



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Spirituální potřeby pacientů, očima sester na  
odděleních dlouhodobé a následné péče.**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Aneta Jehlíková

**Vedoucí práce:** Mgr. et. Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Spirituální potřeby pacientů, očima sester na odděleních dlouhodobé a následné péče.*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne .....2020 .....

Aneta Jehlíková

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za milý přístup, trpělivost, poskytování cenných rad a za čas, který mi věnoval při psaní mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat zdravotním sestřám za jejich ochotu a čas, který mi věnovaly, a za poskytnutí informací, bez kterých bych svoji bakalářskou práci nemohla dokončit.

# **Spirituální potřeby pacientů, očima sester na odděleních dlouhodobé a následné péče.**

## **Abstrakt**

Teoretická část této bakalářské práce se zaměřuje především na témata týkající se spirituálních potřeb a spirituální péče. První podkapitola se zabývá holistickým konceptem a potřebami nemocných. Je zde popsáno, co je to potřeba a primární charakteristika jednotlivých základních potřeb. Druhá podkapitola je orientována především na spirituální péči, ale také jsou zde zmíněny termíny, které jsou s ní úzce spjaty jako například pastorační péče a nemocniční kaplan. V zapomnění nepřišla ani minulost spirituální péče, která sahá až do daleké historie. Poslední podkapitola se věnuje oddělením následné a dlouhodobé péče, kde jsou tyto pojmy rozděleny a vysvětleny. Nachází se zde informace, co přesně zahrnuje péče sester na tomto oddělení.

Výzkumná část se zpočátku věnuje Výzkumnému cíli, který je definovaný: *„Zjistit, jak sestry na odděleních následné a dlouhodobé péče vnímají pojem spirituální (duchovní) potřeby, zda a jaké spirituální potřeby rozeznávají a jak na ně reagují. Zjistit celkovou úroveň a organizaci duchovní péče na daném oddělení.“* Vzhledem ke stanovení cíle jsme pro svoji bakalářskou práci vybrali kvalitativní výzkum a jako techniku sběru dat jsme vybrali polostrukturovaný rozhovor, který probíhal individuální formou.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry mají základní povědomí o spirituální péči a spirituálních potřebách, ale v jejich vědomostech jsou určité mezery. Například řada sester se domnívá, že spirituální péče slouží pouze věřícím pacientům. Dále bylo zjištěno, že sestry umí dobře reagovat na spirituální potřeby pacienta a shodují se v postupu jejich naplnění.

Práce nabízí komplexní pohled na spirituální péči očima sester. Výstupem práce je informační materiál pro zdravotní sestry a pacienty.

## **Klíčová slova**

Spirituální péče, spirituální potřeby, nemocniční kaplan, oddělení následné péče, oddělení dlouhodobé péče, spiritualita, potřeby pacienta

# **Spiritual needs of patients through the eyes of nurses at departments of aftercare and long-term care**

## **Abstract**

The theoretical part of this bachelor thesis is primarily concerned with topics of spiritual needs and spiritual care. The first chapter inquires into the holistic concept and the needs of people with illnesses. What is the need and what are the main characteristics of particular basic needs is described there. The second chapter engages in the spiritual care, but there are also other terms mentioned; the pastoral care or the hospital chaplain, for instance. The past of the spiritual care is not omitted either, as it reaches into the remote history. The last chapter is concerned with departments of aftercare and long-term care and these terms are explained there. Information about nurses' work at such departments is provided, as well.

The research part of the thesis addresses the research aim that is defined in this way: To learn how nurses at departments of consecutive and long-term care perceive the idea of spiritual need, if they recognize particular spiritual needs and how they react to them. To learn the overall spiritual needs standard and organization at individual departments. Methodologically, because of the research aim, qualitative research design has been chosen and the data has been collected through semi-structured interviews, individually with respondents.

The research uncovered that nurses have a basic awareness of spiritual care and spiritual needs but they still miss some knowledge. For example, many nurses believe that spiritual care serves only to believing patients. Another finding reveals that nurses are able to rightly react on spiritual needs of the patient and they agree on the process of spiritual needs' fulfilment.

The thesis offers a complex insight into nurses' view of spiritual care. The output of the thesis is an information material for nurses and patients.

**Keywords:** spiritual care, spiritual needs, hospital chaplain, department of aftercare, department of long-term care, spirituality, patient's need

## **Obsah**

<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>9</b>
1.1 Holistický přístup k pacientovi/ klientovi .....	9
1.1.1 Biologické potřeby .....	9
1.1.2 Psychické potřeby .....	10
1.1.3 Sociální potřeby .....	10
1.1.4 Spirituální potřeby .....	11
1.2 Spirituální péče.....	11
1.2.1 Historie spirituální péče .....	13
1.2.2 Spirituální péče poskytována nemocničním kaplanem.....	15
1.2.3 Spirituální péče v ošetrovatelství .....	18
1.2.4 Spolupráce mezi všeobecnou sestrou a nemocničním kaplanem .....	20
1.3 Ošetrovatelská péče na oddělení následné a dlouhodobé péče .....	21
1.3.1 Specifika ošetrovatelské péče v dlouhodobé péči.....	22
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>24</b>
2.1 Cíle práce .....	24
2.2 Výzkumné otázky.....	24
<b>3 Metodika.....</b>	<b>25</b>
3.1 Metodika výzkumu.....	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	26
<b>4 Výsledky .....</b>	<b>28</b>
4.1 Seznam jednotlivých kategorií a podkategorií.....	29

4.2	Spirituální potřeby.....	30
4.3	Nemocniční kaplan.....	33
4.4	Spirituální péče.....	40
<b>5</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>52</b>

## Úvod

Pojem spirituální potřeby slyšíme ve zdravotnictví poslední dobou velmi často, ale i přesto mnoho lidí i ze strany zdravotníků neví, co si pod ním přesně představit. Často mají lidé ve spojení s těmito slovy představu kněze v bílém rouchu s kolárkem a s biblí v ruce, který si to směřuje k těžce nemocnému pacientovi a jde mu dát „poslední pomazání“, ale tak to není, to je pouhá zkreslená představa. Spirituální péče může probíhat i touto formou, ale má jich mnohem více a může být poskytována třeba i pouhým rozhovorem s nemocničním kaplanem či sestrou.

V této bakalářské práci se pokusíme tento pojem více specifikovat. Spirituální potřeby patří mezi základní potřeby člověka, které bezvýhradně musí být zohledněny ve zdravotnických zařízeních a nesmí být zapomínány. Spirituální péči u nás v našich nemocnicích poskytuje především nemocniční kaplan, který by měl být k dispozici v každé nemocnici. Nemocniční kaplan ale svoje služby nevnucuje, pouze nabízí a sestry jsou zvyklé se při příjmu pacienta na oddělení pacienta doptávat, zda má zájem o jeho služby.

V rámci ošetrovatelské praxe musí být sestry schopné určit, kdy by bylo vhodné pacientovi opětovně nabídnout služby nemocničního kaplana a vyhodnotit danou situaci. Musí mít dobré komunikační schopnosti, aby se domluvily s pacientem či jeho rodinou, pokud si nemocný není schopný sám říci. Sestry také musí být obeznámeny s právy pacienta a umět ho správně namotivovat, aby zapracoval na sobě a na své vnitřní pohodě.

Při své ošetrovatelské praxi jsem měla možnost vidět několikrát, jak probíhá návštěva pacienta nemocničním kaplanem, a reakce pacienta, která následovala po ní. Téma této bakalářské práce jsem si vybrala především proto, abych se o této problematice dozvěděla více a abych si doplnila informace a ucelila celkový názor na spirituální péči a služby nemocničního kaplana.



# 1 Současný stav

## 1.1 Holistický přístup k pacientovi/ klientovi

Za holistickou péčí o pacienta považujeme propojení a naplňování potřeb pacienta v oblastech biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Pacienta ošetřujeme jako celistvou bytost, která má všechny tyto potřeby a nezaměřujeme se pouze na konkrétní nefunkční část (Bužgová a Plevová, 2011). Holistická péče o pacienta tkví ve spolupráci několika odborníků. Jak odborníků lékařských, tak i nelékařských (Hudson a Rumbold, 2005). Abychom ošetrovatelskou péčí o pacienta prováděli správně a efektivně, je nezbytné ji poskytovat na základě zjišťování potřeb člověka. Potřeba je dynamická síla, která vzniká na podkladě nadbytku nebo nedostatku. Pokud nedochází k uspokojení minimálně jedné z nich, dochází k nerovnováze lidského organismu (disharmonii). Abychom se dostali zpět do rovnováhy, musí během celého lidského života docházet k saturaci těchto potřeb (nasyčení). Při této saturaci dochází k obnově rovnováhy organismu. Tyto potřeby jsou u každé lidské bytosti naplňovány jiným způsobem, a proto je třeba k nim přistupovat individuálně. Lidské potřeby se během života mění, v každém věkovém období jsou upřednostňované jiné potřeby (Burda a Šolcová, 2016).

### 1.1.1 Biologické potřeby

Mezi biologické či základní potřeby Plevová (2011) i Svatošová (2012) řadí vše, co potřebuje lidský organismus k životu. Můžeme sem zařadit přijímání stravy, tekutin, vyprazdňování, výměnu kyslíku a oxidu uhličitého a udržování termoregulace. Motlová a Opatrný (2010) přidávají k těmto potřebám i potřeby smíchu a pláče. Jak napsala Šamánková (2011) do biologických potřeb patří i potřeba být bez bolesti, která hraje u člověka velkou roli a ovlivňuje pacientovu psychiku. Plevová (2011) dále doplňuje, že v období zdraví si samostatný dospělý jedinec své základní potřeby umí zajistit sám, ale jakmile postihne člověka nemoc a změní se jeho samostatnost, je třeba tyto potřeby zajistit. Zaměříme-li se blíže na nemocniční prostředí, kdy organismus postihne nějaká nemoc, je třeba všechny tyto potřeby uspokojit, a to co nejšetrněji tak, aby byl zachován komfort a důstojnost pacienta. Prioritou je také, aby se pacient co nejvíce podílel na plnění těchto funkcí aktivně, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí.

### ***1.1.2 Psychické potřeby***

Psychické potřeby se skládají z psychických jevů a stavů člověka, jsou zcela individuální a podle aktuálního rozvoje osobnosti také souvisejí s tím, jak daná osoba prožívá konkrétní situace a v jakém je psychickém rozpoložení (Šamánková, 2011). Do psychických potřeb můžeme zařadit pocit jistoty, lásky, sounáležitosti, uznání a důstojnosti (Plevová, 2011). Respektování lidské důstojnosti je jedna z nejvýznamnějších potřeb z psychické oblasti, kterou je zapotřebí plnit i u pacientů v terminálním stavu a u lidí v bezvědomí, kdy se na tento respekt často zapomíná. Stále je tento pacient lidská bytost a je zapotřebí s ním tak zacházet (Svatošová, 2012). Důležité je utváření vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem tak, aby mezi oběma subjekty nastala určitá důvěra a tím byla naplněna alespoň částečně potřeba bezpečí (Jankovský, 2018). Psychika je oblast, ve které si člověk uvědomuje a zpracovává ovlivnění nemocí, radost z dobré zprávy, zklamání a depresi ze špatné (Prokop, 2006).

### ***1.1.3 Sociální potřeby***

Motlová a Opatrný (2010) řadí do sociálních potřeb, potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu informovanosti a potřebu být vyslechnutý. Pro člověka je přirozené žít ve společnosti, už od narození se člověk socializuje, a proto nemůžeme na tyto potřeby zapomínat ani v nemocnici. Sociální potřeby se mohou v nemocnici prohlubovat či naopak vznikat sociální izolace, ale zdravotnický personál by se měl snažit o to, aby tato situace nenastala. Sociální potřeby se naplňují např., když sestra ošetřuje pacienta, promluví s ním, naváže kontakt a tímto se uspokojí i pacientovy sociální potřeby. Svatošová (2012) se zaměřuje na to, že člověk často nechce nemoc a bolest prožívat sám, jak je lidově známo „ve dvou jde všechno lépe“, a proto bychom se toho měli držet, např. pacienta vyslechnout a nenechat ho samotného v těžkých životních situacích. Pokud je to možné, poskytnout mu prostor pro návštěvu nebo si s ním přátelsky popovídat a vyslechnout jej. Šamánková (2011) spojuje sociální potřeby i s kulturními potřebami člověka, jako např. nutkání vzdělávat se. V domovech pro seniory nebo na oddělení následné péče je dobré řešení pro saturaci těchto potřeb kulturní vyžití ve smyslu uspořádání pracovní dílny, divadla, zpívanky či možnost četby literatury. Také pojednává o tom, že do sociálních potřeb můžeme zařadit i potřebu ochrany osobních dat a předávání osobních informací pacienta pouze člověku, kterého

si sám pacient vybere. Plevová (2011) se shoduje s ostatními autory a dále doplňuje sociální potřeby o potřeby přátelství, respektování osob a afiliaci.

#### ***1.1.4 Spirituální potřeby***

Pojmy spirituální potřeby nebo duchovní potřeby jsou totožné a v literatuře se setkáme s oběma slovními spojeními, například Šamánková (2011) uvádí duchovní potřeby a Plevová (2011) používá pojmy spirituální potřeby. Díky totalitnímu režimu byly spirituální potřeby dlouho zavrhovány. V dnešní době již víme o těchto potřebách a neměli bychom je bagatelizovat a tabuizovat. Tyto potřeby jsou širší populací připisovány pouze věřícím lidem, ale často jsou právě lidé bez víry ochotni přijmout „duchovní pomoc“. Tento obraz vzniká z důvodu, že pacienti, kteří jsou nábožensky založeni a hlásí se k nějaké víře, mají více jasno o tom, co se děje v jejich nitru, mají zodpovězené otázky spojené se smrtí, bytím a smysluplností jejich života, na rozdíl od pacientů, kteří jsou v období těžké životní situace na ni „samotní“ a tuto hodnotu nevyznávají (Svatošová, 2012). Člověk je bytost, která jako jediná na světě si uvědomuje svoji vlastní osobnost a smrtelnost (Slabý, 2004). Slabý (2004, s. 449) uvádí „*Ve spirituální dimenzi lidské osoby je přítomna touha, důvěra a láska, jakož i základní životní jistota, která může být formulována a prožívána v náboženské víře*“. Spirituální potřeby má člověk po celý život například potřeby lásky, naděje, smyslu života a víry. V těžkých životních situacích jako je například ztráta blízké osoby, nemoci či bolesti si začíná člověk spirituální potřeby více uvědomovat (Plevová, 2011). Berman (2016) zahrnuje do spirituálních potřeb potřebu odpuštění, které se pacient snaží dosáhnout, když odchází z našeho světa a chce mít všechny svoje věci uzavřené.

