



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

## **Uspokojování spirituálních potřeb pacientů ve zdravotnických zařízeních**

### **Bakalářská práce**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Miroslava Mikešová

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D

České Budějovice 2020

## Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci s názvem Uspokojování spirituálních potřeb pacientů ve zdravotnických zařízeních jsem vypracovala 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 práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 uvedením 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 odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8. 2020 .....

*Miroslava Mikešová*

## Poděkování

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Kristýně Toumové, Ph.D. za její trpělivost, ochotu, moc milý přístup a její čas.

Také bych chtěla moc poděkovat všem pracovníkům, se kterými jsem vedla rozhovor.

# Uspokojování spirituálních potřeb pacientů ve zdravotnických zařízeních

## Abstrakt

Tato bakalářská práce nese název „Uspokojování spirituálních potřeb pacientů ve zdravotnických zařízeních“. V teoretické části této práce se zabývám potřebami, jejich rozdělením, definicí a také potřebami nemocného člověka. V další části teorie jsem se soustředila přímo na spirituální potřeby a roli sestry a dalších pracovníků při uspokojování těchto potřeb. Dále je zmíněno nejčastější náboženství ve světě a náboženství u nás v České republice. V bakalářské práci byl stanoven hlavní cíl práce, a to zjistit, jaké mají pacienti možnosti v uspokojování spirituálních potřeb ve zdravotnických zařízeních. K tomuto cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky, VO1: Jakým způsobem se uspokojují spirituální potřeby pacientů v daném zdravotnickém zařízení? a VO2: Do jaké míry pacienti využívají možností pro uspokojení spirituálních potřeb? Pro splnění tohoto cíle jsem využila kvalitativní šetření prováděné formou polostrukturovaných rozhovorů s vedoucími pracovníky z různých zdravotnických zařízení. V rámci tohoto výzkumu bylo uskutečněno sedm rozhovorů s vedoucími pracovníky.

Výzkumné šetření ukázalo, jaký mají vedoucí pracovníci různých zdravotnických zařízení pohled na spirituální potřeby a také, jak je dokáží definovat. Uspokojování spirituálních potřeb je hodně běžné v hospicových zařízeních. V ostatních zařízeních se se spirituálními potřebami setkávají méně nebo skoro vůbec. Pacienti, kteří vyžadují spirituální péči, mohou v první řadě využít zdravotnického personálu. Zdravotnický personál je poté schopný zprostředkovat kněze, faráře nebo v neposlední řadě nemocničního kaplana.

Výstupem této bakalářské práce je odborný článek, který pomůže zdravotnickému personálu, pacientům nebo studentům zdravotnických oborů blíže se seznámit se spirituálními potřebami a jejich možnostmi v uspokojování.

## Klíčová slova

Potřeby; spirituální potřeby; náboženství; sestra; pacient

# **Satisfaction of patient's spiritual needs in healthcare facilities**

## **Abstract**

This bachelor thesis is called „Satisfaction of patient's spiritual needs in healthcare facilities.“. In the theoretical part of this work I deal with the needs, their distribution, definition and also the needs of a sick person. In the next part of theory, I focused directly on the spiritual needs and the role of the nurse and other workers in accomplishing those needs. Also mentioned the most common religions in the world and religion in our country in the Czech Republic. The main goal of the bachelor's thesis was to find out what possibilities patients have in satisfying spiritual needs in healthcare facilities. To this goal, two research questions have been identified, RQ1: How are the spiritual needs of patient's in a particular healthcare facility accomplished?? And RQ2: To what extent do patients use possibilities to satisfy spiritual needs? To accomplish this goal, we used a qualitative survey conducted in the form of semi-structured interviews with directors from various healthcare facilities. Seven interviews were conducted with directors as a part of this research.

The research survey showed how directors of various healthcare facilities have a view of spiritual needs and also how they can define them. Satisfying spiritual needs is very common in hospice facilities. They encounter spiritual needs less or almost never in other facilities. Patients who require spiritual care can primarily use medical staff. The medical staff is then able to mediate a priest, a pastor, or last but not least a hospital chaplain.

The output of this bachelor's thesis is a professional article that will help medical staff, patients or students of medical disciplines to become more acquainted with spiritual needs and their possibilities in satisfaction.

## **Key words**

Needs; spiritual needs; religion; nurse; patient

## **OBSAH**

<b>1</b>	<b>SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>9</b>
1.1	Potřeby člověka.....	9
1.1.1	Klasifikace potřeb .....	9
1.1.2	Nemocný člověk a jeho potřeby .....	11
1.2	Spirituální potřeby .....	12
1.2.1	Náboženství v České republice.....	13
1.2.2	Nejrozšířenější náboženské směry ve světě.....	15
1.2.2.1	Ateismus .....	15
1.2.2.2	Křesťanství.....	16
1.2.2.3	Islám.....	16
1.2.2.4	Hinduismus .....	17
1.2.2.5	Budhismus .....	18
1.2.2.6	Judaismus.....	19
1.2.3	Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb.....	20
1.2.3.1	Role sestry.....	20
1.2.4	Poskytovatelé spirituální péče .....	20
<b>2</b>	<b>CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>23</b>
2.1	Cíle práce .....	23
2.2	Výzkumné otázky .....	23
<b>3</b>	<b>METODIKA</b> .....	<b>24</b>
3.1	Charakteristika výzkumného souboru .....	24
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY</b> .....	<b>25</b>
4.1	Analýza výsledků rozhovorů .....	25
4.1.1	Spirituální potřeby .....	27
4.1.1.1	Charakteristika spirituálních potřeb .....	27
4.1.1.2	Charakteristika pacientů .....	28
4.1.2	Uspokojování spirituálních potřeb.....	29

4.1.2.1 Pracovníci poskytující péči .....	29
4.1.2.2 Četnost využití .....	30
4.1.2.3 Rodinní příslušníci a spirituální potřeby .....	31
4.1.2.4 Umožnění rituálů .....	31
4.1.2.5 Vliv uspokojení spirituálních potřeb na hospitalizaci.....	32
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>33</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>39</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>40</b>
<b>8 PŘÍLOHY .....</b>	<b>43</b>

## Úvod

Spirituální potřeby mohou být velmi důležitou součástí člověka. Pro někoho stejně důležité, jako například potřeby biologické. Obzvláště v těžké nemoci nebo dokonce blížící se smrti mohou velmi zaměstnávat myšlení člověka. Spirituální potřeby mohou být pro někoho obtížně sdělitelné. Schopnost komunikovat o spirituálních potřebách je u lidí velmi rozdílná. Uspokojení spirituálních potřeb může umožnit lidem smysluplné nebo dokonce i šťastné prožití i těch nejrůznějších bolestivých fází života. Je důležité si uvědomit, že spirituální potřeba není spojena pouze s náboženstvím. Spirituální potřebu může mít kdokoli z nás bez ohledu na náboženské vyznání.

V teoretické části se zabývám potřebami obecně. Jejich dělením, definicím nebo také potřebami u nemocného člověka. Také je teoretická část zaměřená na nejrozšířenější náboženské směry ve světě, na náboženství u nás v České republice nebo na roli sestry v uspokojování právě spirituálních potřeb. Role sestry v uspokojování potřeb pacientů je velmi důležitá, neboť je s pacienty ve zdravotnickém zařízení v každodenním a blízkém kontaktu. Druhá část, tedy výzkumná část, obsahuje metodiku výzkumu a výsledky rozhovorů s vedoucími pracovníky.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají pacienti možnosti v uspokojování spirituálních potřeb ve zdravotnických zařízeních. Informace jsem zjišťovala od vedoucích pracovníků z různých zdravotnických zařízení. Práce popisuje spirituální potřeby v různých zdravotnických zařízeních, jaké jsou v uspokojování spirituálních potřeb možnosti, jaká je čestnost uspokojování těchto potřeb nebo například i pohled těchto vedoucích pracovníků na spirituální potřeby a jejich individuální charakteristiku spirituálních potřeb.

Toto téma jsem si vybrala proto, abych si doplnila informace o spirituálních potřebách a ucelila si na ně názor. Při své v praxi v nemocnici jsem se se spirituálními potřebami setkala jen párkrát a nejčastěji jejich uspokojení obstarával nemocniční kaplan. Velmi přínosná byla praxe v hospicovém zařízení, kde jsou spirituální potřeby velmi časté a blíže jsem se s nimi seznámila.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Potřeby člověka

V současném ošetrovatelství se požaduje v péči o nemocné holistický přístup. Jedná se o uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb (Kutnohorská, 2013).

Lidská potřeba je stav, který vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku a touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění těchto potřeb vede k vyrovnaní, obnovení nebo změně rovnováhy organismu. Naše potřeby jsou nutné, užitečné a souvisí s kvalitou našeho života (Šamánková, 2011). Lidské potřeby jsou zcela individuální a každý člověk vyjadřuje své potřeby jinak. U hodnocení potřeb pacientů se vychází ze subjektivních a objektivních příznaků. Subjektivní příznaky jsou ty příznaky, které udává sám nemocný, nebo je zhodnotí na dotaz. Patří sem například pocit únavy, osamělosti, hladu a pocit studu. Jde o subjektivní prožívání. Objektivní příznaky můžeme na pacientovi pozorovat my sami. Je důležité, aby měl zdravotnický pracovník pozorovací schopnosti, aby mohl včas upozornit na pacientovy potřeby. Může se stát, že pacient může příznaky zastírat, nechce s nimi obtěžovat nebo dokonce není schopen dostatečně komunikovat. Příkladem objektivních příznaků může být suchý jazyk, rty a sliznice, smutný výraz v obličeji, slzy a tak dále. (Kelnarová, 2015). Potřeby mohou být ovlivněny věkem, výchovou, zkušenostmi, prostředím a sociokulturními hodnotami člověka. Každá potřeba se navzájem ovlivňuje, takže naplnění jedné potřeby může mít vliv na naplnění potřeb jiných. V průběhu života se ale potřeby jedince mění (Dušová, 2019). Pro vznik nových potřeb je mechanismem nápodoba. Člověk se často srovnává například se svými přáteli, sousedy, známými a touží být nebo jednat jako oni. Jde o tendenci jedinců se co nejvíce podobat členům jejich skupiny.

### *1.1.1 Klasifikace potřeb*

Existuje mnoho různých dělení potřeb. Nejrůznějšími potřebami se zabývají psychologové a sestavují indexy potřeb (Dušová, 2019).

Biologické potřeby jsou v podstatě zaběhnuté zvyky v souvislosti s uspokojováním potřeb potravin, tekutin, spánku, vylučování a tak dále (Dušová, 2019). Mezi biologické

potřeby řadíme také potřebu být bez bolesti (Šamánková, 2011). Biologické potřeby jsou rozhodující pro přežití a jejich automatická regulace je zabudována do mozku novorozence. Psychologické faktory mohou narušovat regulaci biologických potřeb. U některých jedinců dochází například k anorexii a poruch příjmu potravy (Plotnik et al, 2014).

Psychické potřeby vychází z individuálního prožívání a vnímání světa. Je to prožívání psychických stavů a jevů. Řadí se sem potřeby duševní jistoty, potřeby respektu, pohody, anebo potřeba samostatnosti a nezávislosti (Dušová, 2019).

