nemoc sami a nemoc beru jako úděl. Někteří uváděli, že víra jim nepomáhá a neslučují svoji nemoc s vírou. Nereligiózní pacienti se více upínají k sociálním vazbám,

tedy k rodině a přátelům, spoléhají více na lékařskou péči a zdravotnický personál, většina z nich se spoléhá na sebe a na své pozitivní myšlení, také je pro ně hnacím motorem budoucnost, kterou neustále plánují. Někteří se zmínili o tom, že s nemocí se vyrovnávají jen velice těžko. Důležité je, zmínit se o myšlenkách pacientů při hospitalizaci. Religiózní i nereligiózní pacienti se shodovali v myšlenkách na rodinu, na brzké uzdravení a na domov. Zajímavá myšlenka nastala u religiózních pacientů, kteří uváděli, že občas myslí na smrt, kterou neodsouvají z běžného života a netabuizují ji. Nereligiózní lidé se o myšlenkách na smrt nezmínili ani v jednom případě, ale často uváděli, že mají strach z bolesti, která může v průběhu hospitalizace přijít. Většinou jim chybí víra, která vidí v bolesti a utrpení prostředek spojení člověka s Kristem. Bolest tak činí člověka mnohem vnímavějším pro Boha. (Jankovský, 2003)

## 6. Závěr

Spirituální sféra je součástí holistického pojetí. Je tedy součástí každého člověka, nevyjímaje lidi bez náboženského vyznání, jak se mylně většina pacientů, ale i zdravotníků domnívá. Zdravotní pracovníci by neměli opomíjet spirituální potřeby člověka a neměli by zapomínat, že důležitost spirituálních potřeb je značná především ve stáří. Spirituální potřeby se tak stávají oporou a zázemím v době nemoci nebo jakýchkoliv problémů. Spirituální otázky si klade každý člověk, někteří na ně odpovídají svými myšlenkovými pochody, jiní zase hledají spojitosti v různých náboženstvích.

Výzkum jsem prováděla ve dvou krajích – v Moravskoslezském a Plzeňském kraji, abych dosáhla objektivního vzorku respondentů, neboť jak je zřejmé, postoj k náboženství je mezi těmito kraji odlišný.

Mým cílem bylo zjistit, jaké spirituální potřeby mají hospitalizovaní pacienti a jak se liší prožívání nemoci u hospitalizovaných religiózních a nereligiózních pacientů. Spirituálních potřeb bylo nepřeberné množství, proto jsem je rozdělila na náboženské a nenáboženské spirituální potřeby. Starší lidé většinou uvedli ty náboženské spirituální potřeby, ve kterých nachází smysl a jistotu života a kde jejich sociální role stále trvá. Tyto potřeby mírně stoupají s věkem, což se tímto potvrdila hypotéza č. 1. Nenáboženskými spirituálními potřebami pro starší věkovou skupinu se stala rodina a pro mladší respondenty láska.

Hypotéza č. 2 prožívání nemoci u religiózních a nereligiózních pacientů se liší, se taktéž potvrdila. První skupina se se svou nemocí vyrovnává prostřednictvím náboženských rituálů a přítomností Boha, nereligiózní pacienti spoléhají na svou rodinu a přátele a také věří v lékařskou péči. Kam zabíhají myšlenky hospitalizovaných pacientů, jsem se ptala jak religiózních, tak nereligiózních. Obě skupiny se shodovaly při myšlenkách na rodinu, na brzké uzdravení a na domov. Zajímavá myšlenka nastala u religiózních pacientů, kteří uváděli, že občas myslí na smrt, kterou jak se zdá, neodsouvají z běžného života. Nereligiózní lidé se o myšlenky na smrt nezmínili ani v jednom případě, ale často uváděli, že mají strach z bolesti, která může v průběhu hospitalizace přijít. Většinou jim chybí víra religiózních pacientů, která vidí v bolesti a

utrpení prostředek spojení člověka s Kristem. Bolest tak činí religiózního člověka mnohem vnímavějším pro Boha a naopak nereliózní člověk nevidí v bolesti nic pozitivního. (Jankovský 2003)