#### ***1.2 Spirituální péče***

Spirituální péče, která je zaměřena na saturaci spirituálních potřeb, byla dříve na okraji zdravotní péče, nebrala se za tolik podstatnou, avšak její pochopení může mnoho usnadnit. Týká se například vážně nemocných pacientů, pacientů trpících akutní či chronickou bolestí a při ztrátě blízké osoby (Plevová, 2011). Duchovní péče, jak už bylo výše uvedeno, není určena pouze věřícím a také ji nemusí poskytovat pouze duchovní, jako jsou například kněží, jáhni nebo pastoři. Duchovní péči v určité míře mohou poskytovat erudovaní laici, či odborníci z jiné oblasti, kupříkladu zdravotníci či psychologové (Jankovský, 2018). Mauk a Schmidt (2004) rozlišují termíny spiritualita a náboženství, které často lidé zaměňují a neodlišují je. Spiritualita neboli duchovnost je

něco, co je uvnitř člověka a tvoří to společně jedinečnou osobnost člověka. Může se spojovat s vyššími myšlenkami bytí, ale ne s konkrétním náboženstvím. Náboženství znamená uspořádanou víru spojenou s určitými rituály, charakteristickými pro určité náboženství. Podle studie z roku 2019, kterou vedl Qinqin Cheng et al, u pacientů, kteří si prošli nebo právě bojují s těžkou nemocí, především rakovinou, hraje spirituální péče důležitou roli. Napomáhá ke zvýšené kvalitě života těchto pacientů a k vyrovnávání se s touto těžkou životní situací. Při diagnostice takovéto nemoci v lidském organismu dochází ke změnám ve všech čtyřech dimenzích biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Spirituální péče může těmto pacientům poskytnout oporu při zvládnání a vyrovnávání se s těmito životními událostmi. Také slouží jako zdroj energie a napomáhá jim najít sílu a naději. Pacienti, kteří se ztotožňují s nějakou vírou, se upínají k modlitbám ke svému Bohu nebo zdroji víry. V tomto výzkumu bylo zjištěno, že pacienti, kteří jsou věřící, se lépe vyrovnávají s touto skutečností. Pujol et al (2016) ve svojí studii, která pojednávala o významu spirituální péče u pacientů s rakovinou, zjistil, že pacienti, u kterých se prováděla tato studie, nevyžadovali zajištění spirituální péče pomocí kaplana, ale přáli si především respektování jejich víry jako individuality.

Další pojem, který je zapotřebí si ujasnit v rámci spirituální péče, je pastorační péče. V knize *Pastorace zvláštních skupin Opatrný* (2014, s. 16) popisuje: „*Pastorační péči v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho hledání, obtížích, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje*“. V článku *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních – odkud a kam jdeme?* Od Doskočila (2019) se dočteme, že spirituální péče je poskytována především v nemocničních zařízeních, ale také je k dispozici v jiných institucích, jako jsou například věznice, vojenská zařízení či u policie. Svatošová (2012) upozorňuje na dostatečné řešení spirituální péče v nemocničních zařízeních, ale na její nedostatečnou saturaci v domácí péči, kde spirituální potřeby mají pacienti také, ale nejsou tolik řešeny jako ve zdravotnických zařízeních, kde si jich především sestry všímají a snaží se je naplňovat.

### ***1.2.1 Historie spirituální péče***

Kutnohorská (2010) uvádí, že začátky ošetrovatelské péče nalezneme v raném středověku, kde se upínají především ke křesťanství, ale péče o člověka jako takového je zabudována v mnohem starší historii než křesťanství. Člověk jako lidská bytost má v sobě přirozenou vlastnost, kterou je pomoc druhému, a to se šířilo napříč kulturami před vznikem křesťanství. Žalud (2012) ve svém článku píše, že v Evropě v době středověku mohl léčit každý, kdo si sehnal klientelu a vzbuzoval v potencionálních pacientech důvěru. V té době byli i graduovaní lékaři, kteří se učili na univerzitách, ale nebylo výjimkou, pokud léčil pacienta například kat, hrobník, ras či kněz. Žalud také popisuje důležité propojení lékaře s duchovní stránkou pacienta, a proto se při prvním kontaktu s křesťanským pacientem vždy ptal, zda se již vyzpovídal knězi, či v nejbližší době hodlá tak učinit. Tento krok byl vždy důležitý pro důvěru mezi nimi a také mohl mít i terapeutický význam pro uzdravení pacienta.

Farkašová (2010) zmínila Kelty, kteří žili ve spojení s přírodou a díky jejich znalostem o bylinkách se snažili léčit nemoci, které je trápily. Jednalo se především o bylinkářství, ve kterém vynikaly ženy, které sušily bylinky a dělaly odvary, lektvary či obklady. Tyto léčitelské prvky se dědily a předávaly ústní formou z generace na generaci. Podle Plevové (2011) křesťanství rozvoj ošetrovatelské péče podporovalo, díky jeho filozofii, ve které je zabudována pomoc bližnímu svému. V této filozofii spočívá základní myšlenka, že služba člověku je služba zároveň i Bohu. Křesťanská náklonnost se vyjadřovala především žitím v pokoře a chudobě a pomocí bližnímu. Z takto smýšlejících věřících se postupem času utvářely skupiny, ze kterých vznikaly křesťanské řády a jednou z jejich podstat byla pomoc nemocným. Kutnohorská (2010) poukazuje na to, že na rozvoji ošetrovatelské péče měly vliv války, ve kterých byla potřeba ošetrovatelské péče výrazná, počátky ošetrovatelské péče ve válkách však měly někdy za následek vyšší úmrtnost než samotná válečná zranění vojáků. Přispíval k tomu nedostatek hygienické péče, o které dříve neměli povědomí. Ve válkách vznikaly vojenské řády, ze kterých jsou nejznámější rytíři svatého Lazara a Maltézští rytíři. Tyto řády měly za úkol pečovat o raněné a nemocné vojáky. Historie ošetrovatelské péče lze zjednodušeně rozdělit do tří časových linií. První je laická péče, kterou si poskytoval nemocný sám nebo mu ji zajišťovali jeho blízcí na základě tradic, v jiných historických pramenech ji můžeme najít pod pojmem sebezpečie. Druhá je charitativní péče, kterou chápeme jako péči poskytovanou církví. Tato péče byla poskytována v charitativních

domech. Péče, která zde byla, sloužila především jako morální a humánní pomoc člověku. Poslední skupinou je organizovaná léčebná péče, jejíž začátky sahají ke konci 19. století, kde k rozvoji pomohlo pochopení a dodržování základních hygienických zásad.

Farkašová (2010) popisuje, že v charitativní ošetrovatelské péči či jinak řečeno řádovém opatrovnictví se kladl důraz hlavně na uspokojování nejzákladnějších lidských potřeb, do kterých se zahrnovalo poskytnutí střechy nad hlavou, zajištění stravy, hygiena a duchovní podpora. Kláštery byly první cílené a organizované stanoviště ošetrovatelské péče. Charitativní ošetrovatelství jde ruku v ruce se vznikem církevních řádů. Pomoc bližnímu svému vychází z křesťanství, a proto se mnoho věřících uchýlovalo k péči o nemocné do klášterů, kde poskytovali pomoc potřebným. U klášterů postupem času vznikaly první špitály. Křesťanské řády rozdělujeme do třech skupin. První je církevní, kde řádové sestry žijí v klášteře a respektují řádový život. Druhou jsou rytířské řády, které vznikaly v období válek, a třetí jsou světské, ve kterých tkví filozofie pomoci bližnímu. Mezi nejvýznamnější řády, které se zabývaly ošetrovatelstvím, patří Vojenský a špitální řád svatého Lazara Jeruzalémského, řád milosrdných bratří, řád Křižovníků s červenou hvězdou, diakonky a kongregace milosrdných sester svatého Karla Boromejského (Kutnohorská, 2010). Sukupová ve své diplomové práci (2015) uvádí, že kongregace milosrdných sester svatého Karla Boromejského, byla na našem území vždy nejpočetnější kongregací, a to jí zůstalo do současné doby, kdy sestry Boromejky působí v deseti komunitách v České republice. Opatrný (2017) podotýká, že na našem území to byla především Anežka Přemyslovna, která položila základní kámen nynějšímu zdravotnictví a ošetrovatelské péči. Postavila v naší zemi první špitál a založila řeholní řád, což je špitální řád Křižovníků s červenou hvězdou, tento řád stále existuje a vyskytuje se i na našem území. Postupem času se rozvíjela péče o nemocné, kde se začaly diferencovat potřeby nemocného. Medicína se zlepšovala a vše postupně směřovalo k dnešní zdravotní péči. Téměř v celé Evropě se péče o nemocné začala rozdělovat do rukou státu a církve, stát zohledňoval zdravotní péči a církve se zaměřovala na duchovní stránku pacienta. Maryšková (2015) se věnuje ve svém článku blíže problematice vykonávání spirituální služby v nemocničních zařízeních v období totalitním a pototalitním. Za totalitního režimu, který u nás panoval mezi roky 1948-1989, nemohla být duchovní péče zahrnuta do celistvé péče o pacienta ve zdravotních zařízeních. Pastorační péče byla možná pouze v malém měřítku,

nemocný si mohl sjednat návštěvu svého duchovního ze své církve nebo náboženství, pokud nepatřila mezi ty, které režim neschvaloval.

U Šiklové a její *Vyhoštěné smrti* (2013) jsou zmínky o tom, že kněží, kteří šli za pacienty, museli přicházet v civilním oděvu a přesně v danou návštěvní dobou, tak aby nebylo nápadné jejich posláním, kvůli kterému přišli. Také bylo na personálu, zda návštěvu povolí či ne. V totalitním období nebyly přístupné knihy, ve kterých by našel pacient útěchu či porozumění v rozmezí duchovní péče. Nebyly ani knihy, ve kterých by se zdravotník či někdo jiný dozvěděl informace o pastorační či duchovní péči. První průkopníci přišli až s Pražským jarem a potom dále Helena Haškovcová s jejími literárními díly. Spirituální péče se začala rozvíjet sama o sobě až po sametové revoluci. Jako inspiraci posloužily ostatní země, které byly v této péči o několik kroků napřed (Opatrný, 2017).

### ***1.2.2 Spirituální péče poskytována nemocničním kaplanem***

Ve zdravotnictví je téměř novým pojmem osoba nemocničního kaplana, která je kvalifikována k tomu, aby mohla nemocným, jejich rodině či zdravotnickému personálu poskytnout duchovní podporu (Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví, 2019). Z knihy Opatrného (2017) vyplývá, že spirituální péče, která je kaplanem poskytována, nemusí sloužit pouze k náboženskému sblížení či pojednávat o víře. Nemocniční kaplan je součástí zdravotnického týmu a také součástí paliativního týmu. S nemocničním kaplanem mohou být diskutovány otázky či názory jak o víře, ale také otázky, které jsou od náboženské víry oproštěné. Pacienti v nemoci začínají řešit otázky bytí o tom, co nastane po smrti, proč zrovna oni nebo co si jejich rodina počne po jejich odchodu. Nemocniční kaplan má nedílnou roli, například při ztrátě blízké osoby, kdy jeho role tkví v promluvě s rodinou, která se nemůže vyrovnat s touto ztrátou. Kübler-Rossová (2015) vytvořila model 5 fází, které nalezneme u pacientů vyrovnávajících se se ztrátou osoby, sociálního postavení, zdraví nebo i se ztrátou části těla. První fází, kterou uvádí, je popírání, poté agrese, smlouvání, deprese a poslední je smíření. Jednotlivé fáze mohou být u pacientů jinak dlouhé, nemusí být seřazeny takto po sobě. Pacienti se mohou do fází opětovně vracet a nemusí dojít až do poslední fáze. U pacientů, kterým je poskytnuta spirituální péče a využívají ji, je prokázáno mírnější prožívání fáze deprese.

Doskočil (2019) uvádí, že nemocniční kaplanství ve zdravotnických zařízeních na našem území bylo zahájeno posledním desetiletím 20. století. V tomto období nebyl

ještě zcela sjednocen pojem, pod kterým byl v nemocnici kaplan k dispozici. Byly používány pojmy spirituální asistent nebo pastorační pracovník. Funkce nemocničního kaplana nebyla do této doby oficiálně nikdy legislativně uznávána, proto byl důležitý krok, který udělala Česká biskupská konference s Ekumenickou radou církví v České republice v podobě Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví podepsanou v roce 2006. Z této dohody vyplývá, že nemocniční kaplan, ať už je to žena či muž, musí mít dokončené magisterské teologické vzdělání, splněn kurz pastorační péče a mnoho dalšího, například ovládat základní orientaci ve zdravotnických oborech. Také plyne z této dohody, že ve spirituální péči mohou pomáhat dobrovolníci, kteří mají dokončené bakalářské studium a další navazující studium, jež je nějakým způsobem spjaté s teologií. Do etického kodexu nemocničního kaplana zařazujeme například respektování a hájení důstojnosti pacienta či pacientovi dle jeho prosby uskutečnit kontakt s duchovním z jiné církve či náboženství (Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice, 2006).

Další významný krok v našem zdravotnictví ve směru spirituálních potřeb byl v roce 2011 v zákonu č. 372/2011 Sb. *„přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“)* v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odeprít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak“ (§ 28 odst. 3 j). V neposlední řadě se v roce 2017 uveřejnil Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Nejnovější událost, která pozměnila vztah mezi duchovní péčí a zdravotnickým zařízením, je Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví, jež byla podepsána 11. 7. 2019 mezi Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice. Je to na našem území první dohoda, která určuje přesné vymezení rámce, termínů a plán poskytování spirituální péče ve zdravotnických zařízeních ze strany církve.