Sociální potřeby jsou ovlivněny společností a sociálním zázemím jedince a odvíjejí se od kulturního prostředí, ve kterém člověk žije. Patří sem například potřeba uznání, touha po kontaktu a komunikaci s lidmi, potřeba zdatnosti a schopnosti (Dušová, 2019). Sociální potřeby jsou potřeby, které jsou získávány prostřednictvím učení a zkušeností (Plotnik et al, 2014).

Spirituální neboli duchovní potřeby se propojují s duchovním směrem člověka. Patří sem potřeby náboženských zvyklostí, otázky vztahující se ke smrti, strádání anebo otázky lidského bytí a existence (Dušová, 2019).

Abraham Harold Maslow (1908-1970) byl americký psycholog a představitel humanistické psychologie. Narodil se v New Yorku a byl první ze sedmi dětí. Také byl jako první dítě veden ke vzdělání a kariéře (Mastiliaková, 2014). Jako první Maslow seřadil základní stupnici lidských potřeb, která je znázorňována jako pyramida. Autor seřadil lidské potřeby hierarchicky. Tedy od těch nejnaléhavějších biologických, přes psychosociální potřeby až po potřeby seberealizace. V této teorii se obecně uplatňuje, že uspokojení níže položených potřeb je podmínkou pro uplatnění potřeb vyšších (Čevela et al., 2012).

**Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb**



Obrázek Maslowovy pyramidy potřeb. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/>.

Potřeby bezpečí a jistoty se objevují v životních situacích ztráty pocitu bezpečí a jistoty. Patří sem touha po důvěře, spolehlivosti, ekonomické zajištění, stabilita a tak dále (Dušová, 2019). Mezi potřeby sounáležitosti patří například potřeba někomu a někam patřit, začlenit se do skupin, být milován (Mastiliaková, 2014). Potřeby uznání a sebeúcty se projevují snahou získat sociální hodnoty. Tyto potřeby vyjadřují touhu respektování od lidí (Dušová, 2019). Podle Maslowa bývají lidé, kteří dokáží uspokojit své vyšší potřeby šťastnější, spokojenější a výkonnější. (Dušová, 2019). V potřebách seberealizace jde tedy o vyjádření vlastní individuality, svých schopností, záměrů a podobně. (Mastiliaková, 2014).

### ***1.1.2 Nemocný člověk a jeho potřeby***

Při ošetřování nemocného člověka musíme mít na paměti, že jeho nálada, prožívání i chování jsou ovlivněny uspokojováním jeho potřeb. Nemocný je často omezen v řadě činností jako je například omezení styku s přáteli nebo vrstevníky, nesmí cestovat nebo jíst svá oblíbená jídla. Při infekčních chorobách je izolován úplně. Zdravotnický personál by měl mít vždy na paměti, že nemocný je lidská bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění, pomoc, potřebu bezpečí a jistoty, potřebu podnětů a činnosti i potřebu realizace krátkodobých či dlouhodobých cílů. Veškerá omezení

v těchto oblastech mohou mít silně nepříznivý vliv na průběh choroby. Některá onemocnění, hlavně chronická, jsou velkou zátěží. Člověk se musí přizpůsobit novým podmínkám, musí změnit svůj dosavadní život, návyky, stravování a musí se smířit i s omezením v oblasti seberealizace. Takový nemocný může být často depresivní, rezignuje, poddává se nemoci. Důležité je také podávat nemocnému dostatek informací. Dostatek informací nejen o nemoci, ale třeba i o režimu v nemocnici. To přispívá ke zklidnění a získání si klienta ke spolupráci. Neinformovanost vyvolává obavy a může narušit léčebný i ošetrovatelský proces (Zacharová et al, 2011).

Nemocný člověk často vnímá priority svých potřeb hodně odlišně na rozdíl od zdravotnického personálu. Právě spirituální potřeby mohou být v určité fázi nemoci prioritní před potřebami biologickými. Vždy je potřeba s nemocným o potřebách komunikovat (Kutnohorská, 2013).

## **1.2 Spirituální potřeby**

Ještě v nedávné době byly spirituální potřeby pacienta v podstatě tabu, a právě proto se ještě i dnes mnoho lidí včetně zdravotníků může domnívat, že se jedná o potřeby pouze věřících pacientů (Svatošová, 2012). Každý z nás má spiritualitu bez ohledu na náboženské vyznání nebo přesvědčení (Bužgová et al, 2019). Spirituální nebo také duchovní potřeby propojují člověka s jeho duchovním směrem. Patří sem například okolnosti a otázky, které se vztahují ke smrti, strádání, také potřeby určitých náboženských rituálů a zvyklostí nebo otázky lidského bytí a existence. Můžeme je brát, jako určitou energii, která v životě pohání člověka a poskytuje životu určitý smysl a naději. Důležité je, že spirituální potřeby se významně liší od potřeb psychických. Jde o něco osobnějšího a hlubšího. Duchovní potřeby mohou nabýt větší důležitosti v období vážné nemoci nebo v terminálním stádiu nemoci (Dušová, 2019). Každý člověk nebo pacient v takovou chvíli potřebuje a chce vědět to, že mu bylo odpuštěno, a i on sám může mít potřebu odpouštět. Každý chce vědět, že jeho život měl a má smysl. To ale neznamená, že duchovní potřeby má jen člověk nemocný. (Svatošová, 2012). Do spirituálních potřeb můžeme zařadit například potřebu naděje, sebeúcty a důstojnosti, potřebu svobody, poznání, ale také například potřebu lásky a přátelství (Dušová, 2019). Spirituální péče je základ pro co možná nejlepší zvládnání bolesti. Duchovní bolest nebo také bolest duše představuje stav, kdy je člověk odpojen od hlubokých a nejzákladnějších aspektů své osobnosti. Pod touto bolestí se ukrývají

mnohé emoce jako je například úzkost, strach, hněv, zoufalství a osamělost (Bužgová et al., 2019). Určité problémy ve spirituálních potřebách nebo deficit v duchovních potřebách nemusí pacient zdravotnickému personálu vždy sdělit nebo tento deficit neumí ani přesně pojmenovat. Nemusí si vždy uvědomovat, co je příčinou jeho nespokojenosti nebo obtíží. Tento deficit, nebo problém, v této oblasti se u pacienta může projevovat různými způsoby. Například v emočním a psychickém prožívání nebo také fyzickými potížemi. To všechno může vyústit i v takzvané psychosomatické potíže, jako zde mohou být například bolest a nespavost. Je tedy velmi důležité a záleží na personálu a znalostech i zkušenostech, aby dokázal obtíže rozeznat a vhodně s pacientem komunikovat (Malíková, 2011). Velmi důležitou roli v uspokojování spirituálních potřeb mají kněží a stávají se tak nedílnou součástí týmu. Spirituální potřeby jsou spjaty s lidskou existencí a odborníci jsou povinni pomáhat v oblasti spirituálních potřeb (Zrubáková et al., 2019). Mohou být ale také jiné formy uspokojení spirituálních potřeb, než je návštěva duchovního. Pacient ve zdravotnickém zařízení například může také poslouchat duchovní hudbu, zapůjčit si duchovní literaturu nebo si také může na pokoj umístit nejrůznější předměty. Efektivní a správná spirituální péče může hospitalizovanému pacientovi velmi pomoci, a to se také na pacientovi projeví. Pacient může být vyrovnaný, klidný, umí chápat druhé, může být také více tolerantní, vyzařuje z něj určitá harmonie a nemusí mít konflikty se svým okolím. Také umí vše přijmout tak, jak to je, nebo rozumí všem situacím ve všech životních etapách (Malíková, 2020).

Spiritualita může být spojením nejen s Bohem, ale i s přírodou, s ostatními osobami nebo okolím. Spiritualita, také Náboženství, je řízena kulturou a tradicí. Je to systém náboženských postojů, praktik a přesvědčení. Víra je spojována se spiritualitou i náboženstvím, je však více subjektivní a osobní (Paul et al., 2019). Duchovní blaho s rozměry víry, míru a smyslu je důležitá součást celkové kvality života. Duchovní pohoda může snižovat závažnost symptomů, beznadějí nebo dokonce touhu po smrti (Ripamonti et al., 2018). Základem ve spirituálních potřebách je duchovní opora a schopnost naslouchat (Kutnohorská, 2013).

### ***1.2.1 Náboženství v České republice***

V Československu v prvních letech nezávislosti došlo mezi českou populací k náboženským změnám. Během těchto prvních tří let opustilo katolickou církev více

než milion Čechů. Podobný, ale slabší proces se objevil i v roce 1930. Nástup komunistického režimu pak církevnímu náboženství také příliš nepomohl (Hamplová, 2013). Náboženství se v určitých podobách vyskytuje v každém lidském společenství. Náboženství začala vznikat v době, kdy začala vznikat i první výtvarná díla (Hejna, 2010).

Nejpočetnější církví v České republice je církev římskokatolická. Nejčastěji se nachází na Moravě. Mezi lety 2001 a 2011, kdy v těchto letech probíhalo sčítání lidu, bylo nově registrováno 11 církví a náboženských institucí (Český statistický úřad, 2014).

I přes to, že se výrazně snížil počet osob hlásících se k Církvi československé husitské, přesněji o 60 %, je tato církev třetí nejpočetnější církví u nás. V roce 2011 se hlásilo k Církvi československé husitské 39 229 obyvatel (Český statistický úřad, 2014).

Církev československá husitská je tvořena křesťany a vznikla 8.1.1920. Učení této církve vychází z Bible a křesťanské tradice. Základem jsou pravidelné nedělní bohoslužby. Církev má sedm svátostí (křest, birmování, večeři Páně, pokání, manželství, útěchu nemocných a svěcení kněžstva). Církev československá husitská zajišťuje duchovní péči o děti, mladistvé a dospělé. Koná také pravidelné biblické hodiny. Duchovní a ostatní spolupracovníci se starají i o duchovní péči. Jedná se o návštěvy u nemocných, osamělých, pozůstalých a podobně. Duchovní je vázán zpovědním tajemstvím, a lze ho požádat o soukromou zpověď či pastorační rozhovor. V čele této církve je patriarcha ThDr. Tomáš Butta, kdy byl v roce 2006 zvolen jako VIII. Patriarchou Církve československé husitské (Církev československá husitská, 2019).

Svědkové Jehovovi uctívají jediného Boha, který se jmenuje Jehova. Jsou přesvědčeni, že autorem Bible je Bůh, který do ní zapsal informace, které jsou pro ně důležité. Neuctívají žádné symboly, obrazy ani sochy. Boha uctívají hlavně tím, že se k němu modlí, čtou a studují Bibli, následně přemýšlí o tom, co se z Bible dozvídají, schází se na společné modlitby a studování Bible. Svědkům Jehovovým dává po celém světě pokyny vedoucí sbor. Vedoucí sbor je malá skupina, ve které jsou zkušení křesťané a pracují ve světovém ústředí (Svědkové Jehovovi, 2019).