Domnívám se, že duchovní potřeby v nemocnicích nejsou ještě zcela otevřeným tématem a většina zdravotníků se ostýchá o nich mluvit nebo z nedostatku času ani nemohou, zatímco někteří pacienti by tuto pomoc rádi přivítali. Proto bychom i my budoucí sociální pracovníci měli mít na paměti tuto spirituální dimenzi člověka a neměli bychom ji opomíjet ani za nemocničními zdmi.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. AUGUSTYN, J. *Být otcem*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004. 235 s. ISBN 80-7192-581-0
2. BARTÁK, J, et. al. *AŽ malá ilustrovaná encyklopedie*, Praha: Encyklopedický dům, 1999. 1213 s. ISBN 80-86044-12-2
3. DOSKOČIL, O., UXOVÁ, M. *Spirituální služba v domovech pro seniory. Kontakt*, České Budějovice: JU ZSF 2008. Vol.10. no, s. 41-44.
4. EVANGELISTA, J. 1 Jana. In: *Bible*, Český ekumenický překlad. Praha, 1979, s. 962, 1 J 4:8
5. FIŠER, Z. *Plný život ve stáří*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. 191 s. ISBN 80-7192-381-8
6. FRANKL, V., E. *Psychoterapie a náboženství: Hledání nejvyššího smyslu*, 1. vyd. Brno: Cesta, 2007. 87 s. ISBN 80-7295-088-6
7. HALÍK, T. *Vzýván i ne vzýván: Evropské přednášky k filozofii a sociologii dějin křesťanství*, 1.vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004. 371 s. ISBN 80-7160-692-3
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, 2.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-7262-471-3
9. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I.*, 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
10. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, 1. vydání. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6
11. KNOFLÍČKOVÁ, Z. *Význam religiozity a spirituality ve stáří*. Kontakt, České Budějovice: JU ZSF 2008. roč.10, č.1. s. 172-176
12. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatelstvo I*, 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
13. KRŠIAK, M. *Spirituální jevy vyskytující se u každého člověka a zdraví*. Časopis lékařů českých, Praha: UK Ústav farmakologie 3. LF 2008, č.3. s.148-154

14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, 1.vyd. Praha: ADVENT, 1991. 123 s.
15. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK S. *Poslední úsek cesty*, 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života*, 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 203 s. ISBN 80-247-1370-5
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Spiritualita a religioznost pacienta* [online]. 2005 [cit. 2009-03-02]. Dostupný z WWW: <<http://jaro.krivohlavy.cz/node/90>>.
19. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
20. MAŠÁT, V. *Spirituální potřeby nemocného. Diagnóza: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*, Praha: 2006, roč. 2, č.3, ISSN 1801-1349
21. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2
22. OPATRŇÁ, M. *Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému?* Diagnóza: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky, Praha: 2006, roč. 2, č.3, ISSN 1801-1349
23. OPATRŇÝ, A. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta* [online]. 2006 a [cit. 2009-02-12]. Dostupný z WWW :<[http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel\\_char=&sel\\_tema=111&sel\\_podtema=534&sel\\_text=2135](http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=&sel_tema=111&sel_podtema=534&sel_text=2135)>.
24. OPATRŇÝ, A. *Péče o nemocné* [online]. 2006 b [cit. 2009-03-02]. Dostupný z WWW:<[http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel\\_char=N&sel\\_tema=111&sel\\_podtema=651&sel\\_text=1502](http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=651&sel_text=1502)>.
25. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. 2006. 140 s. ISBN 80-210-4131-5