Carley a Rumbold (2015) specifikovali určité vlastnosti, které by měl mít nemocniční kaplan, zařadili do nich mnoho aspektů, například optimismus, soucit, pozornost, empatii, při nepříznivých životních událostech především toleranci a přizpůsobivost. Zároveň by kaplan měl mít určitý nadhled, jenž pomáhá věci zlehčit, odlehčit atmosféru, která často působí depresivně, neboť pacient i jeho rodina řeší důležitá životní témata. Další dovedností, kterou by měl kaplan ovládat, je ujmout se role zprostředkovatele mezi zdravotnickým personálem a pacientem, pokud není schopný pacient něco přímo říct personálu, ale svěří se kaplanovi, měl by se snažit taktně pomoci s navázáním respektujícího a důvěrného vztahu mezi pacientem a personálem. Svatošová (2015) uvádí, že nejzásadnější roli však má schopnost naslouchání a doprovázení. Význam slova naslouchání se může zdát jednoznačný, ne však každý si pod ním představí vše, co by mělo splňovat. Význam tohoto slova je slyšet vše i to, co není řečeno slovy, všimnout si nonverbální komunikace pacienta a číst mezi řádky. Všimnout si mimiky, gest, změny tónu hlasu a mnoho dalšího. Při naslouchání je také důležité dávat pacientovi zpětnou vazbu a myslet na to, že nejen nemocniční kaplan pozoruje pacienta, ale i pacient pozoruje kaplana. Pacient dokáže rozpoznat, zda ho opravdu poslouchá, věnuje jeho slovům a pocitům dostatek pozornosti či jen předstírá. Jestliže kaplan vypozeruje z pacientova neverbálního projevu, že má pacient obavy nebo se ještě necítí na komunikaci o spirituálních záležitostech, je třeba vyčkat, až pacient sám projeví zájem o toto téma. Lachmanová popisuje (2004), že slovo naslouchání má kořeny v křesťanství, kde má důležitou roli. Člověk zbožný by měl umět mluvit, ale také i mlčet, proto má i mlčení velký význam při naslouchání. Naslouchání a správná komunikace nepatří pouze nemocničním kaplanům, ale měly by se těmito pokyny řídit i sestry a může jim v tom napomoci kniha Komunikace pro zdravotní sestry od Vneglářové a Mahrové (2006). Jak již bylo výše uvedeno, spirituální péče je poskytována i jinde než ve zdravotnictví a také tam se uplatňují kaplani. Kaplani jsou vojenští, vězeňští, policejní, hasičských sborů, kaplani sloužící pro azylanty a migranty, kaplani školní a vysokoškolští, kaplani pro sociální zařízení a ústavy. Ve všech těchto institucích slouží k naplnění ústavních práv na svobodu náboženského vyznání. Například kaplan u hasičských a policejních sborů slouží k poskytování péče členům těchto sborů, jejich rodině a lidem postiženým živelními či jinými pohromami (Tretera, 2017).

### 1.2.3 Spirituální péče v ošetrovatelství

Berman (2016) uvedl, že spirituální ošetrovatelská péče spočívá především v komunikaci a trávení času s pacientem. Z hlediska ošetrovatelské péče hodnotíme určité deficity a ošetrovatelské diagnózy, které u pacienta mohou nastat. Tyto deficity a diagnózy jsou zaznamenány v knize Ošetrovatelských diagnóz (Herman a Kamitsuru, 2015; Ackley, 2011). Ošetrovatelské diagnózy jsou opatřeny oficiálním číslem, pod kterým je můžeme najít, a jsou sjednoceny pro všechna zdravotnická zařízení. V těchto diagnózách jsou sepsány ošetrovatelské problémy týkající se všech složek potřeb pacienta a jsou zde i potřeby saturující spirituální péči. Hodnotíme zde duchovní pohodu pacienta, kterou můžeme definovat jako: „*Vzorec prožívání a integrace významu a smyslu v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou a/nebo se silou větší, než je vlastní, který lze posílit*“ (Herman, 2015, s. 329) Diagnóza, která se zabývá touto problematikou, zní „*Snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu)* s číslem 00068 (Herman, 2015, s. 329). Duchovní pohodu může pacient zlepšit sám, například snahou o nalezení životní filozofie, která by mu vyhovovala a uspokojovala jeho potřeby, hledáním smyslu života, či dosáhnout větší radosti ze života. Diagnóza typická pro spirituální péči je, Zhoršená religiozita, opatřená číslem diagnózy 00169, která je podstatou neschopnosti plnit své náboženské přesvědčení či znemožnění účastnit se rituálů spojených s vlastní vírou. Neméně významnou diagnózou bývá Duchovní strádání s číslem 00066, jehož definice zní „*Stav strádání způsobený narušenou schopností prožívat smysluplný život prostřednictvím propojení se sebou samým, druhými, světem nebo nadřazenou bytostí*“ (Herman, 2015, s. 340). Tento problém v nemocnicích je řešený prostřednictvím nemocničního kaplana, který může pomoci pacientovi jeho spirituální potřeby naplnit, či povolat zástupce víry, kterou pacient vyznává. Spirituální potřeby v ošetrovatelství také úzce souvisí s ošetrovatelskými diagnózami, jako jsou například Neefektivní zvládání zátěže 00069, Úzkost 00146, Strach 00148 či Truchlení 00136 (Ackley, 2011).

Duchovní zdraví či duchovní blaho stanovil Berman (2016) jako pocit, kterým člověk oplývá, pokud má fyzické i duševní zdraví, cítí se užitečný a spokojený. Berman (2016) uvedl, že Ellison a Paloutzian vytvořili škálu na hodnocení duchovního blaha, ve které jsou specifické otázky pro pacienta. Na základě vyhodnocení této škály zjistili, že pacienti, kteří docílili vysokého počtu bodů, mají vyšší sebedůvěru a méně trpí osamělostí. Duchovní tíseň definujeme jako narušení životního principu, který je

protnutý celou lidskou bytostí a proniká biologickou i psychologickou podstatou člověka. Duchovní tíseň může mít stejné projevy, jako mají ošetrovatelské diagnózy, jako například poruchy spánku, beznaděj či narušená sebeúcta, a proto mohou být snadno zaměnitelné (Herman, 2015). Také může vzniknout při konfliktu víry s dodržováním léčebných opatření. Při duchovní tísní je na sestře vyzorovat ji a snažit se dopomoci pacientovi dosáhnout znovunabytí duchovní síly a vyrovnanosti. Sestře k tomu mohou napomoci tyto dovednosti: snažit se dopomoci pacientovi dosáhnout naplnění náboženské povinnosti, například tím, že se spolu pomodlí či pacientovi sestra poskytne či zajistí vhodné prostředí k modlitbě. Další intervencí sestry by mělo být vzbuzení naděje v pacientovi.

Rozlišujeme také pojem duchovní bolest, kterou můžeme pociťovat při ztrátě blízké osoby nebo při prožívání velkého tělesného nebo emociálního utrpení (Berman, 2016). K naplnění základní spirituální péče v ošetrovatelství není vždy potřeba nemocničního kaplana. Pokud pacient nevyžaduje povolání nemocničního kaplana, neznamená to, že žádné spirituální potřeby nemá. V tuto chvíli mohou být jeho spirituální potřeby naplňovány, aniž by o tom sám věděl, díky sestře, která si s pacientem promluví, naváže s ním kontakt, popovídají si o rodině, jeho koníčcích a třeba se dostanou i hlouběji. Posloužit k naplnění spirituálních potřeb může rozhovor či komunikace s nezdravotnickým personálem. Všeobecná sestra, která má vystudované bakalářské studium, či sestra, která si prošla vyšším stupněm vzdělání, by měla být vybavena určitým povědomím o spirituální péči. Spirituální péči může poskytovat i všeobecná sestra, která má určité vnitřní předpoklady, je empatická, umí naslouchat a je trpělivá (Svatošová, 2012).

Sestra by měla navázat s pacientem důvěryhodný vztah, ve kterém by se jí mohl pacient svěřovat, mohl by jí důvěřovat, ale k tomu je také důležitý dostatek času. Pokud je sestra na oddělení dlouhodobé nebo následné péče a pacient se jí svěří, že „jeho čas se naplňuje“, měla by přehodnotit situaci, ve které se právě nachází a respektovat pacientovo přání, a v případě pokud pacient není věřící a ani nechce kaplana povolát, ale chtěl by zůstat s ní a povídat si, měla by se toho ujmout. V té chvíli právě poskytuje spirituální péči, kterou pacient potřebuje. Cílem spirituálního rozhovoru, jak se sestrou, tak i s kaplanem, není poskytnutí odpovědí na všechny jeho otázky v konečné části jeho života, ani to, že by se stal pacient věřícím (Hudson a Rumbold, 2005). Pokud je pacient jiné víry a potřebuje k naplnění spirituální péče poupravit prostředí kolem lůžka a je to

v našich schopnostech, dopřejeme mu to. Například pacienti vyznávající Islám, potřebují mít lůžko natočené na stranu tak, aby směřovala k Mece, pokud to architektonické uspořádání pokoje a zdravotní stav pacienta dovolí, dopřejeme mu naplnění této potřeby (Mauk, 2004). Pacienti mohou čerpat v nemocnici sílu skrze modlitby, ve kterých hledají útěchu. Největší úskalí, která tkví v hospitalizaci a mohou pacienta omezovat v jeho spirituálním rozvoji, nastávají v období svatých dnů, dodržování léčebných diet, nošení nemocničního nočního prádla a období umírání (Berman, 2016). Berman (2016) uvádí pokyny, které mohou sestře lépe pomoci při práci s pacientem a jeho vírou. Sestra hledá základní pochopení duchovních potřeb pacienta a preferencí. Sestra pacientovi nerozmlouvá jeho spirituální přesvědčení ani ho nenabádá k jiné víře. Sestra se snaží pochopit pacientovo spirituální vyznání. Sestra poskytuje spirituální péči v souladu s vlastním přesvědčením.

#### ***1.2.4 Spolupráce mezi všeobecnou sestrou a nemocničním kaplanem***

Prokop (2005) uvádí, že spolupráce mezi sestrou a duchovním rádcem, u nás nemocničním kaplanem, je nezbytná. Kaplan je vyslán k pacientovi na základě iniciativy sestry, která si všimne pacientova rozpoložení, po předchozím rozhovoru s ním, a nabídne mu pomoc kaplana nebo mu alespoň lépe vysvětlí, jakou péči mu je kaplan schopný nabídnout. V našich nemocnicích je většinou tato potřeba podchycena v ošetrovatelské dokumentaci, kdy je sestra povinna se zeptat pacienta, zda by chtěl využít péče kaplana. Pacientův stav se může kdykoliv změnit, jak fyzický, tak psychický, a může později projevit zájem o návštěvu nemocničního kaplana, který je třeba včas zachytit právě sestrou. Deficitu spirituální péče si však může všimnout i lékař či ostatní ošetrovatelský personál. Spirituální péče může být nabídnuta i na základě předchozí konzultace s psychologem. Multidisciplinární spolupráce je třeba tak, aby byly odhaleny a vyřešeny všechny pacientovy potíže, které by ho mohly tížit v období boje s nemocí a především poté, co je jeho prognóza nepříznivá. Svatošová (2012) zdůrazňuje respektování potřeb pacienta, které mohou přesahovat kompetence kaplana, například pokud pacient vyžaduje zpověď, je nutné mu jeho potřebu uspokojit a zavolat kněze či mu dát na něj kontakt. Z dohody o duchovní péči ve zdravotnictví z roku 2019 vyplývá, že komunikace kaplana a pacienta v období, kdy byl povolán, by neměla být nikým rušena a mělo by být zajištěno soukromí na rozhovor, jak ze strany personálu, tak i ze strany spolupacientů. Pouze v nezbytném případě, kdy by byl někdo ze zúčastněných ohrožen na životě či zdraví, může být tento rozhovor přerušen.

### ***1.3 Ošetrovatelská péče na oddělení následné a dlouhodobé péče***

Dlouhodobá péče o pacienty je nedílnou součástí ošetrovatelství, je to péče o pacienty dlouhodobě nemocné, kteří mohou na oddělení setrvat několik týdnů, měsíců či let. Doba pobytu pacienta na oddělení následné péče či v léčebně dlouhodobě nemocných je zcela individuální dle vážnosti jejich onemocnění, věku a úrovně soběstačnosti. Při dlouhodobé péči je třeba často pozměnit možný cíl léčby, v některých případech u pacientů nelze dojít k vyléčení či uzdravení a je zapotřebí alespoň pacientovi zlepšit nebo udržet kvalitu života. Pokud se pacientův zdravotní stav zhoršuje a nejsou k dispozici možnosti k navrácení zdraví či jeho zlepšení, je zapotřebí pacientovi zajistit důstojný a bezbolestný odchod. Na místě je bezprostřední spolupráce mezi nelékařským zdravotnickým personálem a lékaři (Mašková a Simmerová, 2006). Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2014) definovalo následnou lůžkovou péči jako péči sloužící pacientům, kterým byla stanovena základní diagnóza, kvůli níž byli přijati do nemocnice, a jejich zdravotní stav byl stabilizován, ale jejich zdravotní stav či sociální podmínky nedovolují návrat zpět do domácího prostředí. Pacient potřebuje doléčit nebo je zapotřebí následná rehabilitace. V neposlední řadě může sloužit pacientům, kteří jsou částečně či úplně závislí na poskytování péče a podpoře základních životních funkcí. Léčebna pro dlouhodobě nemocné slouží pacientům, kteří již nepotřebují léčebnou péči, nebo by jim výrazně neprospěla, ale bez kontinuální saturace ošetrovatelské péče tito pacienti nemohou být (Čeledová et al., 2016).

