

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav všeobecného ošetřovatelství

Jarmila Rybová

Spiritualita v ošetřovatelství

Bakalářská práce

Praha 2020

Autor práce: **Jarmila Rybová**

Vedoucí práce: **PhDr. Andrea Bratová, Ph.D., MPH**

Oponent práce: **PhDr. Hana Nikodémová**

Datum obhajoby: **2020**

Bibliografický záznam

RYBOVÁ, Jarmila. *Spiritualita v ošetrovatelství*. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2020. 61 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Andrea Bratová, Ph.D., MPH

Abstrakt

Východiska: Kladný postoj k poskytování spirituálních potřeb vede ke kvalitnější péči a k vnitřní připravenosti sester naplnit spirituální potřeby pacientů. Samotné zajištění a akceptování spirituálních potřeb pacientům, jejich příbuzným a kolegům vede k větší kvalitě, spokojenosti, komplexnímu a holistickému poskytování ošetrovatelské péče.

Cíle: Cílem vlastního šetření bylo mapování spirituality v ošetrovatelství. Posouzení potřeby víry, přesvědčení a významu. Zjištění důležitosti spirituality / přesvědčení v procesu uzdravování. Ověření vlivu komunity, nebo společenství jako podpory pro sestry a významu poskytnutých informací o spiritualitě od nemocných při poskytování zdravotní péče.

Soubor a metody: Vlastní šetření spirituality v ošetrovatelství prostřednictvím standardizovaného dotazníku FICA. Výběr respondentů byl záměrný. Vlastní šetření bylo realizované ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Celkem bylo rozdáno 150 papírových dotazníků. Správně vyplněných a akceptovatelných papírových dotazníků bylo 59, on-line formou bylo sesbíráno dotazníků 18. V souboru bylo 77 sester, z toho bylo 90,91 % žen ($n = 70$) a 9,01 % mužů ($n = 7$). Průměrný věk byl $M = 41,54$ let. Průměrný počet roků praxe byl $M = 18,7$ let. Aplikovaný dotazník FICA tvořilo 21 otázek k tomu byly připojeny 4 otázky zaměřené na spiritualitu v ošetrovatelství a 7 anamnestických otázek. Získaná data z dotazníků byla podrobena statistické analýze, při které byl použit program Excel.

Výsledky: Na základě našich zjištění můžeme konstatovat, že mezi věřícími a nevěřícími sestrami existuje statisticky významný rozdíl v důležitosti spirituality při procesu uzdravování. Věřící sestry připisují spiritualitě větší roli při procesu uzdravování než nevěřící sestry. Dále konstatujeme, že spiritualita v ošetrovatelství má svoje opodstatnění a významné místo, proto je potřebné věnovat jí náležitou pozornost.

Závěr: Na základě našich zjištění můžeme konstatovat, že mezi věřícími a nevěřícími sestrami neexistuje statisticky významný rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče. Na základě našich výsledků můžeme konstatovat, že mezi sestrami neexistují statisticky významné rozdíly ohledně potřeby spirituality.

Klíčová slova

Spiritualita. Spirituální péče. Spirituální potřeby. Sestry. Ošetrovatelství.

Abstract

Starting points: A positive attitude towards the provision of spiritual needs leads to better care and to the internal readiness of nurses to meet the spiritual needs of patients. The mere provision and acceptance of spiritual needs for patients, their relatives and colleagues leads to greater quality, satisfaction, comprehensive and holistic provision of nursing care.

Objectives: The aim of the investigation was to map spirituality in nursing. Assessment of the need for faith, belief and significance. Finding out the importance of spirituality / belief in the healing process. Verification of the influence of the community or community as support for nurses and the importance of the information provided about spirituality from patients in the provision of health care.