Svědkové Jehovovi nepřijímají žádné potraviny, které jsou vyrobeny z krve nebo obsahují krevní složky (zabijačkové pokrmy). Kouření je zakázáno. V oblasti lékařství

svědkové Jehovovi nepřijímají očkování, které obsahuje krevní deriváty. Přijetí takových látek je pod kontrolou každého člena. Pokud je to ale možné, volí jinou alternativu. Svým členům je striktně zakázáno přijímat transfúze a při tomto porušení hrozí členovi vyloučení z církve. Každý člen u sebe nosí podepsanou kartu pro lékařskou péči, kde potvrzuje, že nechce přijímat žádnou krev. Co se týká léčby například alternativní, akupunktury, nebo homeopatie, je rozhodnutí ponecháno na jedinci (Vymětal, 2009). Odmítání přijímání veškerých krevních přípravků je založeno na pasážích z Bible. Navíc věří, že by měla být zahozena veškerá krev, co opustí tělo (Řeháček et al., 2013).

Římskokatolická církev má na našem území historicky nejdelší tradici. Celkem se v roce 2011 hlásilo k římskokatolické církvi 1 082 463 osob (Český statistický úřad, 2014). Celkově římskokatolická církev představuje 50 % křesťanů ve světě (Dingová Šliková, 2018). Současný kardinál je Dominik Duka (Církev.cz, 2020). Římskokatolická církev přísně zakazuje potraty, a to i tehdy, je-li matka v ohrožení života. Také neuznává ani antikoncepci (Dingová, Šliková, 2018).

V Českobratrské církvi evangelické věřící praktikují bratrskou zpověď (nemusí se nutně zpovídat u duchovního). Českobratrská církev evangelická nesouhlasí s potraty na přání, ale terapeutickými účinky je nezakazuje (Dingová Šliková, 2018). Církevní nejvyšší správní orgán se nazývá synodní rada. V čele synodní rady stojí nejvyšší představitel církve tzv. synodní senior/ka (duchovní) a nyní je to Daniel Ženatý (Českobratrská církev evangelická, 2020).

Pravoslavná církev používá juliánský kalendář. Data jsou posunuta o 13 dnů a den začíná v 18 hodin. Bohoslužby se konají třikrát za den. Zvyky pravoslavných se mohou lišit. Záleží zejména na zemi původu a věřící tak nemusí chtít přijímat svátosti od věřících z jiného národa (Dingová Šliková, 2018). V roce 2011 činil počet osob hlásících se k této církvi o více než polovinu méně než v roce 2001. V roce 2011 byl tedy počet osob hlásící se k této církvi 51 858 (Český statistický úřad, 2014).

## ***1.2.2 Nejrozšířenější náboženské směry ve světě***

### ***1.2.2.1 Ateismus***

Pod pojmem ateismus se myslí odmítnutí existence Boha nebo i nějakých duchovních bytostí jako například bohové, bohyně a tak podobně. Ateismus je opakem slova

teismus. Toto slovo označuje přesvědčení, že existuje něco božského, co se vyskytuje v našem světě. Ateismus odmítá náboženství současná, ale odmítá také náboženství minulosti. Stejně tak považuje za neexistující i staré pohanské bohy (Jandourek, 2010). Například naše země se řadí k nejateističtějším společnostem na celém světě. Potvrzují to četné sociologické průzkumy a údaje ze sčítání obyvatel (Hejna, 2010). Oproti roku 2001 se počet osob bez víry snížil o dvě pětiny. Takový pokles je ale ovlivněn počtem neuvedených odpovědí. V roce 2011 bylo celkem s neuvedenou odpovědí 4 662 455 osob (Český statistický úřad, 2014). Větší míra ateismu je také v severských státech (Jandourek, 2010).

#### ***1.2.2.2 Křesťanství***

Křesťanství je největší náboženskou skupinou na světě. Ve světové populaci je to zhruba 35 % populace. Křesťanství lze dělit na tři velké skupiny, a to na katolíky, ortodoxní neboli pravoslavní a na protestanty (Kokasil, 2009). Základní víra je stejná, ale může se lišit v některých bodech vyznání. Náboženství je jednoznačně spojeno s Ježíšem Kristem, který je pro ně Božím synem a spasitelem. Uznává tedy jednoho Boha, který je ve třech podobách (Otec, Syn a Duch svatý) (Dingová Šliková, 2018). Počátky křesťanství se stanovují s dobou narození Krista a zároveň začátkem letopočtu. Křesťanství také společně například s judaismem a islámem patří do tzv. „náboženství knihy“. Posvátnou knihou křesťanů je Bible, která zahrnuje Starý i Nový zákon. Mezi křesťany a židy je jeden velký zásadní rozdíl. Křesťané uznávají Starý zákon a navazující Nový zákon, ale židé Nový zákon neuznávají. Nebo, že židé čekají na příchod Spasitele, když u křesťanů Spasitel už přišel (Kokaisl, 2009).

#### ***1.2.2.3 Islám***

Islám je hned po křesťanství druhým nejpočetnějším náboženstvím na světě. Toto náboženství je státním náboženstvím ve všech arabských zemích. K dalším zemím patří například Indonésie, Írán a Pákistán. Muslimské části v Africe nalezneme hlavně na severu Afriky. V Evropě je muslimů poměrně málo, avšak jejich počet se z důvodu přistěhovalectví stále navyšuje. Islám patří mezi monoteistická náboženství. Klade velký důraz na dodržování zákazů a příkazů podobně jako judaismus. O vzniku Islámu můžeme mluvit v souvislosti s prorokem Mohamedem, tedy v 7.st.n.l. Podle Muslimů se ale jedná o náboženství starší, a to proto, že navazuje na židovskou i křesťanskou tradici. Islám se šířil velmi rychle a zahrnuje předpisy, které upravují životy jednotlivců



i obce. I přesto ale všechny muslimy spojuje pět společných pilířů, neboli povinností (Kokaisl, 2009). Vyznávají víru a modlí se 5x denně v určitou dobu (než vyjde slunce, v poledne, odpoledne, při západu a po západu slunce). Před modlitbou je důležité se omýt tekoucí vodou. Jde především o vypláchnutí očí, úst, uší a omytí rukou po lokty a nohou po kolena. Nemocným je umožněno se modlit třikrát denně (Dingová Šliková, 2018). Dodržují půst v měsíci Ramadán a účastní se poutě do Mekky. Za některých okolností mohou být lidé od některých povinností osvobozeni. Například těhotné ženy, staří a nemocní lidé apod. Za ně může například pouť do Mekky vykonat někdo jiný. Nejposvátnější kniha je Korán. Byla zapsána až po Mohamedově smrti. Odlišuje se od ostatních posvátných knih. Bible je považována za Boží slovo, které psali lidé naproti tomu Korán je přímo božím textem a jeho autorem je přímo Bůh. Po smrti svého zakladatele se Islám začal poměrně rychle štěpit na různé směry a sekty. Rozdělují se na dva hlavní směry, a to sunnity a šíity. Sunnité se kromě Koránu řídí sunnou. Sunna je doporučení a stojí pod povinností a zahrnuje Mohamedovy výroky. Mezi nejposvátnější místo patří zmíněné město Mekka. Věřící se při svých pravidelných modlitbách otáčejí směrem k Mekce. Pouť do Mekky by měl vykonat alespoň jednou za život každý muslim. Do Mekky nemá přístup žádný nevěřící a pouť je možné vykonat pouze kolektivně a v přesně dané dny (Kokaisl, 2009).

#### ***1.2.2.4 Hinduismus***

Hinduismus je vázán především na indický subkontinent, a dále potom na ta místa, kde žijí Indové. Počet obyvatel v Indii už překročil počet jedné miliardy, z níž je kolem 800 miliónů hinduistů a dalších zhruba 30 miliónů hinduistů žije v jiných zemích. V Nepálu tvoří hinduisté 80-90 % všech obyvatel. Nepál je zároveň také jediná země světa, která má hinduismus jako státní náboženství. To, čemu se dnes říká hinduismus, se začalo formovat od konce 1. tis. př. n. l. Začátky tohoto náboženství jsou spojeny s tzv. harappskou kulturou (podle místa nálezů). Podle dochovaných nálezů se jednalo o kulturu vyspělou (Kokaisl, 2009). Hinduismus uctívá mnoho bohů a bohyň a všichni jsou odrazem ducha nejvyššího (Dingová Šliková, 2018). Jako hlavní bůh je označován Bráhma. Velmi důležitou složkou bráhmánismu je učení o činu, neboli o karmě a koloběhu života, neboli sansára. Podle něho platí, že každý, kdo žije v souladu s předpisy a pravidly své kasty se zrodí k lepšímu životu. Pokud tomu tak není, jeho duše se v opačném případě převtělí do příslušníka u nižší kasty. Například ve zvíře, rostlinu a tak dále. Pojem hinduismus se začal používat v 19. století. Pojmenovávala se

tak skupina indických náboženství. Hinduisté původně své náboženství nijak nenazývali. Toto označení je odvozeno od slova hindu (řeka-z perštiny) nebo sindhu (ze sanskrtu). Mezi společné znaky hinduistů patří například řetěz znovuzrození, že vše ovládá karma, bůh se projevuje mnoha způsoby a v mnoha bozích a k vysvobození vede mnoho cest. Hinduismus nemá žádný kanón, co by vymezoval náboženské představy. Hinduisté mají mnoho posvátných míst, které souvisí s přírodou. Jsou to především hory Himaláje, Sloní jeskyně, mořské, zálivy a jezera a řeky. Nejznámější hinduistický chrám se nachází v Kambodži. Jedná se o Angkor Vat, chrámový komplex vybudovaný ve 12. st. n. l. (Kokaisl, 2009). Hinduisté své bohy oslavují v chrámech, doma nebo v domácích svatyních. Při obřadech používají tzv. obětiny jako například jídlo a pití nebo květiny a dále také vonné tyčinky. Modlitby, meditace, zpěv a hudba jsou součástí. Každý hinduista má pět každodenních povinností. Jsou to uctívat rodinného boha, provádět meditaci nebo jógu, projevovat úctu předkům a starším, být pohostinný k chudým lidem a svatým mužům a ženám a mít respekt ke všem živým tvorům (Dingová Šliková, 2018).

#### **1.2.2.5 Budhismus**

Nejvíce buddhistů se nachází v Asii a tvoří asi 10 % obyvatelstva. V ostatních světadílech se nacházejí v malém počtu, ale i tak se s nimi setkáváme kvůli přistěhovalcům. Jako buddhismus se označuje vše, co se vyvinulo z učení indického prince Siddhártha Gautama neboli také Buddha. Buddha je tedy historická osoba Siddhártha Gautama, ale také každý, kdo prošel osvícením. Bohové v buddhismu jsou bytosti, které mají odlišné schopnosti od smrtelníků (Kokaisl, 2009). „*Konečným stavem je nirvána, kdy se duše vymaní z cyklu znovuzrození, bude osvobozena od pozemských strastí a stejně jako Buddha dosáhne osvícení.*“ (Dingová Šliková, 2018). Bůh v islámu, židovství nebo křesťanství je pánem a stvořitelem všeho. Takový Bůh dává smysl lidskému životu a dějinám. Buddhismus takového Boha nezná. V buddhismu navíc není kladen důraz na individualitu. U buddhismu neexistuje žádná trvalá duše a všechny věci jsou bez já. Buddhické tradice se mohou rozdělit přibližně podle geografie podle místa vzniku buddhismu. Na jihu, především v jižní a jihovýchodní Asii se setkáváme s buddhismem, který klade velký důraz na meditaci. Na severu je rozšířený tibetský buddhismus, na východě hlavně v Japonsku je rozšířený s mystikou a paradoxy, a jako západní se může označit ten buddhismus, který pronikl do Ameriky a Evropy v 50. a 60. letech. Stúpa je nejstarším a nejdůležitějším symbolem

buddhismu. Nejčastěji se zde uchovávaly relikvie, svaté texty a nebo Buddhovy ostatky. Rovněž se také tyto stavby stavěli jako poděkování nebo jako upomínka určité události (Kokaisl, 2009). Pět základů buddhistické filozofie je nekrást a nelhat, necizoložit, neublížovat bytostem a nepít opojné nápoje. Buddhisté odmítají transfúze, očkování a často i jen klasické léky. Ovšem za zcela specifických okolností povolují potrat nebo eutanazii (Dingová Šliková, 2018).