Kalvach (2011) poukázal na režimy, podle kterých se pacienti do těchto zařízení přijímají. Definováno je šest režimů, jako první a ten nejdůležitější je léčebný, ve kterém převažují diagnostické výkony a změny v terapii s opakovaným zhoršením zdravotního stavu. Dále je rehabilitační režim, který slouží především pacientům po cévní mozkové příhodě a ortopedických výkonech, jako například totální endoprotéza kolenního či kyčelního kloubu. Třetí režim je ošetrovatelský, jenž je pro pacienty, kteří jsou imobilní a nejsou schopni sebeobsluhy, a pro ošetřování chronických ran pacientů. Jako čtvrtý režim uvádí paliativní, který slouží pro pacienty v terminálním stádiu. Předposlední je sociální režim, který je vhodný pro pacienty, již čekají na umístění do domova pro seniory nebo do domácí péče. Poslední režim je uplatňován pro pacienty s pokročilým stádiem demence.

### ***1.3.1 Specifika ošetrovatelské péče v dlouhodobé péči***

Mašková a Simmerová (2006) popisují ošetrovatelskou péči jako holistickou, komplexní a zohledňující individualitu každého pacienta. Mezi nejdůležitější prvky, kterými se řídíme v poskytování ošetrovatelské péče na odděleních následné péče a v léčebnách dlouhodobě nemocných řadíme maximálně možné udržení soběstačnosti, čímž se zlepšuje stupeň kvality života pacienta. Poskytnout pacientovi možnost realizovat se či mu pomoci najít směr, kterým by se měl vydat, aktivizace pacienta např. četba, pletení či jiná aktivita, která mu je blízká. Uspokojovat pacientovi jeho základní potřeby či mu při jejich realizaci dopomoci. Aktivně předcházet komplikacím, které mohou pacienta doprovázet při zdlouhavém onemocnění, například předcházet pádu pacienta při chůzi nebo pohybu na lůžku. Předcházet vzniku dekubitů při dlouhodobém upoutání pacienta na lůžku. Snažit se urychlit léčebný proces, který pacienta doprovází, a respektovat práva pacientů. Náplní sestry při péči o dlouhodobě nemocného je také aktivní spolupráce s rodinou pacienta. Základní ošetrovatelská péče zahrnuje hygienickou péči, péči o kůži, prevenci dekubitů, péči o osobní a ložní prádlo, péči o lůžko nemocného, péči o výživu pacienta, prevenci komplikací, která plyne z omezeného pohybu pacienta, a péče o prostředí pacienta a v neposlední řadě péče o vyprazdňování pacienta. Mimo jiné sem patří i aplikace a podávání medikamentů, používání jiných léčebných metod, měření fyziologických funkcí a tlumení bolesti.

K vyhodnocení potřeb a určitých rizik u pacienta na oddělení následné péče a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné napomáhají škály a testy, které uvádí Venglářová (2007). Využívá se několik testů, které napomáhají zhodnotit stav pacienta a nadále ho sledovat. Díky nim máme srovnání, jak se stav pacienta mění. Tyto testy se pravidelně vyhodnocují, většinou jednou týdně. Do těchto škál a testů patří v dlouhodobé péči Barthelův test základních všedních činností, kde hodnotíme míru soběstačnosti pacienta, například, zda se pacient sám nají, napije, oblékne, zvládne osobní hygienu. Pokud má pacient v tomto testu 100 - 90 bodů, tak tato hodnota ukazuje, že je pacient zcela soběstačný, při nižším počtu bodů roste míra závislosti pacienta na pomoci. Další test, který lze použít, je více specifikovaný na soběstačnost pacienta v domácím prostředí, kdy se může na jeho výsledek přihlídnout při zvažování o propuštění pacienta do domácího prostředí. Tento test se nazývá test instrumentálních všedních činností. V něm jsou zohledněny každodenní činnosti, které pacient obvykle vykonává v domácím prostředí, například uvaření si jídla, nákup potravin a užívání medikamentů. Jako další

hodnotí riziko pádu pacienta. K vyhodnocení stavu výživy pacienta jako nejzákladnější se používá Nottinghamský nutriční screeningový test, který hodnotí BMI pacienta, úbytek váhy pacienta během posledních tří měsíců, změny v množství přijímané stravy za poslední tři měsíce a stresový faktor. Kalvach (2011) uvádí test, který je specifický pro toto oddělení, který zní Mini mental state examinton, což je orientační test, který může poukázat na rozvoj demence, pacient v něm například kreslí hodinové ručičky, musí si zapamatovat určená slova za daný čas nebo odečítat z paměti. Tyto testy vyhodnocují mentální stav pacienta a můžeme je využít při stanovení následné péče. Dále existují škály, které vyhodnocují emociální rozpoložení pacienta a mohou odhalit depresi. U pacientů se též hodnotí přítomnost a stupeň bolesti, k tomu využíváme analogovou vizuální škálu bolesti, jež je více variant pro lepší orientaci dle věkové a mentální schopnosti pacienta například horizontální úsečka, pravítko či obličej (Pokorná, 2013).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cílem práce je zjistit, jak sestry na odděleních následné a dlouhodobé péče vnímají pojem spirituální (duchovní) potřeby, zda a jaké spirituální potřeby rozeznávají a jak na ně reagují. Zjistit celkovou úroveň a organizaci duchovní péče na daném oddělení.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO 1. Jak sestry na odděleních následné a dlouhodobé péče rozumí pojmu spirituální potřeby?

VO 2. Jaké spirituální potřeby rozeznávají sestry na odděleních následné a dlouhodobé péče?

VO 3. Jak na tyto potřeby sestry na odděleních následné a dlouhodobé péče reagují?

VO 4. Jaká je úroveň a organizace duchovní péče na vybraných odděleních?



## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu

K provedení výzkumného šetření v této bakalářské práci posloužil a byl shledán jako nejvýhodnější kvalitativní výzkum. Charakteristika kvalitativního výzkumu je různorodá, můžeme ho charakterizovat tím, že na rozdíl u kvantitativního výzkumu, kde se používají ke sběru dat dotazníky, při kvalitativním výzkumu využíváme ke sběru dat rozhovory. Což však není úplně tak jednoznačné, protože v určitém přístupu může být užít rozhovor i při kvantitativním výzkumu, ale záleží na jeho účelu a podobě. Další z definicí uvedl (Švaříček, 2007, s. 24) „Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech“. Mezi výhody kvalitativního rozhovoru patří zohlednění přirozeného prostředí a možnost navrhování nových teorií a mezi nevýhody spadá obtížné zpětné ověřování výsledků a určitá možnost ovlivnění výsledků osobností výzkumníka (Hendl, 2008).

Pro získávání dat bylo využito v této práci metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval převážně otevřené otázky, jež jsou k dispozici v Příloze 1. Hlubkový rozhovor (dále jen rozhovor) je nejčastěji užívanou metodou ke sběru dat v kvalitativním výzkumu (Švaříček, 2007). Pomocí rozhovoru jsou zkoumány členové daného prostředí, určité specifické skupiny s cílem dosáhnout stejného pochopení jednání událostí, jakým disponují příslušníci určité skupiny. Díky otevřeným otázkám, které tazatel podává, může lépe pochopit pohled informantů, aniž by jejich náhled omezoval pomocí výběru konkrétních položek v dotazníku. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu otázek či pouze témat k rozhovoru od tazatele (Švaříček, 2007).

V první řadě jsem si předpřipravený polostrukturovaný rozhovor vyzkoušela na jedné sestře, abych si otestovala správnost a srozumitelnost otázek. Dále jsem se snažila doptávat, pokud informant neporozuměl či stručně odpověděl na otázku. Po několika úpravách v předpřipraveném konceptu rozhovorů jsem poslala žádosti o provedení výzkumu do Nemocnice v Českých Budějovicích a do Nemocnice v Klatovech na oddělení následné péče. Původně byly v plánu tři nemocnice, ale bohužel z důvodu koronarovirové pandemie nebyla tato možnost přijatelná. Rozhovory jsem po

informování a souhlasu informantů nahrávala na diktafon. V úvodu rozhovoru jsem se informantů dotazovala na několik identifikačních otázek, abych měla lepší možnost specifikovat svůj výzkumný soubor. Následně po provedení rozhovoru jsem rozhovory přepisovala do počítačového programu Microsoft Word 2007. Poté jsem získaná data zpracovala pomocí kódování, technikou tužka a papír. Dále jsem tyto data aplikovala do kategorií a podkategorií.

Každý informant z mého výzkumného souboru má přiřazenou vlastní identifikační zkratku. Sestrám z oddělení následné péče v Českých Budějovicích jsem přidělila zkratku SB a sestrám z klatovské nemocnice SK. Číslo byla jednotlivým informantům přiřazena náhodným způsobem.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor je utvořen sedmi sestrami z klatovské nemocnice, které pracují na oddělení následné péče a sociálních lůžkách, a pěti sestrami z českobudějovické nemocnice také z oddělení následné péče a spánkové laboratoře. Celkem jsem oslovila 20 pracovníků, z nichž se mnou rozhovor provedlo pouze 12. Z nemocnice v Českých Budějovicích z oddělení následné péče mám 5 rozhovorů a z klatovského oddělení následné péče mám odebráno a zpracováno kolegyněmi 7 rozhovorů.

Výzkumný soubor tvoří pouze ženy, jelikož jsem se na těchto odděleních setkala pouze s ženami v požadované profesní odbornosti.

Před samotným začátkem rozhovoru jsem informanty vždy poučila a uvedla je do problematiky, kterou se budeme v následující chvíli zabývat. Stručně vysvětlila cíl své bakalářské práce.

Před samotným začátkem rozhovoru s informanty jsem se řádně představila, stručně jsem se s nimi podělila o cíle své bakalářské práce a zasvětila je do problematiky, kterou se budeme zabývat. Následně jsem se jich zeptala, zda jim nebude vadit, že budu nahrávat náš rozhovor, a vysvětlila jim, že bude zcela anonymní. Po souhlasu jsem zapnula diktafon a začali jsme s polostrukturovaným rozhovorem. Dále po proběhlém rozhovoru jsem poděkovala za jejich věnovaný čas a vypnula diktafon.

Výzkum jsem prováděla v období ledna až dubna roku 2020.

Pro lepší přehlednost jsem zhotovila tabulky č. 1 a 2 se základními informacemi o respondentech.

Dvě tabulky, České Budějovice, Klatovy, věk, dosažené vzdělání, délka praxe.

Tabulka č. 1: základní identifikační údaje o informantech z Českých Budějovic

Kritérium	Kategorie	Počet informantů
Věková kategorie informantů	Méně než 30 let	1
	31-40 let	1
	41-50 let	1
	Nad 50 let	2
Nejvyšší dosažené vzdělání	Střední zdravotní škola	3
	Vyšší odborná škola	1
	Bakalářské	1
Délka praxe na oddělení dlouhodobé péče	Méně než 5 let	1
	6-10 let	1
	11-20 let	1
	Nad 20 let	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2: základní identifikační údaje o informantech z Klatov

Kritérium	Kategorie	Počet informantů
Věková kategorie tazatelů	Méně než 30 let	2
	31-40 let	1
	41-50 let	1
	Nad 50 let	3
Nejvyšší dosažené vzdělání	Střední zdravotní škola	4
	Vyšší odborná škola	1
	Bakalářské	2
Délka praxe na oddělení dlouhodobé péče	Méně než 5 let	1
	6-10 let	1
	11-20 let	1
	Nad 20 let	4

Zdroj: Vlastní výzkum

## 4 Výsledky

Pro lepší přehlednost výsledků jsou stanoveny tři kategorie:

Spirituální potřeby

Nemocniční kaplan

Spirituální péče

Do první kategorie jsou zařazeny výpovědi informantů o spirituálních potřebách, jaké o nich mají vědomosti a představy. Jaké jsou projevy spirituálních potřeb a reakce informantů na spirituální potřeby pacientů.

V druhé kategorii se hovoří o nemocničním kaplanovi, zda informanti vědí, co se skrývá za pozicí nemocničního kaplana, jaké je jeho poslání v nemocnici a zda mají informanti povědomí, kdo je u nich v nemocnici nemocničním kaplanem. Také je zde popsáno očekávání informantů od nemocničního kaplana, zkušenosti s ním a pravidelnost návštěv nemocničního kaplana na jejich oddělení. Dále je zde uvedeno aktuální docházení nemocničního kaplana v období koronavirové pandemie a sestry a využívání nemocničního kaplana pro jejich osobní potřeby.

V poslední kategorii je zkoumán pohled informantů na doporučení spirituální péče a také komu je určena. Za další hledáme odpověď informantů na celkový smysl spirituální péče na oddělení následné péče pro jejich pacienty.