File and methods: Own investigation of spirituality in nursing through a standardized FICA questionnaire. The selection of respondents was intentional. The survey itself was carried out at the Motol University Hospital in Prague. A total of 150 paper questionnaires were distributed. There were 59 correctly completed and acceptable paper questionnaires, 18 questionnaires were collected online. There were 77 nurses in the group, of which 90.91% were women ($n = 70$) and 9.01% were men ($n = 7$). The average age was $M = 41.54$ years. The average number of years of practice was $M = 18.7$ years. The FICA applied questionnaire consisted of 21 questions, to which were added 4 questions focused on spirituality in nursing and 7 anamnestic questions. The data obtained from the questionnaires were subjected to statistical analysis, in which Excel was used.

Results: Based on our findings, we can say that there is a statistically significant difference between believing and non-believing nurses in the importance of spirituality in the healing process. Believing nurses attribute to spirituality a greater role in the healing process than unbelieving nurses. Furthermore, we state that spirituality in nursing has its justification and important place, so it is necessary to pay due attention to it.

Conclusion: Based on our findings, we can state that there is no statistically significant difference in the provision of nursing care between believing and non-believing nurses. Based on our results, we can state that there are no statistically significant differences between the nurses regarding the need for spirituality.

Keywords

Spirituality, Spiritual care, Spiritual needs, Nurses, Nursing

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA 2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Jarmila Rybová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Spiritualita v ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- HRNČIARIKOVÁ, D., HRNČIARIK, M. 2011. Využití FICA dotazníku ve stáří. *Praktický Lekar*. Oct. 2011, Vol. 91 Issue 10, p606-610. 5p. [online]. Dostupné na: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/>
- JEULAND, J., et al. 2017. Chaplains working in palliative care: who they are and what they do. In: *J Palliat Med*. 2017;20(5):502-508.
- KRIŽANOVÁ, K. 2008. Paliativna medicína. In: *Paliat. med. liec. boles.*, 2008;1(1):6-7.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha : Grada. 2010. ISBN 978-802- 4731-711
- NCCN 2019. *NCCN Guidelines® Palliative Care, Version 2.2019 – February 8, 2019*. [online]. Available from: www.nccn.org. Accessed Mar 30 2019. Dostupné na: <https://www.nccn.org/>
- NELSON, R. 2017. New tool for spiritual well-being in palliative cancer care [online]. Available from: CE Released 11/3/2017. Accessed 30/3/2019. Dostupné na: <https://www.medscape.org/viewarticle/886448>
- PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L., 2000. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, 3(1) 129-137.
- PUCHALSKI, K. M., et al. 2018. Overview of spirituality in palliative care 2018 [online]. Nov 02 2018. Dostupné na: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-spirituality-in-palliative-care>.
- SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha : Grada. 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Bratová Andrea, MPH, Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 29.4.2020

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 29.4.2020



.....

Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství (2)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Andrei Bratové, Ph.D., MPH, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 29.04.2020

Jarmila Rybová

Poděkování

Děkuji PhDr. Andree Bratové, Ph.D., MPH za trpělivost a cenné rady při vedení bakalářské práce. Dále děkuji paní Mgr. Lucii Kočišové, Ph.D. za statistické zpracování a svým dcerám Lindě a Flaviancii.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	11
1 ÚVOD	12
1.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	13
2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE.....	14
2.1 SPIRITUALITA	14
2.1.1 Obecná charakteristika	14
2.1.2 Vývoj spirituality	15
2.1.3 Spirituální potřeby	16
2.1.4 Formy spirituální péče	16
2.1.5 Předsudky vůči spirituální péči	18
2.1.6 Diagnostika spirituální péče.....	19
2.2 DĚJINY NÁBOŽENSTVÍ A PÉČE O POTŘEBNÉ	22
2.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	26
2.3.1 Kaplan.....	27
2.3.2 Psycholog a duchovní	33
2.3.3 Spiritualita všeobecných sester.....	33
3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	36
3.1 METODIKA	36
3.2 CÍLE PRÁCE	37
3.3 MATERIÁL.....	37
3.4 ZPRACOVÁNÍ DAT	38
3.5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ VLASTNÍ PRÁCE.....	38
3.5.1 Vlastní šetření.....	38
3.5.2 Výsledky dotazníku FICA	41
3.5.3 Testování hypotéz.....	52
4 DISKUZE	57
4.1 DISKUZE VLASTNÍCH VÝSLEDKŮ VE VZTAHU KE STANOVENÝM HYPOTÉZÁM A KOMPARACE S VÝSLEDKY DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ	57
4.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	66
5 ZÁVĚR.....	67
6 REFERENČNÍ SEZNAM.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