#### ***1.2.2.6 Judaismus***

Úplně první zemí, kde měli židé svůj domov, je území Palestiny a Izraele. Zásadním způsobem se rozmístění židovského obyvatelstva změnilo během 2. světové války a pak po jejím skončení. Před válkou bylo právě Německo a Polsko zemí s nejvyšším počtem židů a po skončení války tu zůstaly jen zlomky židovského obyvatelstva. Dnes je na celém světě kolem 16 milionů židů. Nejdůležitějším a hlavním bodem je přísný monoteismus. V tomto náboženství je kladen velký důraz na pravidelnou práci. Podle nařízení je sedmý den dnem odpočinku. Tento den je tedy přísnou povinností, ale i výsadou. Židé také věří v posmrtný život, ačkoli zde není jednotná představa. Podle učení dojde ke vzkříšení nespravedlivých i spravedlivých, kdy nespravedliví budou trpět a spravedliví budou odměněni (Kokaisl, 2009). Hlavní modlitbou židovské bohoslužby je Amida a původně se skládala z osmnácti částí (Brumlik, 2012). V judaismu jsou důležité ranní, odpolední, večerní modlitby a modlitby při jídle. Náboženské povinnosti plní převážně muži. Ve zdravotnickém zařízení je důležité umožnit takovým pacientům dostatek soukromí. Modlitby recitované, tiché a doprovázené rytmickými úklony (Dingová Šliková, 2018). Nejvýznamnější den u židů je takzvaný Jom Kipur neboli Den smíření. Tento den představuje vyvrcholení deseti dnů pokání, které začíná na Nový rok neboli Roš ha-šana (Brumlik, 2012). Sváteční den je sobota (šabat) a v tento den je zakázaná fyzická práce a čas je určen k modlitbám (Dingová Šliková, 2018). Dalším důležitým bodem této víry je očekávání Mesiáše. Mesiášova podoba a představa se ale liší u různých židovských skupin. Mesiáš může být přijímán jako Boží syn nebo za svěřenou mocnou osobu. V architektuře má svá specifika židovský dům. Zvláštností je tzv. „mizrach“ což je slovo hebrejského původu a znamená „východ“. Tabulka nebo obraz, na které je napsáno, ukazuje na východní zdi, které jsou směrem k Jeruzalému. Hlavní bohoslužba se původně konala jen v jeruzalémském chrámu. Do chrámu pak putovali židé i z velice vzdálených končin o velkých svátcích. Funkci chrámu pak po jeho zničení převzala synagóga. Odehrávala se tu jak bohoslužba, tak i výuka a zároveň

se stala i místem společenského styku. Synagogy se po světě stavěly tak, aby byly obráceny k Jeruzalému. Pro židy je pak také typické pohřbívání do země. Většina takto náboženských obcí má svůj vlastní hřbitov (Koaksil, 2009). K dalším hlavním obřadům pak patří obřizka chlapce a svatby. Muži nosí na hlavě malou čepičku (jarmulku) a vdané ženy mají často zakryté vlasy (Dingová Šliková, 2018).

### ***1.2.3 Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb***

#### ***1.2.3.1 Role sestry***

Pro práci sestry je nezbytná teoretická znalost potřeb. Napomáhají sestře porozumět jedincům, o které pečuje. Jsou také důležité pro posuzování chování a plánování ošetrovatelské péče. Uspokojování potřeb je jednání způsobující uvolnění napětí, které je vyvolané potřebou. Uspokojování potřeb může být ale ovlivněné mnoha faktory. Velkou roli hraje individualita jedince, kde je nejdůležitější charakter jedince. Dále prožívání a uspokojování potřeb v této oblasti velmi ovlivňuje temperament osobnosti. Také individuální city, osobnostní charakteristiky a další vlastnosti jedince. Další, neméně důležitý vliv má vývojové stadium člověka, kultura a rodina (Plevová et al., 2011).

V oblasti uspokojování spirituálních potřeb můžeme pacientům pomoci tím, že budeme respektovat jejich víru a také nadále získávat informace o duchovních potřebách. Sestra také v pomoci uspokojování spirituálních potřeb informuje nemocného a příbuzné o bohoslužbách ve zdravotnickém zařízení, zajistí soukromí a potřebný čas pro duchovní aktivity, pomáhá pacientovi zmírnit nebo vyjádřit smutek a vztek, pečuje o pacienta důstojně. Dále také může sestra pomoci pacientovi při objasnění hodnot nabídnout příležitost k diskuzím. Podle přání nemocného také zprostředkuje návštěvu nemocničního kaplana nebo zprostředkuje návštěvu jiných věřících (Kutnohorská, 2013).

#### ***1.2.4 Poskytovatelé spirituální péče***

Spirituální péče je velmi důležitou součástí vysoce kvalitní zdravotní péče. Zejména pro kriticky nemocné pacienty i jejich rodiny. Stále je ještě běžné, že duchovní péče, která může zlepšit výsledky pacienta a zkušenosti rodiny, je nadále nedostatečně využívána (Ho et al, 2018).

Každé zdravotnické zařízení musí respektovat i duchovní potřeby klientů, a právě sám klient rozhoduje o tom, zda na toto téma chce hovořit a popřípadě s kým. Poskytování duchovní pomoci nezahrnuje pouze nabídku určitých církevních služeb. Při poskytování duchovní péče může hrát důležitou roli i sociální pracovník nebo psycholog. Dále v rámci uspokojování spirituálních potřeb může být klientovi nabídnuto umístění předmětů s náboženskou tematikou. Například sošky, knihy a tak dále. Také by zařízení měla nabízet duchovní a náboženské literatury, elektronické nahrávky duchovních textů a hudby a možnost půjčit si je v knihovně (Malíková, 2011).

Spirituální péčí rozumíme jednání s člověkem. V takovém jednání člověka respektujeme v jeho jedinečnosti a přistupujeme k němu s úctou. Doprovázíme ho v jeho nemoci, obtížích, utrpení i umírání a pomáháme mu k zvládnutí celé životní situace včetně smrti. Pracovníci z různých zdravotnických zařízení, kteří o něj pečují, se snaží s ohledem na náboženské, duchovní a existenciální potřeby zprostředkovat zdroje víry a kulturní hodnoty (Svatošová, 2012).

Nemocniční kaplan se může stát duchovní oporou pro nemocného, ale i jeho rodinu v různých fázích pobytu v nemocnici. Duchovní pomáhají řešit spirituální utrpení, zlepšují komunikaci mezi nemocničním týmem a rodinou a také poskytují různé rituály (Bužgová et al., 2019). Nemocniční kaplan pečuje o všechny pacienty oddělení. Může pomoci i nevěřícím pacientům v jejich obavách a problémech, které vyplývají z pobytu v nemocnici a podobně (Kalvach et al., 2011). Je těžké určit, kdo potřebuje spirituální péči více nebo méně, a to převážně kvůli individualitě spirituálních potřeb a dalších faktorů. Kaplan má obvykle o pacientovi nějaké informace, které se ale mohou po počáteční návštěvě více či méně lišit (Vandecreek, 2010). Nemocniční kaplan v sobě zahrnuje nejen dovednost duchovního, ale například i psychologa nebo sociálního pracovníka. Ovšem nezasahuje do kompetencí farářů, psychologů nebo psychiatrů. Pokud pacient nebo jeho rodina vyžaduje podporu duchovního konkrétní církve, každá nemocnice, popřípadě i nemocniční kaplan by měli umět tento kontakt zprostředkovat (Kalvach et al., 2011). Nemocniční kaplan musí splňovat kvalifikační předpoklady, jako je například dokončené teologické vzdělání na magisterském stupni, kurz pastorační péče, znalosti o duchovní péči v jednotlivých církvích v České republice, právní orientace v oblasti zdravotnictví a sociální péče, orientace ve zdravotnictví a zdravotnických oborech, základní znalost ze zdravotnické a lékařské etiky a další (Svatošová, 2012).

Dobrovolníkem v této oblasti se rozumí osoba, která se ve svém volném čase účastní na spirituální péči o nemocné, a je pod vedením nemocničního kaplana podle dohody ČBK (Česká biskupská konference) a ERC (Ekumenická rada církví) (Asociace nemocničních kaplanů, 2017).

Zdravotníci by měli vždy vyslechnout žádost nemocného a pro uspokojení jeho spirituálních potřeb mu přivolat patřičného duchovního. Věřící pacient si samozřejmě bude nejlépe rozumět s duchovním stejného druhu. Může se ale stát, že návštěva takového duchovního nebude možná zařídit, a právě v takových případech vykoná základní úkoly v podstatě kterýkoliv kněz. Spirituální a psychologickou podporu by mohli v určité fázi poskytnout jak zdravotníci, tak i rodina pacienta. Popřípadě může pomoci i samotný psycholog. Je velmi důležité, aby si všichni pečující o umírajícího člověka uvědomili, že spirituální a psychologické aspekty mohou být pro pacienta stejně důležité jako otázky biologických potřeb. Nemělo by tedy automaticky platit, že je vždy potřeba nejdříve řešit obtíže tělesné a teprve poté je na řadě spirituální oblast (Plevová a Slowik, 2010).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

*Cíl 1: Zjistit, jaké mají pacienti možnosti v uspokojování spirituálních potřeb ve zdravotnických zařízeních.*

### **2.2 Výzkumné otázky**

*1. Jakým způsobem se uspokojují spirituální potřeby pacientů v daném zdravotnickém zařízení?*

*2. Do jaké míry pacienti využívají možností pro uspokojení spirituálních potřeb?*

### **3 METODIKA**

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem použila kvalitativní metodu sběru dat. Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru s vedoucími pracovníky ve zdravotnických zařízeních. Celkem se této části zúčastnilo 7 vedoucích pracovníků ze zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji. Rozhovor s vedoucími pracovníky probíhal na základě osobní schůzky nebo telefonicky. Tito vedoucí pracovníci mi uváděli, jak je to u nich ve zdravotnických zařízeních se spirituálními potřebami. Například, jestli mají pacienti možnost uspokojit své spirituální potřeby, jak je to u nich v zařízení časté nebo kdo u nich v zařízení uspokojení těchto potřeb vykonává. Rozhovory byly realizovány v hospicových zařízeních, v nemocnici, v domově pro seniory a v Alzheimercentru. S každým pracovníkem byl rozhovor veden zvlášť a trval zhruba 15-20 minut. Před začátkem rozhovoru jsem se dotazovaným pracovníkům vždy představila, uvedla je do problematiky a představila jim cíl práce. Také jsem jim vysvětlila, že vše bude probíhat anonymně. Po domluvě s respondenty byly rozhovory nahrávány. Po ukončení rozhovoru jsem poděkovala a následně rozhovory doslova přepisovala. Rozhovor obsahoval 14 předem připravených otázek a první čtyři otázky se týkaly identifikačních údajů (dosažené vzdělání, délka praxe v oboru a pracovní pozice). Dále následovalo 10 otázek k problematice.