26. RUMML, P. *Kaplan členem zdravotnického týmu v ÚVN*. Diagnóza: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky, Praha: 2006, roč. 2, č.3, ISSN 1801-1349
27. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*, 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 328 s. ISBN 978-80-7367-312-3
28. SHELDRAKE, P. *Spiritualita a historie: Úvod do studia dějin a interpretace křesťanského duchovního života*, 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2003. 228 s. ISBN 80-7325-017-9
29. SMÉKAL, V. *O lidské povaze: Krátká zamyšlení nad psychickou a duchovní kulturou osobnosti*, 1.vyd. Brno: Cesta, 2005. 203 s. ISBN 80-7295-069-X
30. SVATOŠOVÁ, M. *Postřehy ze školy, kde vyučují umírající* [online]. 1999 [cit. 2009-03-02]. Dostupný z www: <<http://hospice.cz/svatosova/postrehy.htm>>.
31. ŠIMEK, J. *Péče o spirituální potřeby nemocných*. Diagnóza: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky, Praha: 2006, roč. 2, č.3, ISSN 1801-1349
32. ŠPIRUDOVÁ, L., et. al. *Multikulturní ošetřovatelství II.*, 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1213-X
33. ŠTAMPACH, I., O. *Přehled religionistiky*, 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-384-0
34. TÓTHOVÁ, V. *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí : IV.jihočeské ošetřovatelské dny : 29.-30. září 2005 [2005] . Nové trendy v ošetřovatelství. [Díl] IV., . 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita : [s.n.], 2005. s. 61-70. ISBN 80-7040-791-3.*
35. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*, 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0
36. *Veřejná databáze ČSÚ* [online]. 2001 [cit. 2009-04-19]. Dostupný z WWW: <[http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabdetail.jsp?cislotab=OB011+%28kraje%29&vo=tabulka&stranka=5&kapitola\\_id=18](http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabdetail.jsp?cislotab=OB011+%28kraje%29&vo=tabulka&stranka=5&kapitola_id=18)>.
37. VORLÍČEK, J. et. al. *Paliativní medicína*, 1.vyd. Praha: Grada, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1

38. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*, 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5



## **8. Klíčová slova**

Spirituální potřeby

Spiritualita

Náboženství

Religiozita

Spirituální péče

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1 – Dotazník pro pacienty

Příloha č. 2 – Maslowova hierarchie potřeb



**6. Hlásíte se k nějaké církvi?**

ANO, (prosím uveďte):

.....

NE

**7. V „co“ věříte?**

a) Boha

b) nadpřirozenou sílu

b) v sebe

c) v osud

e) nic

f) jiná možnost, (prosím doplňte):.....

**8. Měnil se Váš postoj k víře (vyjádřen v otázce č. 7) během života?**

ANO

SPÍŠE ANO

SPÍŠE NE

NE

NEVÍM

Chcete-li, popište stručně tuto změnu:.....

**9. Myslíte si, že s přibývajícím věkem se obracíte k náboženství?**

ANO

SPÍŠE ANO

SPÍŠE NE

NE

NEVÍM

**10. Je pro Vás náboženská víra důležitou součástí Vašeho života?**

ANO

SPÍŠE ANO

SPÍŠE NE

NE

NEVÍM

**11. Kde nebo v čem čerpáte svou životní sílu a naději?**

Prosím doplňte:

.....

**12. Pokud vyznáváte nějaké náboženství, jak Vám pomáhá se vyrovnávat s Vaší nemocí?**

Prosím doplňte:

.....

**13. Pokud nevyznáváte žádné náboženství, jak se vyrovnáváte s Vaší nemocí?**

Prosím doplňte:

.....

**14. Co je konkrétně pro Vás duchovní potřebou?**

Prosím doplňte:

.....

**15. Setkal/a jste se na tomto oddělení s duchovním (knězem či pastorem)?**

ANO

NE

**16. Využil/a jste služeb duchovního v této nemocnici?**

ANO, (prosím uveďte jakých):

.....

NE

**17. Pakliže jste služeb duchovního nevyužil/a, uvažujete o tom, že je využijete v budoucnu?**

ANO

NE

NEVÍM

**18. Na co při své nemoci nejčastěji myslíte?**

(Prosím doplňte)

.....

**19. Existují ve Vašem životě náboženské praktiky, které Vám pomáhají ve Vaší nemoci?**

(Můžete uvést více možností)

- a) Modlitba
- b) Návštěva bohoslužby
- c) Rozhovor s duchovním
- d) Četba Bible a jiné náboženské literatury
- e) Zpověď
- f) Svaté přijímání
- g) Jiné, prosím uveďte .....
- h) Nemám takovéto potřeby

**20. Máte nějaké osobité pro Vás důležité náboženské praktiky a rituály?**

ANO, Prosím uveďte jaké:

.....

NE

**21. Myslíte si, že věřící lidé snášejí svoji nemoc a utrpení lépe, než nevěřící lidé?**

ANO (Prosím uveďte důvod):

.....

.....

NE (Prosím uveďte důvod):

.....

.....

NEVÍM

*Ještě jednou Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.*

## Příloha č. 2 – Maslowova hierarchie potřeb