SEZNAM ZKRATEK

ANK	Asociace nemocničních kaplanů
Bc.	Bakalář
č.	číslo
ČBK	Česká biskupská konference
ECR	Ekumenická rada církví
EPICC	The Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care pro zlepšení sester a porodních asistentek při poskytování spirituální péče prostřednictvím inovativního vzdělávání a soucitné péče Kompetence
KANK	Katolická asociace nemocničních kaplanů
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
n	počet
NK	nemocniční kaplan
př. Kr.	před Kristem
s.	Strana
tab.	Tabulka

1 ÚVOD

„Zeptal jsem se Moudrosti (...). Ona mi potom podala velmi prostý plášť. „Co to je?“ ptal jsem se, trochu dotčený jeho omšelostí. „Pokora,“ řekla Moudrost. „Bez ní moc dobře neuvidíš.“ Zdráhavě jsem si plášť navlékl na sebe a hned jsem viděl spoustu věcí, které jsem před tím neviděl“ (Joyner, 2014, s. 31).

Rozhodli jsme se, že se bakalářská práce bude zabývat spiritualitou v ošetrovatelství, která je považována za důležité téma dnešní doby, kdy žijeme v přetechnizovaném světě a zároveň dochází k dehumanizaci v medicíně. Zdravotníci vidí pouze problém a příznaky, ne člověka jako celek, který má svůj život a citové problémy. Spiritualita patří mezi základní element lidského bytí. Spiritualita může mimo jiné pacientům pomoci při rozhodování o způsobu léčby, může ovlivnit rozhodnutí, zda jít či nejít do hospice na konci života, ovlivní i komunikaci při ukončování protinádorové léčby. Zdravotnický pracovníci by měli být schopni realizovat zhodnocení spirituálních potřeb pacienta. Při odstranění fyzického utrpení se také odkrývá právě psychosociální, existenciálně – spirituální utrpení, které je možné minimalizovat, a které prokazatelně ovlivňuje kvalitu života pacientů s nevléčitelným onemocněním. Spiritualita provází lidstvo, pacienty, zdravotnické pracovníky od nepaměti. Svět provází a bude provázet od jeho vzniku až po jeho konec. Spiritualita představuje: naději, touhu, potřebu, otázky, odpovědi, psychickou podporu. V ošetrovatelství má spiritualita svoje místo při uspokojování potřeb pacientů. V některých zemích je na spiritualitu kladen větší důraz, v některých zemích je to s menším důrazem. Je potřebné zdůraznit, že spiritualita může představovat, nejenom religiózní, ale i nereligiózní postoj. Proto jsou v současné době kapličky nebo i prostory ticha. Moderní lidé jsou součástí dnešního globalizovaného světa. Ať už jsme religiózní anebo nereligiózní, jsme na jedné lodi a musíme se vzájemně tolerovat. Každodenní zkoušky v průběhu života se týkají každého, nikdo jich není ušetřen. Každý proto potřebuje jistou formou utišení a vnímání tak důležitých spirituálních potřeb, které jsou v české společnosti opomíjeny. Existuje obecné přesvědčení, že i v současné době je potřeba pečlivě dbát na spirituální potřeby.

1.1 Cíle bakalářské práce

Cílem předkládané bakalářské práce je zhodnocení vlivu spirituality u sester. Problematika je nadčasová pro poznání společného úsilí všech, také abychom dosáhli všichni uklidnění a naplnění potřeb pacienta, ale i potřeb pracovníků pracujících v zdravotnictví, personálu zabezpečujícího spirituální potřeby.