#### **3.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 7 vedoucích pracovníků z různých zdravotnických zařízení. Výzkumný soubor tvoří muži i ženy. Pracovníci jsou označeni jako P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P7. Z rozhovorů s těmito vedoucími pracovníky jsem zjistila, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání bylo od středoškolského po vysokoškolské. Pět vedoucích pracovníků dosáhlo vysokoškolského vzdělání a dva vedoucí pracovníci středoškolského. Nejčastější pracovní pozicí, se kterou jsem rozhovory prováděla, byla vrchní sestra. Délka praxe ve zdravotnictví u těchto pracovníků je od 4 do 47 let. Šetření bylo prováděno od března do června 2020. Základní informace o respondentech jsou obsaženy v tabulce č. 1 pro lepší přehlednost.



## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Analýza výsledků rozhovorů

Rozhovory s vedoucími pracovníky jsou rozděleny pro lepší přehlednost do těchto kategorií a podkategorií:

1. Spirituální potřeby
  - a. Charakteristika spirituálních potřeb
  - b. Charakteristika pacientů
  
2. Uspokojování spirituálních potřeb
  - a. Pracovníci poskytující spirituální péči
  - b. Četnost využití
  - c. Rodinní příslušníci a spirituální potřeby
  - d. Umožnění rituálů
  - e. Vliv uspokojení spirituálních potřeb na hospitalizaci

První kategorie obsahuje odpovědi od pracovníků o spirituálních potřebách. Obsahuje jejich individuální charakteristiky, představy a vědomosti. Také obsahuje charakteristiku pacientů, jací pacienti využívají spirituální péči nebo co pro uspokojení spirituálních potřeb musí pacient udělat.

V druhé kategorii se hovoří o tom, kdo poskytuje spirituální péči, jak často této možnosti pacienti využívají, zda je pacientům umožněno využívat rituály v souvislosti s určitým náboženstvím nebo zda uspokojení spirituálních potřeb ovlivňuje hospitalizaci/pobyt jedince a popřípadě jak.

**Tabulka 1 Identifikační údaje pracovníků**

<b>Pracovník (P)</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Pracovní pozice</b>	<b>Délka praxe</b>	<b>Zdravotnické zařízení</b>
<b>P1</b>	Vysokoškolské (magisterské)	Vrchní sestra	10 let	Hospic
<b>P2</b>	Vysokoškolské (bakalářské)	Vrchní sestra	4 roky	Domácí hospic
<b>P3</b>	Středoškolské	Staniční sestra	25 let	Domov pro seniory
<b>P4</b>	Středoškolské	Vrchní sestra	16 let	Alzheimercentrum
<b>P5</b>	Vysokoškolské (bakalářské)	Vrchní sestra	19 let	Nemocnice
<b>P6</b>	Vysokoškolské (magisterské)	Náměstek pro akreditační procesy	27 let	Nemocnice
<b>P7</b>	Vysokoškolské	Lékař	47 let	Nemocnice

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato tabulka obsahuje identifikační údaje o vedoucích pracovnících z různých zdravotnických zařízení z Jihočeského kraje. Pracovník označený jako P1 dosáhl magisterského vzdělání a jeho délka praxe ve zdravotnictví je 10 let. Pracovník P2 dosáhl bakalářského vzdělání a jeho praxe v oboru činí 4 roky. Pracovník P3 má středoškolské vzdělání a délka jeho praxe ve zdravotnictví je 25 let. Pracovník P4 má taktéž středoškolské vzdělání a délka jeho praxe je 16 let. Pracovník P5 a nejvyšší

dosažené vzdělání bakalářské s praxí ve zdravotnictví 19 let. Pracovník P6 má magisterské vzdělání s 27letou praxí ve zdravotnictví a pracovník P7 má vysokoškolské vzdělání s praxí 47 let. Pracovníci označení jako P1, P2, P4 a P5 pracují na pozici vrchní sestry ve zdravotnickém zařízení. Pracovník označený jako P3 pracuje jako staniční sestra. Pracovník P6 pracuje na pozici náměstka pro akreditační procesy a pracovník P7 pracuje jako lékař. Pracovník P1 pracuje ve zdravotnickém zařízení hospici a pracovník označený jako P2 pracuje v domácím hospici. Pracovník P3 pracuje v domově pro seniory. Pracovník označený jako P4 pracuje v Alzheimercentru. Pracovníci P5, P6 a P7 pracují v nemocnici.

#### ***4.1.1 Spirituální potřeby***

Tato kategorie byla rozdělena na dvě podkategorie. První podkategorie se zabývá charakteristikou spirituálních potřeb podle jednotlivých vedoucích pracovníků. Uvedli mi jejich individuální představy o spirituálních potřebách. Druhá podkategorie obsahuje charakteristiku pacientů, kteří využívají spirituální péče. Zda se jedná například pouze o pacienty vyznávající některé náboženství nebo i o pacienty bez vyznání.

##### ***4.1.1.1 Charakteristika spirituálních potřeb***

Tato podkategorie charakterizuje pojem spirituální potřeba. Pod pojmem spirituální potřeba si každý představuje něco jiného. V první otázce této podkategorie mě zajímalo, co si pracovníci z různých zdravotnických zařízení pod tímto pojmem představují, a jak mi ho každý z nich dokáže individuálně vysvětlit. Pracovníci P3 a P5 se shodli a odpověděli stejně a jednoznačně, že je to duchovní potřeba. Pracovník P3 odpověděl: „*Spirituální potřeba je podle mě duchovní potřeba.*“. Ostatní odpovědi byly rozsáhlejší a velmi individuální. Pracovník P1 uvedl: „*Jsou to potřeby, které lidé spojují s tím, co je přesahuje. Nejsou nutně spojeny s vírou, ale i se smyslem života apod.*“. Pracovník P2 uvedl následující: „*Spirituální potřebu vnímám v hospicové péči jako velmi důležitou potřebu. Na konci života je uspokojení této potřeby velmi důležité. Každý člověk je individuální a věří v něco jiného. Lidé, kteří nevěří, mají mnohem těžší odchod. Mají strach, že je nic nečeká. Kdežto lidé věřící v Boha ví, že je Bůh obejmě a bude jim tam dobře. Lidé, kteří věří na duše, reinkarnace a další životy ví, že je tam někdo čeká, a že se jednou vrátí. Spirituální potřeba je potřeba duchovní péče, ať je jakákoli. Je to potřeba duše.*“ Pracovník P4 naproti tomu uvedl, že: „*Spirituální potřeba je podle mne možnost modlitby soukromé, společné, možnost účastnit se mše, možnost*

rozhovoru s knězem.“. Pracovník P6 odpověděl: „Pod pojmem spirituální potřeba si představuji například jídlo, talisman nebo fotografii.“, a pracovník P7 odpověděl: „Ledacos. Je to široký pojem, který není vázán pouze na náboženství.“.

#### **4.1.1.2 Charakteristika pacientů**

Všichni dotazovaní pracovníci se shodli, že když má pacient/klient zájem o uspokojení spirituálních potřeb, musí to sdělit zdravotnickému personálu. Pracovník P1 mi jako jediný uvedl, že v jejich zařízení jsou tyto služby také nabízeny: „Pacient svou potřebu vyjádří a personál je připraven pomoci s uspokojováním. U nás v zařízení je tato služba také citlivě nabízena.“. Pracovník P2 naproti tomu uvedl: „Myslím si, že je potřeba se začít bavit i o této potřebě. Nejdříve se snažíme zajistit potřeby fyzické, a pokud je člověku fyzicky dobře, poté můžeme navázat na ty psychické. Začneme naslouchat a zjistíme, co bychom mohli pro našeho klienta udělat, aby i tato potřeba mohla být uspokojena.“. A pracovník P4 odpověděl: „Při příjmu klient nebo rodina požádá zdravotnický personál. Je to zapsáno v dokumentaci a zajišťují to ergo pracovníci. Máme vizitku kněze, který k nám dochází, a v případě potřeby voláme.“. Pracovníci P3, P5, P6 a P7 se shodli a odpověděli jednoznačně, že musí pacienti/klienti sdělit informace ošetřujícímu personálu. Pracovník P5 odpověděl: „Pacient si o ně musí říct ošetřujícímu personálu. Personál je poté schopný zařídit pacientovi odborníka.“, a pracovník označený jako P7 uvedl: „Musí se dotázat zdravotnického personálu.“. Nikdo kromě vedoucích pracovníků označených jako P1 a P2 mi neuvedl, že by tyto potřeby zdravotnický personál tyto služby pacientům sám nabízel nebo o nich s pacienty komunikoval. Pacienti se při zájmu musí sami dotázat zdravotnického personálu.

Skoro všichni pracovníci se také shodli v tom, kteří pacienti využívají spirituální péči. Zajímalo mě především to, zda uspokojování spirituálních potřeb využívají pouze pacienti věřící nebo i všichni ostatní pacienti. Dotazovaní mi uvedli, že u nich ve zdravotnickém zařízení si žádá uspokojení spirituálních potřeb kdokoli. Například pracovník P2 uvedl, že: „Řekla bych, že tuto službu využívá většina našich klientů. Na konci života je opravdu důležité, aby tyto potřeby byly uspokojeny.“, a P1: „Nejčastěji těchto služeb využívají věřící pacienti. Výjimkou nejsou ale ani pacienti nevěřící, popřípadě hledající.“. Pracovníci P3, P5, a P6 odpověděli stejně, že pacienti/klienti nemusí být nábožensky založení. Pro příklad uvádím odpověď pracovníka

P5: „*Využívají jakýkoliv pacienti. Často pacienti na konci života.*“, a pracovník P7 navíc odpověděl, že: „*Vesměs všichni pacienti. Není to vždy pravidlem, že by pacient řešící spirituální potřebu musel nutně vyznávat nějaké náboženství. Také zaměstnanci v našem zařízení vyhledávají uspokojení spirituálních potřeb a nejsou třeba ani věřící, ale určitým způsobem jim to pomáhá v jejich profesi.*“. Pracovník P4 ještě dodal: „*Měli jsme zde pár pacientů, kteří nevyznávali žádné náboženství. Častěji ale této péče využívají pacienti, kteří náboženství vyznávají.*“.

V souvislosti s tím, jací pacienti využívají uspokojování spirituálních potřeb, mě zajímalo, jaké náboženství popřípadě vyznávají. Nejčastější odpověď byla křesťanství. Pracovník P2 pro příklad uvedl: „*Pokud se jedná o náboženství, tak je to různorodé. Nejčastěji se jedná o křesťanství. Jsou tu ale i klienti, kteří věří v něco jiného, než je Bůh.*“. Odpověď pracovníka P5 zněla: „*Co se týče pacientů vyznávající náboženství, tak určitě křesťanství. Nejčastěji katolíci.*“.