#### **4.1 Seznam jednotlivých kategorií a podkategorií**

##### Spirituální potřeby

- a) Charakteristika spirituální potřeb
- b) Projevy spirituálních potřeb u pacientů
- c) Reakce sester na spirituální potřeby pacienta

##### Nemocniční kaplan

- a) Základní povědomí o nemocničním kaplanovi
- b) Očekávání sester od působení nemocničního kaplana
- c) Zkušenosti s nemocničním kaplanem
- d) Reakce pacienta po schůzce s nemocničním kaplanem
- e) Názory na nemocničního kaplana
- f) Frekvence návštěv oddělení následné péče nemocničním kaplanem
- g) Spolupráce s nemocničním kaplanem
- h) Změny docházení nemocničního kaplana při koronarovirové pandemii

##### Spirituální péče

- a) Spirituální péče a její smysl
- b) Spirituální péče a víra

## 4.2 Spirituální potřeby

Tato kategorie popisuje spirituální potřeby, jak je vnímají informanti a jaké o nich mají povědomí. První otázka, která byla v této kapitole zkoumaná, vyobrazuje charakteristiku spirituálních potřeb v souladu s názorem jednotlivého informanta. Informanti se shodovali především v tom, že spirituální potřeby jsou totéž jako duchovní potřeby, které jsou většinou spjaté s vírou v něco či někoho, podle nich je u nás nejrozšířenější křesťanská víra, ale mohou vyznávat i jiné víry. Dále informanti uváděli, že do spirituálních potřeb patří modlitby, pravidelné docházení do kostela a ke zpovědi. Důležitým charakteristickým znakem uváděli komunikaci a kontakt s druhými osobami a především dobré rodinné vztahy. Informanti se rozcházeli v tom, zda spirituální potřeby mají pouze věřící pacienti, nebo je má každý pacient. Tento problém se dále rozvedl i v otázce směřující ke spirituální péči, zda je zaměřená pro věřící klienty, nebo je vhodná i pro nevěřící pacienty. Informant SB1 se s touto otázkou věřících a nevěřících popasoval velmi obratně: „*Jsou to duchovní potřeby věřících, ale i nevěřících pacientů, především žen. Jsou to převážně potřeby spjaté s vírou člověka, ale nemusí to být pravidlem, ostatní pacienti je mají také a naplňují je například komunikací.*“ Nejzajímavější a nejkompexnější odpověď byla od informanta SK6: „*Vyrovnaní se sama se sebou. Vztahy s blízkými, vztah k Bohu, otázky duše, svého nitra. U nás se objevuje nejčastěji hledání smyslu života, co dál například po amputaci dolní končetiny.*“ Zde je vypracována souhrnná tabulka, která znázorňuje přehled nejčastějších odpovědí informantů na charakteristiku spirituálních potřeb. Odpovědi informantů jsou sepsány v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: odpovědi na charakteristiku spirituálních potřeb

Informanti	Identifikace	Duchovní potřeby	Víra	Hledání smyslu života	Péče o duši	Individuální potřeby duše	Dobré vztahy s rodinou	Lidský kontakt	Láska	Pocit sounáležitosti	Existenciální otázky
České Budějovice	SB1	✓	✓								
	SB2	✓	✓	✓		✓					✓
	SB3		✓	✓	✓						

	SB4		✓				✓				
	SB5							✓	✓	✓	
Klatovy	SK1	✓	✓		✓					✓	
	SK2	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓
	SK3		✓				✓		✓		
	SK4	✓	✓								
	SK5	✓				✓					
	SK6			✓			✓		✓		
	SK7	✓	✓	✓							

Zdroj: vlastní výzkum

Nadále byly zkoumány výpovědi informantů, které v sobě ukrývaly odpovědi týkající se projevů spirituálních potřeb u pacientů. Nejobvyklejší odpovědí bylo, že strádání pacienta ve spojení se spirituálními potřebami se u nich projeví změnou nálady, přestane komunikovat s okolím, začne být agresivní nebo také apatický dále stylem komunikace, když pacient začne mluvit o smrti, víře, začne zpytovat svědomí, obviňovat sebe či okolí a zkoumat otázky bytí. Informant SK3 popisuje projevy spirituálních potřeb u pacientů následujícím způsobem: „*Vyhledává komunikaci, vidíme, že se pacient modlí, změny nálady, snížená komunikace, předměty které má u sebe můžou vypovídat o jeho víře. Můžeme u něj vidět i to, že byl pacient zvyklý chodit do kostela a chybí mu zpověď, ale proto my můžeme zavolat jeho faráře či kaplana, který se snaží pak pacientovi nějakým způsobem vyhovět.*“ Zatímco SB1 vnímá projevy spirituálních potřeb u pacientů takto: „*Většinou ve změně chování, pacient je méně komunikativní, uzavřený do sebe, většinou se to stane náhle. Může to být následek například toho, že rodina za pacientem dlouho nepřijela.*“ Projevy spirituálních potřeb pacientů jsou zaznamenány heslovitě v tabulce číslo 4.

Tabulka č. 4: Projevy spirituálních potřeb pacientů

Informanti	Identifikace	Změna v chování	Religiózní předměty v pokoji	Mluví o víře	Smýšlí o smrti	Řekne si o přítomnost kaplana či faráře	Vyhledává komunikaci	Straní se komunikaci
ké Bud ějov	SB1	✓						
	SB2			✓	✓			

	SB3					✓		
	SB4			✓			✓	
	SB5	✓		✓		✓		
Klatovy	SK1			✓		✓		
	SK2	✓					✓	✓
	SK3	✓	✓			✓	✓	✓
	SK4		✓	✓				
	SK5					✓	✓	
	SK6	✓					✓	✓
	SK7	✓	✓	✓	✓		✓	

Zdroj: vlastní výzkum

Aby tato podkapitola byla komplexní, jsou sem zařazeny odezvy sester na dotazy ohledně reakce sester na spirituální potřeby pacientů. Informanti se rozhovořili na toto téma a odpovědi se převážně shodují. Pokud si informanti všimnou, že některý pacient má neuspokojené spirituální potřeby nebo jej něco trápí, snaží se mu sami pomoci rozhovorem nebo jim vyjít vstříc s umožněním individuální návštěvy rodiny či blízkých. Každý pacient je jedinečná osoba s vlastním individuálním příběhem, proto se musí u každého pacienta postupovat individuálně. Další z možností, jak reagovat na tyto potřeby pacientů, je vyjednání schůzky s nemocničním kaplanem. Sestry i pacienti této možnosti hojně využívají. Informanti se zcela shodli na tom, že mezi jejich hlavní reakce na spirituální potřeby pacientů patří právě možnost sjednání rozhovoru s nemocničním kaplanem, o tom svědčí tabulka číslo 5. Informant SK2 uvedl: „*Pacient má právo na naplnění svých spirituálních potřeb a my mu hned při příjmu nabízíme možnost spojení se s nemocničním kaplanem.*“ Informant SK6 popisuje svoji reakci takto: „*Možnost rozhovoru s nemocničním kaplanem, sestrou nebo lékařem. Doporučujeme a umožňujeme časté návštěvy rodiny, pokud to podmínky dovolují. Většinou na našem oddělení po domluvě s primáře může rodina přijít v kteroukoli denní dobu. Také sem patří aktivity na rozvoj, které s pacienty provádí sociální pracovnice, a v neposlední řadě k nám dochází canisterapeut.*“ Navážeme-li na jednu z možností reakce sestry na potřebu spirituálních péče u pacientů, a to na povolání nemocničního kaplana k pacientovi, považují sestry toto východisko za jedno z nejvýhodnějších a neúčinnějších pro pacienta a i pro samotný personál. Informanti se domnívají, že nemají dostatek času na to si s pacientem kvalitně o víře či jeho myšlenkách promluvit, navíc nemají dostatek informací a vědomostí se s pacientem na toto téma rozhovořit. Informant SK5 vyjadřuje svůj názor na vyžádání kaplana a tím i přímou reakci



na pacientovu potřebu těmito slovy: „*Nejčastěji se pacienti obracejí na kaplana s tím, že si chtějí popovídat, nejdříve zjišťují, zda je pro ně jako člověk důvěryhodný, a pak se svěří. Pacient si vyžádá nemocničního kaplana u personálu na oddělení.*“ Další pěknou zpětnou vazbu mi dal informant SK2, která zní: „*V případě, že na ně přijdu během rozhovoru s pacientem, snažím se s ním na toto téma promluvit, ale pokud má pacient otázky, na které mu neumím odpovědět a jsou spojeny s bytím nebo právě s jeho těžkou životní událostí, a nevím, jak na ně reagovat, nabídnu mu možnost pohovořit si s nemocničním kaplanem.*“ Odpovědi jsou znázorněny v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Reakce sester na spirituální potřeby pacienta

Informanti	Identifikace	Rozhovor se sestrou	Navrhnutí a uskutečnění rozhovoru s nemocničním kaplanem	Vytvoření příjemného prostředí pro pacienta	Umožnění návštěv rodinných příslušníků	Canisterapie	Zavolání psychologa
České Budějovice	SB1	✓	✓				
	SB2		✓				
	SB3		✓	✓	✓	✓	
	SB4		✓				
	SB5		✓				
Klatovy	SK1	✓	✓				✓
	SK2	✓	✓				
	SK3	✓	✓				
	SK4		✓				
	SK5	✓	✓			✓	
	SK6	✓	✓			✓	✓
	SK7	✓	✓				

Zdroj: vlastní výzkum

### 4.3 Nemocniční kaplan

Tato podkapitola se zaměřuje na nemocničního kaplana, který je v našem zdravotnictví velmi důležitý především ve spojení se spirituální péčí a jejím poskytováním. Informanti, kteří byli vyzpovídáni v tomto výzkumu, jsou si vědomi jeho opodstatnění v nemocničních zařízeních. Informanti byli tázáni na otázky týkající se základních

vědomostí o pozici/zaměstnání nemocničního kaplana a zda znají nemocničního kaplana, který je zaměstnán v jejich nemocnici. Dále byli dotazováni na očekávání, které plynou z návštěvy pacienta nemocničním kaplanem a zda mají nějaké osobní či zprostředkované zkušenosti s ním. Následující otázky směřovaly informanty k tomu, aby sdělili svůj názor na zaměstnání nemocničního kaplana, reakce pacientů na návštěvu nemocničního kaplana a jak na pacienta zapůsobil rozhovor s ním. Předposlední dvě podkategorie, které jsou součástí této kategorie, popisují frekvenci návštěv konkrétního oddělení nemocničním kaplanem a vyptáváním se na spolupráci s nemocničním kaplanem. Poslední dvě podkategorie jsou svým obsahem kratší, zato se v nich skrývají zajímavé odpovědi. Zda jsou nějaké změny v docházení nemocničního kaplana na oddělení v době koronavirové pandemie a zdali využili někdy služeb nemocničního kaplana pro své potřeby.

Dotazovaní informanti měli určité povědomí o tom, co by měl kaplan dělat, kde ho můžou v nemocnici najít či jak ho mohou kontaktovat, avšak míra informovanosti se lišila. Informanti SB1, SK1, SK2, SK4, SK5 a SK6 věděli přesně, k čemu slouží pozice nemocničního kaplana v nemocnicích. SK4 uvedl: *„Nemocniční kaplan je v nemocnici k dispozici pro pacienty, personál a rodinné příslušníky pacienta, kteří jsou v nějaké těžké životní události, ve které se neorientují nebo nevědí, co dělat. Pro pacienty, kteří jsou věřící a mají určité náboženské vyznání a morální povinnosti. Avšak nemusí být pouze pro věřící, protože si s ním může popovídat i „neznaboh“, který má nějaké otázky či životní problémy. I já, přestože se nehlásím k žádné víře, jsem využila jeho služeb, když jsem byla v těžké životní události, a mohu ho pouze doporučit.“* Také informant SK5 se pěkně rozhovořil na dané téma: *„Nemocničního kaplana na oddělení využíváme, je to duchovní, který poskytuje péči pacientům, personálu a návštěvníkům zdravotnického zařízení, poskytuje doprovázení v duchovní oblasti všem potřebným bez rozdílu jejich vyznání. Našeho kaplana znám, je to Mgr. Marcinko, kterého znám osobně, mám s ním pozitivní zkušenost. Kaplan je pozitivní bytost, slouží všem, svou přítomností - rozhovorem, nasloucháním lidem v těžkých životních situacích.“* Zbylí informanti měli určité povědomí, ale neuměli se přesně vyjádřit či jim chyběly určité informace. Například informant SB2 měl správné povědomí o kaplanovi, ale ne celistvě: *„Já vím o jeho působení to, že chodí po celé nemocnici a hovoří s pacienty, kteří to vyžadují.“* Poté, co byly dotazy směřovány konkrétně nemocničnímu kaplanovi v jejich nemocnici, se někteří informanti rozprávěli. Většina informantů si vzpomněla

na příjmení jejich nemocničního kaplana, ale například informant SB4 věděl, že v jeho nemocnici působí nemocniční kaplan a nově i nemocniční kaplanka, ale nemohl si vzpomenout na jméno. Na rozdíl od informanta SB1, který znal i akademické tituly nemocničního kaplana. Informant SK2 takto podává své vědomosti a částečně se do nich prolínají i zkušenosti s nemocničním kaplanem klatovské nemocnice: „*Pan ThMgr. Martin Marcinko je naším nemocničním kaplanem. S nemocničním kaplanem velice často hovořím. Vždy si s ním nejprve promluvím, řeknu mu bližší, o jakého se jedná pacienta a na co by si u něj měl dát pozor. U některého pacienta zjistím, že si sám neřekne, co by potřeboval (stydí, se neumí se vyjádřit).*“

Očekávání informantů od působení nemocničního kaplana v nemocnici mělo dosti podobné výsledky, jak u informantů v Českých Budějovicích, tak i v Klatovech. Informanti se shodli na tom, že by se mělo pacientovi po promluvě s ním ulevit a měl by být více uvolněný, klidnější a spokojenější. Také očekávají od nemocničního kaplana vstřícné a profesionální chování k pacientům, jejich rodinám a personálu. Většina informantů se domnívá, že kaplan díky svému vzdělání a empatickým schopnostem dokáže lépe pacienta pochopit a porozumět jeho problémům. Například SB1 vnímá tato očekávání následovně: „*Očekávám od něj, že pacienta vyslechne, lépe pochopí jeho trápení a napomůže mu od něj nebo mu poskytne trochu jiný pohled na problém, který ho tíží. Pomoc a uzdravení ducha toho pacienta/tky, který/á u nás může strádat. Sestra to tolik neumí a nemá na to dostatek času.*“ Informant SK6 hezky podal svůj názor na očekávání, která může nemocniční kaplan splnit pro uspokojení pacienta, ale i sester: „*Očekávám od něj, že si s pacienty promluví, a pokud je něco trápí, tak se jim po rozhovoru s ním alespoň trochu uleví. Očekávám od něj, že by mi mohl poradit, například, jak komunikovat s nemocným nebo s rodinou, která přišla o blízkého člena rodiny. Dále poradit s komunikací u pacienta v terminálním stádiu.*“ Většina informantů se domnívá, že nemocniční kaplan částečně nahrazuje nedostatečnou komunikaci mezi sestrou a pacientem z důvodu nedostatku času v běžném pracovním režimu. Informant SK1 očekává určitou míru spolupráce mezi nemocničním kaplanem a sestrami a takto přesně zní její myšlenka: „*Od nemocničního kaplana především očekávám empatii a schopnost naslouchat, ale naslouchat nejen pacientům, ale i personálu, protože někdy postoj pacienta a postoj personálu se rozchází a pravda je většinou někde uprostřed, od něj očekávám, že dokáže trošku vyhodnotit tu situaci a dělat i trochu prostředníka.*“ Také informant SK7 se přiklání k podobnému názoru

vhodné spolupráce mezi nemocničním kaplanem a sestrou. Tento informant poukázal na to, že nemocniční kaplan může navázat na rozhovor sestry a pacienta tam, kde se sestra přestává orientovat v pacientově problému nebo neumí nebo neví, jak reagovat na jeho slova: „Očekávám to, že pacienty vyslechne a dodá jim sílu v něco věřit. Očekávám to, že nám nabídne své služby a bude komunikovat s pacienty na jejich žádost. Může nám pomoci tím, že se bude věnovat pacientům a odpovídat jim na určité otázky, na které se nám těžko odpovídá. On přesně ví, co v danou chvíli říct. Může být dobrým vodítkem pro pacienty, kteří jsou na konci svého života. Může jim poskytnout útěchu a dodat sílu.“ Pro lepší přehlednost poslouží tabulka číslo 6.