#### **4.1.2 Uspokojování spirituálních potřeb**

Tato kategorie byla rozdělena do pěti podkategorií. V první kategorii se řeší pracovníci poskytující spirituální péči, neboli kdo všechno může pacientovi pomoci uspokojit své spirituální potřeby a s kým v tomto ohledu různá zdravotnická zařízení spolupracují. Druhá podkategorie obsahuje četnost využití těchto služeb. Třetí podkategorie se zaměřuje na rodinu pacienta. Především na to, zda těchto služeb společně s pacientem může využívat i blízká rodina pacienta. Další podkategorie se zaměřuje na umožňování pacientových rituálů. Například zda je mu umožněno vykonávat modlitby nebo možnost mít u sebe pro něj důležité předměty. V poslední podkategorii se řeší, jestli má uspokojení spirituálních potřeb vliv na hospitalizaci pacienta a popřípadě jaký.

##### **4.1.2.1 Pracovníci poskytující péči**

Spirituální potřeby jsou ve zdravotnictví čím dál více aktuální téma. Zajímalo mě tedy, jak jsou na tom momentálně různá zdravotnická zařízení s poskytováním uspokojení spirituálních potřeb. Jestli hospitalizovaní pacienti vůbec mají možnost v těchto zdravotnických zařízeních uspokojit své potřeby a také kdo v zařízení uspokojení těchto potřeb vykonává. Úplně všichni z dotazovaných vedoucích pracovníků mi odpověděli, že pacienti u nich v zařízení mají možnost uspokojit své spirituální potřeby. Pracovník P7 odpověděl: „*Ano, mají. Jak už jsem odpověděl v jedné z předchozích otázek, u nás*

v zařízení to občas využijí i zaměstnanci.“. I ostatní pracovníci označení jako P1, P2, P3, P4, P5 a P6 mi odpověděli, že pacienti u nich v zařízení tu možnost mají. Pro příklad uvádím odpovědi pracovníků P2: „*Ano, mají. Snažíme se vyhovět všem pacientům a každé víře.*“, a pracovník P3 uvedl: „*Ano. Také se snažíme v současné době uspokojit i tyto potřeby.*“.

Nejčastější odpovědí vedoucích pracovníků bylo, že u nich ve zdravotnickém zařízení je na to připraven i ošetřující personál. Ovšem jen do určité míry. Je důležité, aby i ošetřující personál byl na to určitým způsobem připraven. Měl by být schopen se o tom určitým způsobem s pacientem pobavit a následně domluvit odborníky. Právě ošetřující personál je s pacientem v každodenním a nejbližším kontaktu. Pracovník P1 uvedl: „*U nás v zařízení je připraven o těchto potřebách s pacienty hovořit i ošetřující personál. Dále také mohou využívat pastorační asistentky, mohou navštěvovat bohoslužby nebo si mohou vyžádat návštěvu kněze.*“. Pracovník P2 zase uvedl: „*Bud' se snažíme my, jako sestřičky nebo psycholog a farář.*“. Odpověď pracovníka P4 byla: „*Dochází kněz 1x měsíčně na mši. V případě potřeby je možnost telefonické domluvy a samozřejmě i sestřičky jsou k dispozici.*“. Pracovník P6 doplnil, že u nich v zařízení vykonává uspokojování spirituálních potřeb kromě ošetřujícího personálu hlavně kaplan, kterého přivolávají na pomoc a rodina pacienta. Pracovník P5 uvedl také kaplana a pracovník P7 doplnil, že u nich ve zdravotnickém zařízení uspokojují spirituální potřeby všichni. Pracovník P3 odpověděl, že uspokojení spirituálních potřeb u nich v zařízení obstarává hlavně kněz a popřípadě sestry: „*U nás v zařízení obstaráváme pro tyto potřeby kněze. Do určité míry jsou schopné taky sestry, a nebo pacienti navštěvují naši kapli.*“.

#### **4.1.2.2 Četnost využití**

Všichni z vedoucích pracovníků mi odpověděli, že u nich v zařízení pacienti mají možnost uspokojit své spirituální potřeby. Zeptala jsem se tedy těchto pracovníků, jak často pacienti ve zdravotnických zařízeních spirituální péče využívají. Pracovníci P1 a P2 se za hospicové zařízení shodli, že často. Pracovník P7 uvedl, že také často. Pracovník P1 pro příklad uvedl: „*Poměrně ano. Jak už jsem také zmínila, našim pacientům, je to také citlivě nabízeno.*“, a pracovník P2 odpověděl: „*Žádají často. Nemusí to být hned, ale postupem naší péče jsou rádi, že mohou i tuto potřebu uspokojit.*“. V ostatních zařízeních to tak časté není, ale zkušenost se spirituálními

potřebami mají. Pracovník označený jako P4 odpověděl: „*U nás v zařízení s tím nemáme až takové zkušenosti. Setkáváme se se spirituálníma potřebama málo. Ono také hodně záleží na pacientovo stavu. Máme hodně pacientů s pokročilým Alzheimerem.*“. Pracovníci P3, P5 a P6 se shodli a odpověděli, že uspokojování spirituálních potřeb u nich v zařízení není časté. Pracovník P5 odpověděl: „*Často ne. Samozřejmě s nima máme zkušenost, ale není to tak často. Nejvíce asi žádají lidé na oddělení následné péče.*“, a pracovník P3 uvedl: „*Ne, u nás často ne. Naši pacienti moc nenavštěvují ani kapli, kterou mají k dispozici pořád. Jen pár pacientů ji navštěvuje pravidelně.*“.

#### **4.1.2.3 Rodinní příslušníci a spirituální potřeby**

Pro pacienta může být rodina hodně důležitá. O to těžší pro pacienta hospitalizace může být, když je od své rodiny odloučen. Stejně tak může být pro rodinu těžká hospitalizace blízkého člena rodiny. Zvlášť, když je pacient v těžké nebo dokonce nevyлéčitelné nemoci. Proto mě zajímalo, zda tyto služby může využít i blízká rodina společně s pacientem. Všichni dotazovaní pracovníci odpověděli, že rodinní příslušníci pacienta mají také možnost uspokojit spirituální potřeby. Pracovník P2 mi k tomu uvedl: „*Ano, může. Rodina pacientů je v našem zařízení často součástí.*“. Pracovník P1 k tomu dokonce dodal: „*Ano. Myslím si, že to celé potom probíhá lépe, když je součástí i rodina.*“, a pracovník P3 řekl: „*Při zájmu jsme schopni to zařídit.*“. Naproti tomu pracovník P4 odpověděl takto: „*Ano může být rodina součástí, ale u nás v zařízení to není tak časté. Samozřejmě jsme schopni to zařídit, když si to přeje.*“, a pracovník P7: „*Ano, návštěvy nemocničního kaplana už se také účastnila rodina pacienta. Jednalo se například o manželku pacienta v terminálním stádiu.*“.

#### **4.1.2.4 Umožnění rituálů**

Pacienti ve zdravotnických zařízeních mají možnost v oblasti spirituální péče využívat příslušné odborníky. V rámci uspokojování spirituálních potřeb je ale také důležité, aby pacient mohl při hospitalizaci vykonávat určité rituály nebo u sebe mít pro něj důležité věci. Všichni z dotazovaných pracovníků se opět shodli, že v jejich zařízeních je pacientům umožněno vykonávat své náboženské rituály. Pracovník P3 odpověděl takto: „*Ano, v době hospitalizace u sebe mají pacienti nejčastěji modlitební knížky, růženec a další podobné předměty. Také je u nás v zařízení otevřená kaple 24 hodin denně a může do ní kdokoli a kdykoli a k ležícím pacientům po předchozí domluvě nebo na přání dochází kněz.*“. Pracovník P2 odpověděl takto: „*V rámci legislativy se snažíme*

vyhovět klientům v rámci možností všemi možnými způsoby. Například postavení oltáře, modlitba s celou rodinou, seance a podobně.“. Pracovník P4 ještě dodal: „Ano. Rodina pacientovi vybaví pokoj pro něj důležitými věcmi. Například obrázky a tak dále a v postní dny pak nebývá maso.“. Pracovník P1 odpověděl: „Ano, samozřejmě umožňujeme různé rituály. Kromě rituálů ale taky nejružnější přání co se týkají umírání. Ostatní pracovníci P5, P6 a P7 se také shodli, že ano. Odpověď pracovníka P7 zněla: „Ano, nejčastěji u sebe mívají nějaké oblíbené předměty.“.

#### **4.1.2.5 Vliv uspokojení spirituálních potřeb na hospitalizaci**

Poslední podkategorie se zaměřovala na to, zda uspokojení spirituálních potřeb u pacienta dokáže ovlivnit celou hospitalizaci pacienta a popřípadě jak. Například zda je pacient poté v dobré tělesné i psychické pohodě a zda hospitalizace poté probíhá více v klidu, jestli je i pacient více klidný, smířený, připravený odejít a tak podobně. Pracovník P1 odpověděl jako většina, že uspokojení spirituálních potřeb ovlivňuje hospitalizaci pacienta pozitivně. Uvedl: „Určitě ano. Cílem hospicové péče je, aby pacient umíral smířen se sebou i s okolím a naplňování těchto potřeb to jednoznačně usnadňuje.“. Oproti tomu pracovník P7 odpověděl takto: „Jistěže ovlivňuje. Jak ale podle mě nelze specifikovat. Na každého to může působit úplně jinak. Když bych měl ale odpovědět na tuhle otázku, myslím si, že obecně spíš pozitivně.“. Pracovníci P5 a P6 měli jednoznačné odpovědi, a to takové, že uspokojení spirituálních potřeb ovlivňuje hospitalizaci, a to přínosem a pozitivně. Pracovník P5 ještě dodal: „Ano ovlivňuje. Pacient je potom lépe připraven odejít.“. Pracovník P3 uvedl: „Spíš pozitivně jako u jiných potřeb. Kolikrát stačí, aby u sebe měl pacient pouze nějaký oblíbený předmět a je spokojenější.“, Pracovník P2 ještě uvedl: „Ovlivňuje. Jsou lépe připraveni odejít z tohoto světa. Odpustili, omluvili se a milovali. Poté v klidu a důstojně odešli. Nevím, jak to lépe popsat, ale ovlivňuje to hospitalizaci v našem zařízení určitě pozitivně.“, a pracovník P4 dodal: „Myslím si, že ano. Zklidní se. Pracují s lidmi s Alzheimerovou demencí. Pacienti vzpomínají na slova modlitby nebo různé písně, i když jinak komunikují minimálně.“.



## 5 DISKUZE

Spirituální potřeby můžeme brát jako potřeby a určité očekávání, které mohou mít lidé, aby našli smysl, cíl a hodnoty jejich života. Spirituální potřeby také mohou být taková hnací síla v životě, která dává životu smysl a naději (Bužgová, 2015). Tato bakalářská práce měla za cíl zjistit, jaké mají pacienti možnosti v uspokojování spirituálních potřeb ve zdravotnických zařízeních. Také byly stanoveny dvě výzkumné otázky, VO1: Jakým způsobem se uspokojují spirituální potřeby pacientů v daném zdravotnickém zařízení? a VO2: Do jaké míry pacienti využívají možností pro uspokojení spirituálních potřeb? V této práci byla použita metoda kvalitativního výzkumu ke sběru dat. Bylo zpracováno sedm polostrukturovaných rozhovorů s vedoucími pracovníky na různých pracovních pozicích a z různých zdravotnických zařízení s délkou praxe od 4 do 47 let.