Tabulka č. 6 Očekávání sester od působení nemocničního kaplana:

Informanti	Identifikace	Vyslechne pacienta	Lépe pochopí jeho problémy a snaží se mu pomoci	Uzdravení pacientova ducha/ duši	Zklidnění pacienta-cítí se lépe, je spokojenější	Lepší přijetí onemocnění	Bude mít dostatek času na rozhovor s pacientem	Dokáže poradit sestře, jak komunikovat se specifickými pacienty	Rozhovor se sestrou	Empatie a schopnost naslouchat
České Budějovice	SB1	✓	✓	✓						
	SB2				✓					
	SB3				✓	✓	✓	✓		
	SB4	✓	✓	✓	✓					
	SB5	✓	✓		✓					
Klatovy	SK1								✓	✓
	SK2	✓		✓	✓					
	SK3	✓	✓		✓		✓			
	SK4	✓			✓	✓				
	SK5	✓		✓	✓	✓				
	SK6	✓			✓			✓	✓	✓
	SK7	✓	✓	✓	✓			✓	✓	

Zdroj: vlastní rozhovor

Odpovědi dotazovaných informantů na zkušenosti s nemocničním kaplanem se lišily. Všeobecně všichni informanti měli zkušenosti a již možnost se s nemocničním kaplanem setkat. Pouze jeden informant SB5 nemá žádnou zkušenost s nemocničním kaplanem, protože je pouze brigádník a nenaskytla se mu příležitost se s ním seznámit,

ale i tak informant slyšel pozitivní ohlasy od ostatních pracovníků. Informant SB1 se setkal s nemocničním kaplanem a tvrdí: „*S nemocničním kaplanem mám spoustu pozitivních zkušeností, jeho službu většinou vyhledávají starší klientky, které byly celý život zvyklé docházet do kostela a rozhovor s ním si poté taky vyžádaly a byly spokojené. Myslím si, že vždy klienty vyslechne a přivede je na jiné myšlenky, čas od času s ním chtějí mluvit i klienti, kteří nejsou věřící, ale pouze mají nějaké aktuální potíže či trápení.*“ Informanti SB2, SB4, SK3 a SK7 tvrdí, že s nemocničním kaplanem mají především zprostředkované zkušenosti, například SK3 se zmiňuje: „*Zkušenosti mám spíše zprostředkované. S nemocničním kaplanem mám pouze osobní zkušenost s komunikací při domlouvání schůzky s pacientem, či při předávání nezbytných informací o pacientovi.*“

Následuje podkategorie, ve které jsou hledány odpovědi na názory informantů na nemocničního kaplana. Všeobecně byly názory kladné, všichni informanti, si myslí, že je nemocniční kaplan důležitý a měl by být v každé nemocnici, především na oddělení následné péče je nepostradatelný, protože podle jejich výpovědí nahrazuje chybějící komunikaci od personálu, který na ně nemá dostatek času a i částečně nahrazuje funkci psychologa, kterých je na oddělení nedostatek. Tenhle souhrn názorů nejlépe vystihuje odpověď informanta se zkratkou SB1: „*Podle mého názoru je rozhodně užitečná funkce nemocničního kaplana a je důležitá především pro naše klienty. Myslím si, že jeho funkce je dobrá, jak na duši toho pacienta, tak na psychiku, trochu obsáhne funkci i psychologa, kterých je nedostatek a na naše oddělení přichází minimálně.*“ Informant SB2 vysvětluje, proč si myslí, že zrovna na oddělení následné péče je pro klienty možnost komunikace s nemocničním kaplanem tolik důležitá. Myslí si, že je to z důvodu, že jejich klienti jsou většinou staršího věku a byli vychováni ve víře. Takto zní jeho přesná výpověď: „*Pro pacienty, si myslím, že je zaměstnání nemocničního kaplana velmi důležité, že potřebují někoho, kdo si s nimi takhle popovídá, vyposlechne jejich trápení nebo si s nimi promluví o minulosti nebo rodině. Hlavně na našem oddělení, kde jsou především starší lidé, kteří vyrostli ve víře a mají k ní neodepsatelné pouto.*“ Informant SK6 podal svůj názor na otázku „*Jaký je Váš názor na nemocničního kaplana?*“ jiným způsobem než ostatní informanti, obsáhl v něm obecné pozdvižení jeho profese a důležitost, poté to proložil zkušeností s ním a úskalí, které tkví v prvotním nepochopení. *Zde je jeho celé znění: Mám na něj kladný názor, myslím si, že je důležitá profese a v nemocnici je velmi zapotřebí. Erudovaný*

odborník na svém místě. Klienti jsou vždy s jeho rozhovorem spokojeni. Nezaznamenala jsem žádnou negativní zkušenost po rozhovoru, spíše prvotní nepochopení, co to znamená duchovní péče a co nemocniční kaplan poskytuje.“

Nadcházející podkategorie popisuje reakce pacienta po schůzce s nemocničním kaplanem, kterých si informanti všimají. Informanti vnímají u pacientů nejčastěji psychické a emocionální změny. Pacienti se rozhovoří či se jim na tváři objevují spokojené úsměvy. SK1 „Klienti se mi zdají po schůzce s naším kaplanem usměvavější, spokojenější a smířenější se svojí životní událostí. Klienti jsou u nás často smutní z toho, že za nimi nedochází rodina nebo mají s někým špatné rodinné vztahy a trápí je to. Nemocniční kaplan to s nimi probere nebo je alespoň vyslechne a často se jim třeba i po krátkém rozhovoru uleví.“ Odpovědi informantů jsou vypsány v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Reakce pacienta po návštěvě nemocničního kaplana

Informanti	Identifikace	Je klidnější a usměvavější	Lepší vyrovnání se svojí životní událostí	Uvolnění psychického napětí	Pacient lépe spolupracuje s personálem	Pacient je aktivnější
České Budějovice	SB1	✓	✓			
	SB2	✓				
	SB3	✓	✓			
	SB4			✓		
	SB5	✓			✓	
Klatovy	SK1	✓				✓
	SK2	✓				
	SK3		✓			✓
	SK4			✓		
	SK5	✓			✓	
	SK6	✓	✓			
	SK7					✓

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum obsahuje nadále frekvenci návštěv na oddělení následné péče nemocničním kaplanem. Jelikož ve výzkumu jsou zařazeny dvě stanice, z oddělení následné péče

z dolního areálu v Českých Budějovicích, odpovědi informantů na otázku frekvence návštěv nemocničního kaplana se mírně rozcházejí. Rozhovory jsou sbírány od sester ze stanice A a B. Informanti na stanici B oddělení uvádí, že k nim nemocniční kaplan chodí 1x týdně a poté je po domluvě schopný přijít i individuálně dříve či vícekrát. Na druhé stanici A informant SB4 uvedl, že nemocniční kaplan k nim chodí individuálně a informant SB5 udává: „*S nemocničním kaplanem jsem se ještě nesetkala a nevím, jak přesně sem dochází, protože jsem zde brigádně a často sloužím o víkendech a noční směny.*“ V Klatovech se rozhovory shodují s tím, že nemocniční kaplan na oddělení chodí optimálně 1x týdně a potom individuálně po domluvě s pacientem nebo s jeho rodinou. „*Nemocniční kaplan je schopný za pacienty chodit i několikrát týdně pokud je to zapotřebí,*“ uvedl informant SK2. Informant SK5 definoval svoji odpověď takto: „*Nemocničního kaplana mohou kontaktovat osobně návštěvou meditační místnosti, která se nachází v 6. patře nebo telefonicky. Frekvence jeho návštěv záleží na zájmu pacientů, nejčastěji 2-3x týdně*“.

Spolupráci s nemocničním kaplanem informanti hodnotili velice kladně - jak na odděleních v Českých Budějovicích, tak i v Klatovech. Informanti udávali, že se spojují s nemocničním kaplanem přes telefonní číslo nebo se s ním přímo domluví, když přijde na oddělení. Pouze informant SK6 uvedl, že nemocničního kaplana lze kontaktovat i přes e-mailovou adresu. Schůzky se sjednávají pro pacienty buď přes staniční sestru, lékaře, nebo rodinu pacienta. Informant SK1 popisuje svoji zkušenost takto: „*Většinou vyhledají mě z titulu mé funkce a já jim sjednám schůzku, pokud se stane, že duchovní není na svém pracovišti, dáme mu vědět a on kontaktuje pacienta sám. Nemocniční kaplan s ním vede nejprve vstupní pohovor, kde si oba upřesní, co od společných rozhovorů očekávají.*“ Další ze zajímavých odpovědí je tato následující od informanta SK2: „*S nemocničním kaplanem spolupracujeme velice úzce. Máme na něj telefonní kontakt, a pokud je třeba, zavolám mu a on si co nejdříve na pacienta udělá čas a pohovoří si s ním. Telefonický kontakt nebo je možno za ním zajít, nemá kancelář, ale má v našem monobloku meditační místnost, kde je intimní prostředí, a pacient, rodinný příslušník či zaměstnanec nemocnice za ním tam může přijít a rozebrat s ním, co potřebuje.*“ Obecně všichni informanti popsali spolupráci s nemocničním kaplanem jako dobrou nebo výbornou a že se ještě nesetkali s nějakým nevhodným chováním či problémem. Nemocniční kaplan se většinou dostavil na oddělení rychle v prvním termínu, kdy mohl. Informant SK4 se zmínil o schůzkách s nemocničním kaplanem

následovně: „Schůzka s nemocničním kaplanem může být pro pacienty uskutečněna buďto na oddělení na pokoji, v jídelně, nebo v meditační místnosti, podle zdravotního stavu pacienta a personál se snaží zachovat, co nejvíce soukromí pro jejich rozhovor.“

Poslední podkategorie zaměřující se na změny docházení nemocničního kaplana na oddělení následné péče v období koronarovirové pandemie je méně obsáhla, protože na ně byli schopni odpovědět pouze dva informanti SB1 a SK1. Odpověď SB1 zní takto: „V tomto období, když jsou znemožněny návštěvy pacientům, více nabízíme tuto péči i pacientům, kteří ji dříve nechtěli a využívají jej.“ Informant SK1 poskytl tuto odpověď: „Kaplan k nám dochází i v období karantény, ale návštěva probíhá za specifických hygienických a bezpečnostních zásad.“ Poslední podkategorie, která směřuje k nemocničnímu kaplanovi je zaměřována na to, zda informanti využívají služeb nemocničního kaplana. Na tento dotaz odpovědělo více jak polovina informantů, že těchto služeb nevyužívají. Jako důvod tohoto tvrzení informanti uvedli, že jsou nevěřící, a tudíž by jim nepomohl řešit jejich potíže s nemocničním kaplanem. Zde je od informanta SK3 hezké vysvětlení toho, proč si myslí, že sestry služeb nevyužívají a jeho vlastní vysvětlení: „Jelikož jsem ateista, tak bych s ním osobní konzultaci nevyžadovala a nevyhledávala bych u něj pomoc. Myslím si, že z mého pohledu ne, ale věřím, že pro některé z pacientů a kolegů, kteří jsou věřící, je to jistě důležité a má to pro ně smysl. Také proto si myslím, že moc členů personálu této možnosti nevyužívá.“ Informant SK1 nabídl svoji osobní zkušenost: „Když jsem neměla úplně jednoduché období, tak jsem i já sama s ním měla osobní soukromou zkušenost a musím říct, že mně osobně pomohlo, že když jsem si s ním povídala, byla jsem nucena ty myšlenky nějak zformulovat a tím jsem i našla to řešení sama, že jsem ty myšlenky řekla nahlas.“ Podobně navázal i informant SK2: „Myslím si, že moc pracovníků této možnosti nevyužívá a je to určitě škoda, protože by jim to mohlo pomoci, jak z hlediska osobních problémů, tak i v odreagování ze špatných zkušeností a událostí v nemocnici, kterým často mohou přihlížet. Já této možnosti využívám.“

#### **4.4 Spirituální péče**

Tato kategorie je zaměřená na spirituální péči. Informanti byli dotazováni na otázky, které se zaměřovaly na to, zda si informanti myslí, že má spirituální péče smysl, a pro koho si myslí, že je spirituální péče určená.



Všichni informanti se ve svých tvrzeních shodli, že spirituální péče je důležitá pro pacienty a je dobře, že je zohledňována v nemocničních zařízeních. Rozcházel se v tom, že si někteří z nich mysleli, že je dobrá pouze pro věřící pacienty a věřící personál. Většina z dotazovaných uznává, že spirituální péče má smysl a podporuje ji. Informant s identifikací SB3 tvrdí: *„Spirituální péče má smysl pro lepší pohodu nemocného, výsledkem je pak rychlejší proces uzdravení. Přispívá k dobré náladě, má bezpochyby velký smysl, ale zatím je spirituální péče u nás pouze „v peřinkách“. Za současného počtu zdravotnického personálu na to není moc času a málokdo ví, jak tuto péči poskytovat - nejsme k tomu vzdělané.“* Informant SK2 uvádí, že při léčbě pacienta je nedílnou součástí léčit nejen fyzickou stránku, ale i psychiku a duši pacienta. Tento výzkum přinesl mnoho úhlů pohledu a informant SK3 přichází s tímto názorem: *„Pro věřící pacienty je určitě přínosná, ale pro mě je to těžko pochopitelné, protože nevyznám žádnou víru, ale neodsuzuji to. Pokud to pacientům pomáhá, tak je to dobré a svůj účel to plní dobře.“* Velice kladný názor má na spirituální péči informant SK5, který si myslí, že duchovní část člověka a psychická harmonie dokáže více kladným způsobem ovlivnit pacientův zdravotní stav než medikamenty, zde je přesné znění odpovědi: *„Studovala jsem teologickou fakultu, duchovní péče je pro mě velmi důležitá, myslím si, že není určena jen těžce nemocným nebo pozůstalým, ale většina lidí v těžké životní situaci má potřeby se vypovídat, diskutovat, věřím, že psychický stav jedince dokáže více, jak medikamenty pro mě jako pro zdravotníka je duchovní péče, prevencí syndromu vyhoření.“* Podobný názor sdílí i informant SK7: *„Jistě smysl má, pacient nemusí být věřící, ale pokud potřebuje odpovědět na otázky ohledně života a smrti, je duchovní správná volba. Myslím si, že pro všechny pacienty jsou spirituální potřeby stejně důležité jako biologické, sociální a psychické potřeby. Jen každý pacient je individuální a v danou chvíli potřebuje i jinou potřebu než spirituální. Ale všechny tyto potřeby jsou na stejné úrovni.“*

Dotazovaní informanti se rozdělili na dvě skupiny, které si stojí za svým tvrzením. První skupina tvrdí, že spirituální péče slouží pouze věřícím pacientům a pouze oni využívají služeb nemocničního kaplana a druhá skupina stojí za názorem, že spirituální péče je pro každého. Informantů, kteří si myslí, že spirituální péče slouží pro všechny pacienty bez ohledu na víru, bylo o jednoho více. 8 ze 12 informantů si stojí za názorem, že spirituální péče je pro každého. Nejvíce se na toto téma rozmluvil informant SK1: *„Já vnímám spirituální péči nejenom pro lidi, kteří jsou věřící, ale pro*

*všechny lidi, protože každý máme nějaký duševní potřeby a zejména na našem oddělení je to hodně o povídání si lidí mezi sebou a personál nemá bohužel na to dostatek času.“*

*Také informant SK5 uvedl svůj názor na tuto otázku: „Myslím si, že je spirituální péče i pro nevěřící pacienty, naopak mám spíše tu zkušenost, že věřící lidé využívají nemocničního kaplana spíše pro zprostředkování rozhovoru s knězem nebo s někým kdo přísluší jejich víře. Pacienti, kteří nevyznávají žádnou víru nebo se k ní nehlásí, více diskutují s nemocničním kaplanem a mají o tuto péči zájem“.*

## 5 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry na odděleních následné a dlouhodobé péče vnímají pojem spirituální potřeby, zda a jaké spirituální potřeby rozeznávají a jak na ně reagují. Zjistit celkovou úroveň a organizaci duchovní péče na daném oddělení. K těmto cílům byly stanoveny 4 výzkumné otázky, na které jsem hledala odpovědi.

Z výzkumu, který jsem provedla, vyplývá jasná představa o tom, jak jsou na tom sestry na oddělení následné péče s orientací v problematice spirituální péče a spirituálních potřeb. Od informantů jsem zjistila, že mají určité povědomí o tom, co jsou spirituální potřeby a že totožný význam má i slovní spojení duchovní potřeby. Následující informace jsou od informantů, kteří mají rozdílné představy o tom, co zahrnují spirituální potřeby. Pod pojmem spirituální péče se jim nejčastěji vybaví spojení s nemocničním kaplanem, který ji v jejich nemocnicích nabízí. Z výzkumu vyplynulo, že část sester má zkreslenou představu o spirituální péči a domnívá se, že tato péče je určená jen pro věřící pacienty, kdežto Opatrný (2017) uvádí, že spirituální péče není pouze o duchovním sblížení a nemusí diskutovat jen o víře.

Při sběru dat jsem se setkala s obtížemi, které jsou spojené s probíhající koronavirovou pandemií, která ztížila uskutečňování rozhovorů a díky ní nebylo možné provést focus group rozhovor, který byl původně zamýšlený. Sběr dat proběhl s 12 sestrami, které měly buď dokončené středoškolské vzdělání, nebo dokončené vysokoškolské vzdělání. Rozhovory probíhaly bez problémů, sestry se mnou spolupracovaly a dobře komunikovaly až na dvě výjimky. Informant SB4, který souhlasil s poskytnutím rozhovoru a s následným nahráváním rozhovoru, svízelně a s mírnou neochotou odpovídal na kladené otázky jednoslovně či opravdu stroze. Komunikace s ním probíhala velmi neobratně a těžce se s ním spolupracovalo, byla jsem proto nucena, abych dostala některé informace, používat uzavřené otázky, protože na otevřené mi téměř neodpovídal. Po této zkušenosti jsem rozhovory dělala pouze s ochotnými informanty, kteří se o toto téma alespoň trochu zajímali a měli o něm základní povědomí. Jednou z neobvyklých situací, se kterou jsem se setkala, byl rozhovor s ještě studujícím informantem, který byl na oddělení následné péče na brigádě. Tento informant s identifikací SB5 se zajímal o problematiku spirituální péče a spirituálních potřeb, ale informace o nich měl pouze zprostředkované a teoretické v podobě znalostí ze studia. Informanta jsem musela i já samotná trochu vzdělat a rozšířit mu povědomí

o této problematice a společně jsme si po rozhovoru o tomto tématu popovídali. Tyto zvláštní zkušenosti mě také obohatily a pozměnily můj přístup k sběru dat, abych se lépe vyjadřovala a uměla lépe specifikovat dotazy tak, aby byly odpovědi co nejsrozumitelnější a dobře zpracovatelné.

Spirituální potřeby podle sester jsou duchovní potřeby, v čemž se shodují se Šamánkovou (2011). Dále sestry vnímají jako spirituální potřeby, potřebu víry, hledání smyslu života, péči o duši, individuální potřeby duše, potřebu mít dobré vztahy s rodinou, potřebu lidského kontaktu, lásky, pocitu sounáležitosti a také se s nimi podle informantů pojí existenciální otázky. Tyto potřeby informanti udávali rozdílně a pouze v některých bodech se shodovali velmi často. Nejčastějšími shodnými odpověďmi byly víra, hledání smyslu života a láska, což poukazuje na tvrzení, které uvádí Plevová (2011), která mimo jiné doplňovala charakteristiku spirituálních potřeb ještě o potřebu mít naději. S Bermanem (2016), která uvedl do spirituálních potřeb potřebu odpuštění, souhlasili tři informanti SB4. SK4 a SK6, kteří udali dobré vztahy s rodinou, do kterých odpuštění bezpochyby také patří.

Spirituální péče podle Qinqin Cheng (2019) je nesmírně důležitá pro pacienty, kteří si procházejí těžkou životní situací, podporuje v pacientech naději, poskytuje jim podporu a napomáhá jim v lepším vyrovnávání se s ní. Také uvedl, že pacienti, kteří mají víru, se obrací na Boha nebo k jinému vlastnímu zdroji víry. Jeho tvrzení se shodují s myšlenkami informantů, kteří se domnívají, že spirituální péče pacientům opravdu slouží jako podpora, zdroj motivace a síly k boji proti své nemoci nebo své těžké životní situaci.

Spirituální péče může být zajišťována v určité míře i erudovanou sestrou, která se v problematice orientuje a má dobrou komunikační dovednost. V některých případech může pacientům pomoci více než nemocniční kaplan, protože pacient může mít určité předsudky v povolání nemocničního kaplana. V tomto případě si s pacientem sestra pohovoří na téma, které ho trápí a vysvětlí mu lépe, k čemu slouží nemocniční kaplan a jak fungují jeho služby. Toto tvrzení, které vyplývá z rozhovorů s informanty, potvrzuje i Jankovský (2018). Informanti uváděli, že sestry, které se o pacienty starají, se nejprve snaží s pacientem popovídat samotné, a poté když je zapotřebí, informují nemocničního kaplana a domluví pacientovi s ním schůzku nebo si ji domluví pacient sám. Informanti také udávali, že nemocniční kaplan může posloužit i jim a dát jim rady, jak s pacientem

lépe komunikovat a jak reagovat na jeho otázky a obavy. Stejný postup rozhovoru, který udala část informantů, podporuje svým tvrzením Prokop (2005).

V Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice, která byla v roce 2006 uzavřena, se uvádí, že nemocniční kaplan musí pracovat podle etického kodexu, který mu stanovuje například, že je jeho povinností pacientovi pomoci kontaktovat kněze pokud, pacient bude chtít vykonat zpověď nebo jen promluvit si s ním. Z rozhovorů, které jsem prováděla v Českých Budějovicích, jsem se od informantů dozvěděla, že mají zkušenosti s tím, že na oddělení byl povolán kněz a u pacienta, který si ho vyžádal, kněz vykonal zpověď. Z tohoto poznatku soudím, že v nemocnicích opravdu respektují přání a práva pacientů.

Zaměřím-li se na cíl, který jsem si stanovila, který se zabývá celkovou organizací duchovní péče na daném oddělení, použiji k ní jako zdroj teoretických informací publikaci od Bermána (2016), který tvrdí, že spirituální ošetrovatelská péče tkví především v komunikaci a trávení svého času s pacientem. Informanti, kteří byli tázáni, částečně odpověděli totožně, protože si myslí, že spirituální péči mohou pacientovi dopřávat sami, pomocí rozhovoru s ním, pokud o to pacient stojí. Snaží se s ním promluvit, ale úskalí, které v tomto případě informanti uváděli, spočívá v tom, že sestry nemají dostatek času na to, aby se mohli takto věnovat každému pacientovi a také proto vidí, velikou oporu v nemocničním kaplanovi. Zjištění, které vyplývá z výzkumu a přispívá k tomu, aby byl komplexní přehled o organizaci spirituální péče na oddělení následné péče, je frekvence návštěv nemocničního kaplana tohoto oddělení. Z literatury konkrétně Prokop (2005) hovoří především o spolupráci, která nezbytná mezi nemocničním kaplanem a sestrou, kdy sestra si všimá pacientova zdravotního a psychického stavu a je schopná vyhodnotit, kdy by pacient potřeboval rozhovor s nemocničním kaplanem. Výzkum jeho poznatek potvrzuje a informanti ho doplňují informace, týkající se návštěv pacientů nemocničním kaplanem, kaplan chodí na oddělení následné péče pravidelně, odpovědi se na různých dotazovaných odděleních liší, ale nejčastější odpovědí bylo, že nemocniční kaplan na oddělení dochází jednou do týdne a poté po domluvě se staniční sestrou, ošetřujícím lékařem, rodinou pacienta nebo se samotným pacientem. V nedávné době, co probíhal striktní zákaz návštěv, kvůli koronavirové pandemii, poptávka po péči nemocničního kaplana vzrostla, protože pacienti byli téměř izolováni od komunikace s rodinou a přáteli.

V teoretické části se zabývám ošetrovatelskou péčí u pacienta a v rozhovoru s informantem SB3 jsem se setkala s ošetrovatelskou diagnózou zhoršená religiozita s číslem 00169, která tkví v nemožnosti plnit své náboženské přesvědčení či nerealizovatelnosti rituálů spojených s vlastní vírou, kterou vytvořil Herman (2015). Informant SB3 řekl „*Pacient si slovně řekne o přítomnost kaplana či faráře, ale pokud se nedokáže sám vyjádřit, ptáme se jeho rodiny, zda by mohl mít zájem o nějakou z možností poskytnutí spirituální péče. Zda je věřící nebo chodil pravidelně do kostela. Rodina nám třeba poskytne informace, co má pacient rád, co ho těší nebo na čem v životě lpěl, co pro něj bylo důležité.*“ Tento rozhovor potvrzuje, že pacienti mají spirituální potřeby a strádají z důvodu neschopnosti jejich naplnění, i když si to sestry často ani neuvědomí.

Svatošová (2012) zastává názor, že spirituální péče je dostatečně saturována v nemocničních zařízeních, ale je zapomínána u pacientů v domácí péči a já se s jejím názorem ztotožňuji. Pacientům v nemocnici příjmové sestry vždy nabízejí tuto péči při hospitalizaci, a poté co pacient projeví zájem o tuto péči, je mu poskytnutý kontakt na nemocničního kaplana nebo se staniční sestra spojí s nemocničním kaplanem a domluví s ním rozhovor. V domácí péči pacienti nemají tyto možnosti a často strádají. Například z důvodu sociální izolace nebo z pocitu ztráty smyslu života.

Výzkum se mi prováděl dobře, i přes některé již dříve uvedené komplikace. Obohatil mě o cenné zkušenosti, naučila jsem se lépe komunikovat s informanty, dobře podávat otázky a případně je umět specifikovat. Postřehla jsem značné zlepšení svých komunikačních schopností a jazykové obratnosti. Začala jsem si dávat do souvislostí postupně teoretické a praktické znalosti. Z toho všeho jsem došla k názoru, že spirituální péče a spirituální potřeby jsou stále trochu nepochopené, jak od zdravotníků, tak od širší populace a mělo by být rozšiřováno povědomí o nich. Myslím si, že pacienti by měli vědět, že mají právo na poskytnutí spirituální péče a co tato péče obsahuje. Podle mého názoru tato péče by byla velmi potřebná u pacientů v terminálním stádiu, u lidí, kterým byl náhle změněn život, nečekanou událostí ať už jde o ztrátu blízké osoby či nechtěnou změnou dosavadního života například po nehodě či amputaci některé z části těla. Myslím si, že nemocniční kaplan by těmito lidem mohl pomoci, protože je profesionál a je vyškolen na komunikaci s těmito pacienty a umí jim ukázat život z jiné perspektivy.

## 6 Závěr

Celý název této bakalářské práce zní: „*Spirituální potřeby pacientů, očima sester na odděleních dlouhodobé a následné péče.*“ Cílem práce bylo zjistit, jak sestry na odděleních následné a dlouhodobé péče vnímají pojem spirituální potřeby, zda a jaké spirituální potřeby rozeznávají a jak na ně reagují. Další část cíle byla, zjistit celkovou úroveň a organizaci duchovní péče na daném oddělení. Tato práce se skládá z teoretické části, kde jsou sepsané poznatky z literárních zdrojů, tak aby byl základní informační úvod do dané problematiky. Na teoretickou část navazuje část empirická, kde jsem zkoumala a shromažďovala odpovědi na své stanovené výzkumné otázky.