První výzkumná otázka v této bakalářské práci zní *„Jakým způsobem se uspokojují spirituální potřeby pacientů v daném zdravotnickém zařízení?“*. Všichni z dotazovaných vedoucích pracovníků uvedli, že v jejich zdravotnickém zařízení je na to do určité míry připraven personál. Poté volají na pomoc odborníka. Zde uvádím pro příklad odpovědi vedoucích pracovníků za zdravotnické zařízení hospic. Pracovník P1 mi uvedl: *„U nás v zařízení je připraven o těchto potřebách s pacienty hovořit i ošetřující personál. Dále také mohou využívat pastorační asistentky, mohou navštěvovat bohoslužby nebo si mohou vyžádat návštěvu kněze.“*, pracovník P2 odpověděl: *„Bud' se snažíme my, jako sestřičky nebo psycholog a farář.“*. Za Alzhemiercentrum pracovník P4 uvedl, že k nim dochází kněz jednou měsíčně na mši. V případě potřeby je možnost telefonické domluvy, a nebo jsou k dispozici i sestřičky. Za nemocnici mi vedoucí pracovníci uvedli nemocničního kaplana, a nebo také rodinu, která pro pacienta může být velmi důležitá. Za domov pro seniory odpověděl vedoucí pracovník označený jako P3, že spirituální potřeby u nich v zařízení obstarává hlavně kněz a popřípadě sestry. Dle výsledků je patrné, že každé zdravotnické zařízení spolupracuje s určitými odborníky a jsou na spirituální potřeby připraveni. I když se uspokojování spirituálních potřeb v některém zařízení využívá více či méně, pacienti tu možnost vždy mají. Nejčastěji vedoucí pracovníci zmiňovali kněze nebo nemocničního kaplana. Také ale není výjimkou psycholog a za zařízení hospic pastorační asistentky. V neposlední řadě také zdravotnický personál. Myslím si, že je důležité, aby zdravotnický personál měl určité povědomí o spirituálních potřebách. Je v každodenním

a nejbližším kontaktu s pacientem a každý den řeší i jeho jiné potřeby. Plevová et al., (2011) také uvádí, že sestry se sice nemusí stát odborníky v oblasti spirituálních potřeb, ale hrají v této oblasti velice důležitou roli. Informace o těchto potřebách nelze získat pouze jednorázovým rozhovorem, ale časem právě při každodenním styku sestry s pacientem. Také si myslím, že by měl zdravotnický personál poskytnout pacientovi takzvanou „první pomoc“ v uspokojení a dále zprostředkovat pacientovi odborníka. Jak také uvádí O'Brien et al. (2019) ve své studii, že duchovní péče je stejně důležitá jako například fyzická péče, protože pro pacienty, kteří se blíží ke konci života, může být životně důležitá. Zdravotní pracovníci a sestry, kteří se orientují ve spirituálních potřebách nebo jsou dokonce vyškolení, dokáží lépe posoudit nebo prozkoumat a následně uspokojit duchovní potřeby pacientů. Podle Ptáčka (2011) by se měl zdravotnický personál učit vnímat pacienty jako jedinečné bytosti, učit se dobře rozpoznávat pacientovo potřeby, a hlavně také priority, učit se zajímat také o obavy i pocity, učit se s pacientem i rodinou správně komunikovat a stejně tak povzbuzovat členy rodiny a v neposlední řadě se také učit pacienty určitým způsobem povzbudit či podpořit a do určité míry také rozdávat naději.

Druhá výzkumná otázka zněla „*Do jaké míry pacienti využívají možností pro uspokojení spirituálních potřeb?*“. Jelikož jsou spirituální potřeby stále více aktuální, zajímalo mě, jak jsou na tom zdravotnická zařízení. Dle odpovědí vedoucích pracovníků je patrné, že v hospicovém zařízení, jsou tyto služby využívány hojně. Pracovník P1 pro příklad uvedl: „*Poměrně ano. Jak už jsem také zmínila, našim pacientům je to také citlivě nabízeno.*“, a pracovník P2 zase že: „*Žádají často. Nemusí to být hned, ale postupem naší péče jsou rádi, že mohou tuto potřebu uspokojit.*“. Z ostatních zdravotnických zařízení mi vedoucí pracovníci uvedli, že to není tak běžné. Pracovník P4 za Alzheimercentrum mi dokonce uvedl, že skoro vůbec. Také uvádí, že záleží na stavu pacienta, zda je schopný si sám o uspokojení požádat. Ptáček (2011) uvádí, že za pacienty v jakkoli těžkém stavu může požádat o uspokojení spirituálních potřeb rodina pacienta. Také ještě uvádí, že religiozní lidé u sebe mohou mít žádost o tyto služby u svých dokladů. Odpověď pracovníka P4: „*U nás v zařízení s tím nemáme až takové zkušenosti. Setkáváme se se spirituálníma potřebama málo. Ono také hodně záleží na pacientovo stavu. Máme hodně pacientů s pokročilým Alzheimerem.*“. I přesto jsou ale všechna zdravotnická zařízení na tyto potřeby připravena a schopna zařídit odbornou pomoc. Pracovník P7 mi navíc také uvedl, že u nich v zařízení těchto služeb využil už

také i personál nemocnice a pracovník označený jako P5 uvedl, že nejvíce žádají pacienti na oddělení následné péče. Jinak se s nimi skoro nesetkávají.

Spirituální potřeby jsou široký pojem a každý si pod tímto pojmem představí něco jiného. Pojem spirituální potřeba má také mnoho definicí. Spirituální potřeby jsou podle pracovníků označených jako P3 a P5 duchovní potřeby. V tom se shodují se Šamánkovou (2011). Ostatní odpovědi byly různé s individuálním pohledem. Pro příklad jeden z pracovníků označený jako P2 za hospicové zařízení uvedl: *„Spirituální potřebu vnímám v hospicové péči jako velmi důležitou potřebu. Na konci života je uspokojení této potřeby velmi důležité. Každý člověk je individuální a věří v něco jiného. Lidé, kteří nevěří, mají mnohem těžší odchod. Mají strach, že je nic nečeká. Kdežto lidé věřící v Boha ví, že je Bůh obejme a bude jim tam dobře. Lidé, kteří věří na duše, reinkarnace a další životy ví, že je tam někdo čeká, a že se jednou vrátí. Spirituální potřeba je potřeba duchovní péče, ať je jakákoli. Je to potřeba duše.“*. Odpověď vedoucího pracovníka P1 také za hospicové zařízení zněla: *„Jsou to potřeby, které lidé spojují s tím, co je přesahuje. Nejsou nutně spojeny s vírou, ale i se smyslem života a podobně.“*. Naproti tomu pracovník za Alzheimercentrum odpověděl takto: *„Spirituální potřeba je podle mne možnost modlitby soukromé, společné, možnost účastnit se mše, možnost rozhovoru s knězem.“*, a pracovník označený jako P6 uvedl: *„Pod pojmem spirituální potřeba si představuji například jídlo, talisman nebo fotografii.“*. Nedá se říci, že by se někdo z dotazovaných vedoucích pracovníků pletl. Svým způsobem mají všichni svým individuálním postojem ke spirituálním potřebám pravdu. Nikdo z dotazovaných mi neuvedl, že by vyloženě nevěděl, co si má pod tímto pojmem představit.

Všichni dotazovaní vedoucí pracovníci mi také uvedli, že v jejich zdravotnickém zařízení pacienti mají možnost uspokojování svých spirituálních potřeb. Pracovník P3 odpověděl: *„Ano. Také se snažíme v současné době uspokojit i tyto potřeby.“*, a pacient P2 uvedl: *„Ano, mají. Snažíme se vyhovět všem pacientům a každé víře.“*

Co se týče toho, jací pacienti využívají spirituální péče, zajímalo mě hlavně to, jestli se jedná o pacienty věřící nebo o pacienty spjaté s nějakým náboženstvím, či pacienty bez víry a bez vyznání náboženství. Štěpánková et al. (2014) uvádí, že se duchovní potřeby rozhodně netýkají jen osob věřících nebo vyznávajících některé náboženství. S tímto souhlasili i všichni uvedení pracovníci a také mi to uvedli v odpovědích. I přesto, že

častěji o tuto péči žádají pacienti věřící nebo vyznávající některé náboženství, není výjimkou, že si spirituální péči žádá i pacient nevěřící a nevyznávající některé náboženství. Uspokojit své spirituální potřeby může chtít každý. Pracovník P2 uvedl: *„Řekla bych, že tuto službu využívá většina našich klientů. Na konci života je opravdu důležité, aby tyto potřeby byly uspokojeny.“*, a pro další příklad pracovník P1 odpověděl: *„Nejčastěji těchto služeb využívají věřící pacienti. Výjimkou nejsou ale ani pacienti nevěřící, popřípadě hledající.“*

Když má pacient zájem o spirituální péči, musí dle odpovědí od dotazovaných pracovníků svůj zájem vyjádřit a zdravotnický pracovník, jak uvádí Plevová a Slowik (2010) by měl vždy pacientovo požadavku vyhovět a přivolat patřičného duchovního. Jediný vedoucí pracovník označený jako P1 uvedl navíc, že je jejich pacientům tato služba také citlivě nabízena.

Co se týče náboženství u těchto pacientů, nejčastější je křesťanství. Některá zařízení mají ale zkušenost i s jiným náboženstvím nebo s lidmi co věřili v něco jiného, než je bůh. Pracovník P2 uvedl: *„Pokud se jedná o náboženství, tak je to různorodé. Nejčastěji se jedná o křesťanství. Jsou tu ale i klienti, kteří věří v něco jiného, než je Bůh.“*, a pracovník P5: *„Co se týče pacientů vyznávající náboženství, tak určitě křesťanství. Nejčastěji katolíci.“* Drulák et al. (2010) uvádí, že římskokatolická církev je největší církví v celé České republice.

Dále mě zajímalo, zda spolu s pacienty může spirituální péči využívat i rodina pacienta. Pro pacienta může být hospitalizace hodně těžká, když je odloučen od své rodiny a stejně tak naopak. O to těžší to může být, když je dotyčný například nevléčitelně nemocný. Dle odpovědí všech dotazovaných vedoucích pracovníků mají pacienti možnost využívat spirituální péči společně s jejich rodinou v jejich zdravotnických zařízeních. Pracovník označený jako P2 mi dokonce uvedl, že rodina pacientů je v jejich zdravotnickém zařízení často součástí. Vedoucí pracovníci označení jako P3 a P4 mi odpověděli, že jsou to schopni při zájmu zajistit, ale jinak se to u nich v zařízení nestává. Další vedoucí pracovník označený jako P7 uvedl, že se u nich ve zdravotnickém zařízení návštěvy nemocničního kaplana účastnila také rodina. Jednalo se o manželku pacienta, který byl v terminálním stádiu nemoci. Myslím si, že je to určitě dobře a pacientovi i jeho rodině to dokáže hodně pomoci. Ptáček (2011) také uvádí, že rodina může být v tomto ohledu pro pacienta velmi důležitá. Rodina může

o uspokojení spirituálních potřeb zažádat místo pacienta například u nemocných v bezvědomí.