Z mého výzkumu jsem zjistila, že spirituální potřeby a spirituální péče je pro sestry všeobecně známý pojem. Po bližším prozkoumávání jsem, ale došla k závěru, že spiritualita a s ním blíže spojená víra je pro většinu sester těžko uchopitelné téma, ve kterém se neumí dostatečně orientovat. Sestry umějí poznat, kdy u pacienta nejsou dostatečně uspokojené spirituální potřeby a umí na ně dobře reagovat. Sestrám je velmi nápomocný nemocniční kaplan, který vede rozhovory s pacienty a umí pacienty vyslechnout. Také jsem došla k závěru, že sestry mohou využívat péče nemocničního kaplana i k pomoci naleznutí společné řeči s obtížným pacientem nebo s pacientem, který si prochází těžkou životní událostí. Sestry se shodly, že jeho služeb za tímto účelem čas od času využijí.

Podle mého názoru jsem stanovené cíle splnila a troufám si tvrdit, že by moje práce mohla být přínosná pro studenty, kteří se věnují studiu vysoké školy, aby si rozšířili povědomí o spirituální péči.

Myslím si, že by pro sestry mohla být nápomocna brožura, kterou jsem sestavila a mohla by být k dispozici, sestrám, pacientům, ale i pro pacientovi rodinný příslušníky na odděleních následné a dlouhodobé péče. Dopomůže jim k lepšímu utvoření představy, co jsou to spirituální potřeby, spirituální péče a k čemu slouží nemocniční kaplan. Pacienti mají právo, aby v nemocničních zařízeních měli tyto potřeby k dispozici, a nemocnice jim skrze nemocničního kaplana tyto potřeby umožňují naplnit.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ACKLEY, B. J., 2011. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. 9th ed. St. Louis, Mo.: Mosby-Elsevier, 931 p. ISBN 978-0-323-07150-5.
2. BERMAN, A., et al. 2016. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. Tenth edition. Boston: Pearson, 1552 p. ISBN 9780133974362.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. s. 224 ISBN 978-80-247-5333-1.
4. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 286 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
5. CAREY, L. B., RUMBOLD, B., Good Practice Chaplaincy: An Exploratory Study Identifying the Appropriate Skills, Attitudes and Practices for the Selection, Training and Utilisation of Chaplains. *Journal of Religion and Health* [databáze]. 2015, 54(4), 1416-1437 [cit. 2019-10-23]. DOI: 10.1007/s10943-014-9968-2. ISSN 0022-4197. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-014-9968-2>
6. DOSKOČIL O., 2019. Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních – odkud a kam jdeme? *Praxe*. 1(1), 8-10. ISSN 2571-4376.
7. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice, 2006*. [online]. Katolická asociace nemocničních kaplanů v ČR. [cit. 2019-11-06]. Dostupné z: [http://www.ekumenickarada.cz/in/2654/dohoda\\_o\\_duchovni\\_peci\\_ve\\_zdravotnictvi\\_mezi\\_cbk\\_a\\_erc](http://www.ekumenickarada.cz/in/2654/dohoda_o_duchovni_peci_ve_zdravotnictvi_mezi_cbk_a_erc)
8. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví, 2019* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/65>
9. *Druhy zdravotní péče, 2014*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2019-12-04]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece\\_2627\\_22.html](https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html)
10. ČELEDOVÁ, L., et al. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
11. FARKAŠOVÁ, D., 2010. *História ošetrovatel'stva*. Osveta. Martin. 172 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
12. HERDMAN, T., T., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy- definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. 340 s. ISBN 978-80-271-9009-6.



13. HUDSON, R., RUMBOLD, B., 2005. Duchovní péče. In: O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
14. CHENG, Q., et al. 2019. Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. *Supportive Care in Cancer* [databáze]. 27(9), 3403-3409 [cit. 2019-10-18]. DOI: 10.1007/s00520-019-4636-4. ISSN 0941-4355. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-019-4636-4>
15. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. 304 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
16. KALVACH, Z., et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
17. KALVACH, Z. et al. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
18. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
19. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
20. LACHMANOVÁ, K., 2004. *Laická spiritualita Madeleine Delbrèlové s Kateřinou Lachmanovou*. Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří. 90 s. 80-7192-870-4
21. MARYŠKOVÁ, J., 2015. Nemocniční kaplanství v poločase. *Caritas et Veritas* 5(2), 10-21. ISSN 1805-0948.
22. MAŠKOVÁ, B., SIMMEROVÁ, K., 2006, Ošetrovatelství v péči o dlouhodobě nemocné. In: ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 354 s. ISBN 80-246-1091-4.
23. MAUK, K. L., SCHMIDT N. K., 2004. *Spiritual care in nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 372 p. ISBN 0-7817-4096-7
24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY., 2017. Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb. *Věstník*. 4. 8 s. ISSN 1211-0868
25. MOTLOVÁ, L., OPATRNÝ M., 2010. Senioři. In MARTINEK, M., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vyd. Praha: Jabok. 176 s. ISBN 978-80-904137-6-4.
26. OPATRNÝ, A., 2014. *Pastorace zvláštních skupin*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. 198 s. ISBN 978-80-7465-116-8

27. OPATRŇY, A., 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. 180 s. ISBN 978-80-7465-269-1.
28. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
29. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
30. PROKOP, J., 2006. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita. 142 s. ISBN 80-210-4131-5.
31. PUJOL, N., et al. 2016. [databáze] '*Spiritual care is not the hospital's business*': a qualitative study on the perspectives of patients about the integration of spirituality in healthcare settings. [cit. 2019-12-26] J Med Ethics. doi: 10.1136/medethics-2016-103565. Epub 2016 Aug 24.
32. SLABÝ, A., 2004, Duchovní aspekty paliativní medicíny. In: ADAM, Z., et al. *Paliativní péče*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.
33. SUKUPOVÁ, D., 2015. *Vzdělání a služba všeobecných sester kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského působících v České republice*. České Budějovice
34. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
35. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
36. ŠIKLOVÁ, J., 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. 128 s. ISBN 978-80-7017-197-4.
37. TRETERA R. J., 2017. Vážná potřeba institucionalizované duchovní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních. Úvaha na základě několika osobních zkušeností. In: BENDÁK, J. (ed). *Sborník z konference 1. Církev a stát 2017*. Brno: Masarykova univerzita. s. 9-17. ISBN 978-80-210-8830-6
38. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
39. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
40. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2019-11-06]. In:

*Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4747- 4748. Dostupné z:  
[https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_372\\_2011](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011)

41. ŽALUD, Z., 2012 Velmi nám pomáhá, že naší mluvě nerozumějí: sugestivní a manipulativní prvky v chování středověkého lékaře. *Kontakt* 14(4), 475-484, DOI: 10.32725/kont.2012.047.

## 8 Přílohy

Příloha č. 1: Otázky připravené k polostrukturovanému rozhovoru

1. **Můžete mi popsat, co se Vám vybaví pod pojmem spirituální potřeby pacienta a spirituální péče? Jak to konkrétně vypadá na Vašem oddělení u Vašich pacientů? (Cokoli Vás k tomu napadne).**
  - a. Co podle Vás patří do spirituálních potřeb pacienta?
  - b. Jak na tyto potřeby na Vašem oddělení reagujete?
  - c. Reagujete tak konkrétně vy, nebo je to na oddělení běžné?
  - d. Jaké spirituální potřeby u pacientů na Vašem oddělení nejčastěji pozorujete? A jak je dá pacient najevo?
  
2. **Zaměříme se na jednu z možností, jak reagovat na spirituální potřeby pacienta. Máte nějakou zkušenost s působením nemocničního kaplana? Co o jeho působení v nemocnici víte a co od něj očekáváte?**
  - a. Víte, kdo je nemocničním kaplanem ve Vaší nemocnici? Máte s ním osobní nebo zprostředkovanou zkušenost, pozitivní, negativní? Co tam dělá?
  - b. Jaký je Váš názor na osobu/zaměstnání nemocničního kaplana, který je součástí Vaší nemocnice?
  - c. Co od něj očekáváte, s čím by Vám mohl pomoci, k čemu by mohl být dobrý?
  - d. Jaká je s ním spolupráce – forma, způsob kontaktování, frekvence...
  
3. **Můžete mi popsat, jaký vztah máte k poskytování spirituální péče? Má smysl, a jak ji hodnotíte?**

Příloha č. 2: Informační brožura o spirituální péči a spirituálních potřebách



# SPIRITUÁLNÍ PÉČE

Informační brožura o spirituální  
péči a spirituálních potřebách

**ZPRACOVALA: ANETA  
JEHLÍKOVÁ**

# Co jsou to spirituální potřeby?

## K ČEMU SLOUŽÍ SPIRITUÁLNÍ PÉČE?

- Spirituální nebo také duchovní péče slouží k naplnění duchovních potřeb pacienta, které v období nemoci mohou vystupovat do popředí.
- Každý člověk ve zdraví i nemoci pociťuje potřebu lásky, bezpečí, jistoty, sounáležitosti a smyslu. I to patří mezi spirituální potřeby.

**Informační brožura o spirituální péči a spirituálních potřebách**



# Kdo může spirituální péči využít?

- Kdokoli, kdo má o tuto péči zájem bez rozdílu víry, náboženského vyznání či světonázoru.
- Spirituální péče může být poskytnuta každému pacientovi, jeho blízkým, ale i zdravotnickému personálu.
- Každý má právo spirituální péči přijmout nebo odmítnout.
- Nikdo nesmí být k přijetí spirituální péče nucen.

**Informační brožura o spirituální péči a  
spirituálních potřebách**



# Komu je spirituální péče určena?

Zejména pacientům:

- se závažným či život ohrožujícím onemocněním,
- dlouhodobě nemocným,
- osamělým, smutným a pláčtivým a těm, kteří vyjadřují úzkost a strach,
- kteří si kladou existenciální otázky.
- kteří v důsledku nemoci či úrazu museli změnit dosavadní způsob života.

**Informační brožura o spirituální péči a spirituálních potřebách**





# Kdo poskytuje spirituální péči?

## NEMOCNÍČNÍ KAPLAN

Je kvalifikovaná osoba určená k tomu, aby mohla nemocným, jejich blízkým či zdravotnickému personálu poskytnout profesionální duchovní podporu a doprovázení v těžkých životních situacích a při zvládání obtíží, které jsou s prožíváním těchto situací spojeny, ať už jde o nemoc, závažnou životní změnu či ztrátu blízké osoby.

**Informační brožura o spirituální péči a spirituálních potřebách**

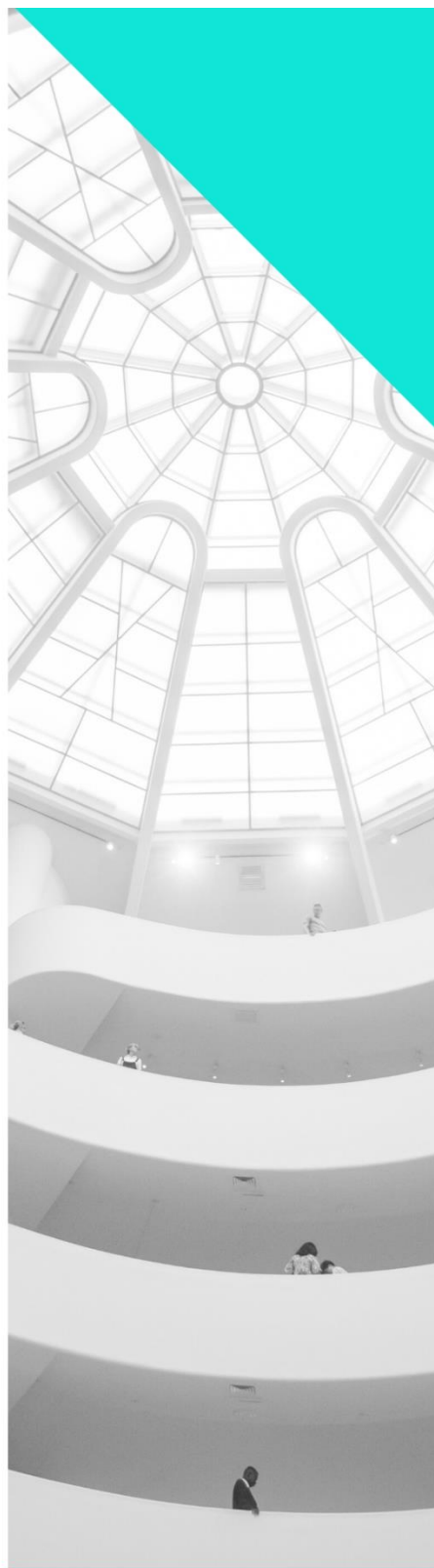


# Na koho dalšího se můžete obrátit?

**SESTRA,  
OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ,  
PSYCHOLOG**

Pokud pacienta tíží některé z problémů, které se mohou spojovat se spirituální potřebou a nechtějí přímo využít služby nemocničního kaplana, mohou se obrátit na ošetřující sestru, lékaře, či si domluvit rozhovor s psychologem.

**Informační brožura o spirituální péči a  
spirituálních potřebách**



# ZDROJE:

- PLEVOVÁ, I., 2011.  
Ošetřovatelství  
II. Praha: Grada. 224 s. ISBN  
978-80-247-3558-0.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011.  
Lidské potřeby ve zdraví a  
nemoci: aplikované v  
ošetřovatelském procesu.  
Praha: Grada. 136 s. ISBN  
978-80-247-3223-7.
- PROKOP, J., 2006.  
Spiritualita umírajících  
pacientů. Brno:  
Masarykova univerzita. 142  
s. ISBN 80-210-4131-5.
- Zákon č. 372/2011 Sb.,  
Zákon o zdravotních  
službách a podmínkách  
jejich poskytování (zákon  
o zdravotních službách),  
2011. [online]. [cit. 2019-11-  
06]. In: Sbírka zákonů  
České republiky, částka  
131, s. 4747- 4748.  
Dostupné z:  
[https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_372\\_2011](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011)

**Informační brožura o spirituální péči a  
spirituálních potřebách**

Zdroj: vlastní zpracování