Bužgová (2015) uvádí, že opakovaná hospitalizace, či hospitalizace v závěru života může být pro pacienta omezující. Uspokojení jakýchkoliv potřeb může značně zlepšit průběh hospitalizace. Stejně to může být právě i se spirituálními potřebami. Všichni z dotazovaných se shodli, že uspokojení spirituálních potřeb ovlivňuje hospitalizaci a skoro všichni z dotazovaných se také shodli, že pozitivně. Například pracovník P7 ale uvedl, že: *„Jistěže ovlivňuje. Jak ale podle mě nelze specifikovat. Na každého to může působit úplně jinak. Když bych měl ale odpovědět na tuhle otázku, myslím si, že obecně spíš pozitivně.“*. A například pracovník P1 za zdravotnické zařízení hospic odpověděl: *„Určitě ano. Cílem hospicové péče je, aby pacient umíral smířen se sebou i s okolím a naplňování těchto potřeb to jednoznačně usnadňuje.“*. Pracovník P4 ještě dodal, že to pacienty celkově určitě zklidní a i pacient s Alzheimerovou demencí zavzpomíná na různé písně či modlitby, i když normálně komunikuje minimálně. Pracovníci označení jako P2 a P5 dodali, že jsou poté pacienti lépe připraveni odejít z toho světa. Celá odpověď pracovníka P2 zněla: *„Ovlivňuje. Jsou lépe připraveni odejít z tohoto světa. Odpustili, omluvili se a milovali. Poté v klidu a důstojně odešli. Nevím, jak to lépe popsat, ale ovlivňujete hospitalizaci v našem zařízení určitě pozitivně.“*. Podle Malíkové (2020) správná a efektivní spirituální péče může hospitalizovanému pacientovi velmi pomoci a usnadnit tak jeho hospitalizaci. Pacient po spirituální péči může být klidný, vyrovnaný, umí chápat druhé, může se stát více tolerantním, také se mohou snížit případné konflikty s jeho okolím nebo umí vše přijmout tak, jak to je nebo rozumí všem situacím ve všech životních etapách. Naopak deficit v uspokojování spirituálních potřeb může u pacienta způsobit deficit v emočním a psychickém prožívání.

Dle výsledků dotazovaných vedoucích pracovníků jsem se dozvěděla, že pacienti v uvedených zdravotnických zařízeních mají umožněno vykonávat své náboženské rituály. Vedoucí pracovníci uvedli, že mezi nejčastější předměty, které u sebe pacienti mají, patří nejčastěji modlitební knížky, růžence nebo fotografie. Pracovník označený jako P4 mi uvedl, že u nich ve zdravotnickém zařízení má pacient možnost, aby mu například rodina vybavila pokoj pro něj důležitými věcmi. Také navíc uvedl, že v postní dny u nich v zařízení nebývá maso. Pracovník P3 pro příklad odpověděl takto: *„Ano, v době hospitalizace u sebe mají pacienti nejčastěji modlitební knížky, růženec a další*

*podobné předměty. Také je u nás v zařízení otevřená kaple 24 hodin denně a může do ní kdokoli a kdykoli.*“, a pracovník P2 měl také zajímavou odpověď, kde uvedl: *„V rámci legislativy se snažíme vyhovět klientům v rámci možností všemi možnými způsoby. Například postavení oltáře, modlitba s celou rodinou, seance a podobně.“*. Ostatní vedoucí pracovníci se shodli, že ano a své odpovědi dále nijak víc nerozváděli. Mezi nejčastější předměty patří knihy, fotografie a růžence. I podle Malíkové (2020) Mohou pacienti využít i jiných forem uspokojení spirituálních potřeb, než je návštěva odborníka. Uvádí, že pacient ve zdravotnickém zařízení může například také poslouchat duchovní hudbu, zapůjčit si duchovní literaturu nebo si také může na pokoj umístit nejrůznější předměty.

Tento výzkum mě obohatil o cenné znalosti a zkušenosti. Dotazovaní pracovníci byli celkem orientovaní v problematice a zodpověděli mi všechny otázky. Na spirituální péči má každý pacient právo a uspokojení spirituálních potřeb je velmi důležité.

## 6 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je: „*Uspokojování spirituálních potřeb pacientů ve zdravotnických zařízeních.*“. Práce se skládá z teoretické části, kde se pomocí literárních zdrojů zabývám potřebami obecně a jejich rozdělením, dále přímo potřebám spirituálním a také nejrozšířenějším náboženstvím ve světě a náboženstvím u nás v České republice. Na tuto teoretickou část navazuje část praktická, kde jsou zpracované rozhovory s vedoucími pracovníky různých zdravotnických zařízení. Cílem práce bylo zjistit, jaké mají pacienti možnosti v uspokojování spirituálních potřeb ve zdravotnických zařízeních. Práce obsahuje také dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní „*Jakým způsobem se uspokojují spirituální potřeby pacientů v daném zdravotnickém zařízení?*“. Druhá výzkumná otázka je „*Do jaké míry pacienti využívají možnosti pro uspokojení spirituálních potřeb?*“. K naplnění cíle této bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum s použitím polostrukturovaných rozhovorů. Těchto rozhovorů se zúčastnilo celkem 7 vedoucích pracovníků z různých zdravotnických zařízení. Jednalo se o hospicová zařízení, domov pro seniory, Alzheimercentrum a nemocnici.

Z výzkumu jsem zjistila, že dotazovaní vedoucí pracovníci jsou orientováni ve spirituálních potřebách. Všichni z nich mi dokázali individuálně popsat a charakterizovat právě pojem spirituální potřeba. V některých zařízeních jsou sestry do určité míry připravené o spirituálních potřebách s pacientem mluvit, a poté zprostředkovat odborníka. Zdravotnická zařízení spolupracují například s knězem, farářem nebo nemocničním kaplanem pro uspokojení spirituálních potřeb pacientů. Například v hospicovém zařízení jsou tyto služby velmi časté a zdravotnický personál je pacientům také nabízí. Naproti tomu se například v Alzheimercentru s těmito službami nepotkávají skoro vůbec.

Tato bakalářská práce by mohla pomoci zdravotnickým pracovníkům a studentům zdravotnických oborů jako odborný článek v dotvoření představ a informací o spirituálních potřebách, spirituální péči a pacientech, kteří těchto služeb využívají.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ASOCIACE NEMOCNICNÍCH KAPLANŮ, 2017. [online]. [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/o-nas/dohoda-mezi-erc-a-cbk>.
2. BRUMLIK, M., 2012. *Judaismus*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024781587.
3. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. BUŽGOVÁ, R., et al., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2689-7.
5. CÍRKEV.CZ, 2020. [online], [cit. 2020-01-03]. Dostupné z: <https://www.cirkev.cz/cs/biskupove>.
6. CÍRKEV ČESKOSLOVENSKÁ HUSITSKÁ, 2019. [online]. [cit. 2019-11-20]. Dostupné z: <https://www.ccsch.cz/>.
7. ČESKOBRATRSKÁ CÍRKEV EVANGELICKÁ, 2020. [online]. [cit. 2020-01-03]. Dostupné z: <https://www.e-cirkev.cz/rubrika/793-kdo-jsme-Soucasnost-Lide/index.htm>.
8. ČEVELA, R., et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3901-4.
9. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
10. DUŠOVÁ, B., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2788-7.
11. DRULÁK, P., et al., 2010. *Hledání českých zájmů: Vnitřní rozmanitost a vnější akceschopnost*. Praha: Ústav mezinárodních vztahů. ISBN 978-80-86506-88-3.
12. HAMPLOVÁ, D., 2013. *Náboženství v České společnosti na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2244-6.
13. HEJNA, D., 2010. *Náboženství a společnost: Věda o náboženství a její historické kořeny*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2427-0.
14. HO J., et al., 2018., *Spiritual Care in the Intensive Care Unit: A Narrative Review*. [online], [cit. 2020-01-03], DOI: 10.1177/0885066617712677. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28604159>.



15. JANDOUREK, J., 2010., *Vzestup a pád moderního ateismu*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2981-7.
16. KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4026-3.
17. KELNAROVÁ, J., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9857-8.
18. KOKAISL, P., 2009. *Geografie náboženství: Úvod do problematiky studia světových náboženských systémů*. Praha: Česká zemědělská univerzita. ISBN 978-80-213-1935-6.
19. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství: pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4413-1.
20. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory: v pobytových a sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.
21. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2., aktualizované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1639-3.
22. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5376-8.
23. NÁBOŽENSKÁ VÍRA OBYVATEL PODLE VÝSLEDKU SČÍTÁNÍ LIDU, 2014. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2019-12-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>.
24. O'BRIEN R, M., et al., 2019. *Meeting patient's spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurse's and healthcare professional's perception of spiritual care training*. [online], [cit. 2020-07-19]. DOI: 10.1111/jocn.14648. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30091251/>.
25. Obrázek Maslowovy pyramidy potřeb [online], [cit. 2020-01-03], Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/>.
26. PAUL, V., et al., 2019. *Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality*. [online], [cit. 2020-01-02]. DOI: 10.1177/0898010119895368. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31858879>.

27. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2968-8.
28. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství II: komunikace-etika-člověk, jeho motivace a potřeby-paliativní péče-transkulturní ošetrovatelství-výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 1. vydání. ISBN 978-80-247-3558-0.
29. PLOTNIK, R., et al., 2014. *Introduction to psychology*. 10. vydání. San Diego State University: Wadsworth. ISBN 978-1-133-94349-5.
30. PTÁČEK, R., et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně: Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2.
31. RIPAMONTI, C., et al., 2018. *Spiritual care in cancer patients: a need or an option?* [online], [cit. 2020-01-03]. DOI: 10.1097/CCO.0000000000000454. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29746283>.
32. ŘEHÁČEK, V., et al., 2013. *Transfuzní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4534-3.
33. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
34. SVĚDKOVÉ JEHOVOVI, 2019. [online]. [cit. 2019-11-20]. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/>.
35. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.
36. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., et al., 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
37. VANDECREEK, L., 2010. *Spiritual needs and pastoral services: Readings in research*. Oregon: wipf and stock. ISBN 978-1-60899-976-7.
38. VYMĚTAL, Š., 2009. *Krizová komunikace: a komunikace rizika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2510-9.
39. ZACHAROVÁ, E., et al., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4062-1.
40. ZRUBÁKOVÁ, k., et. al., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1415-3.

## 8 PŘÍLOHY

### Příloha 1 – Rozhovor s vedoucími pracovníky různých zdravotnických zařízení

#### Příloha 1

##### Rozhovor s vedoucími pracovníky různých zdravotnických zařízení

1. Na jaké pracovní pozici pracujete?
2. Jak dlouho v této pozici pracujete?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Kolik let působíte v praxi?
5. Co si představujete pod pojmem spirituální potřeba?
6. Mají pacienti ve Vašem zdravotnickém zařízení možnost uspokojování svých spirituálních potřeb?
7. Kdo ve Vašem zdravotnickém zařízení vykonává uspokojování spirituálních potřeb?
8. Co musí pacient/klient udělat pro to, aby mu tyto potřeby mohly být uspokojeny?
9. Kteří lidé využívají těchto služeb a jakého jsou náboženství?
10. Žádají si pacienti často ve Vašem zdravotnickém zařízení spirituální péči?
11. Využívají této péče pouze lidé, kteří vyznávají některá náboženství?
12. Může tyto služby využívat i blízká rodina pacienta/klienta?
13. Ovlivňuje uspokojování spirituálních potřeb hospitalizaci/pobyt jedince? Jak?
14. Je pacientům/klientům umožněno vykonávat své náboženské rituály?