- Řádným a svědomitým způsobem prozkoumat řešenou oblast z domácích a ze zahraničních publikací a ověřených internetových odkazů a zdrojů.
- Definovat spiritualitu a její vývoj.
- Charakterizovat spirituální potřeby a formy spirituální péče.
- Přiblížit předsudky vůči spirituální péči.
- Zmapovat spirituální péči.
- Charakterizovat dějiny náboženství a péče o potřebné.
- Popsat funkce pro multidisciplinární tým a jeho spojitost se spiritualitou.
- Vysvětlit úlohy kaplana v spirituální péči.
- Posoudit, zda cítí sestry potřebu víry, přesvědčení a významu.
- Zjistit důležitost spirituality / přesvědčení v procesu uzdravování.
- Ověřit vliv komunity nebo společenství jako podpory pro sestry.
- Zmapovat význam poskytnutých informací o spiritualitě nemocných při poskytování zdravotní péče.
- Přiblížit organizaci vlastního šetření a zpracování dat.
- Zhodnotit, porovnat a kompletizovat výsledky vlastního šetření. Zároveň uvést v diskuzi vztah výsledků ke stanoveným hypotézám a porovnat s výsledky dříve realizovaných studií.
- Navrhnout doporučení pro praxi, a možné zavedení získaných poznatků do praktické oblasti v ošetrovatelství.

2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Spiritualita

2.1.1 Obecná charakteristika

Spiritualita je velmi obsáhlý pojem, který má širokosáhlou historii jako lidstvo samo. Uctívání božstev a s nimi spjaté magické rituály mají zajistit úspěšný lov či plodnost žen a naklonit si přírodní živly, ochránit před nepřízní osudu a zajistit dovednosti potřebné pro přežití. V současnosti je spiritualita charakterizována dvěma pohledy. Pro věřící představuje základ víry a hledání posvátného. V druhém pohledu nesouvisejícím s náboženstvím je spiritualita popisována jako vnitřní vztah člověka k nejzazšímu jsoucnu a orientaci k sobě samému. Jinými slovy vše, co je náboženské, je i spirituální, ale obráceně to nemusí být vždy nutně pravda (Novotná a kol., 2015).

Spiritualita je brána jako abstraktní koncept, který umožňuje lidem procítit smysl života přesahující běžné smyslové i rozumové schopnosti. Může představovat vztah k bohu a posvátnému, ale také být představována jako láska k přírodě, k umění, k rodině nebo komunitě. Může se jednat o jakékoliv přesvědčení, napomáhající jedinci najít cíl a smysl života (Puchalski, 2000).

Filozofie vnímá ducha, latinsky spiritus, jako nemateriální bytost způsobitou k stanovení a provedení mimosmyslových hodnot s pomocí sebevědomí a svobodného rozhodování. V teologii se spiritualita vysvětluje jako spontánní a niterní vztah k náboženství přes vliv ducha svatého (Stríženec, 2005).

V Japonsku popisují tři druhy víry. Shintoismus uznává různé bohy a bůžky. Které mnozí Japonci mají ve svých domácnostech v podobě sošek. Existuje zde značná korelace mezi jednotlivými směry, kdy většině Japoncům nečiní potíže v průběhu života praktikovat svou původní víru, nicméně svatbu mít v kostele katolickém a pohřeb vypravený v buddhistickém rázu (Kamijo a kol., 2019).

2.1.2 Vývoj spirituality

Od dětství si člověk prochází odlišnými životní fázemi a jeho vztah k náboženství se může v průběhu měnit. Ne každý dokáže být spirituálně neutrální. Ani ateistický postoj k životu není brán jako spirituálně negativní. V první fázi života člověk nereflektuje víru, tato fáze se označuje jako nultá, ve které si procházíme jakýmsi obdobím nevědomosti. V následující fázi se manifestuje podřízení autoritám a pravidlům, u spousty lidí tato ustálená forma setrvává po zbytek života. Druzí se mohou dostat do slepé uličky spirituality, kdy cokoliv spjaté s vírou a pravidly popírají. Nějací jedinci zde zůstávají po celý život. Zbytek přejde do třetí etapy, kde smysluplně uplatňují principy víry do reality vlastní existence. Nejvyšší a poslední stadium je mystika. Této fáze dosáhne jen málokdo z nás. Tento stav není snadné slovy formulovat. Idea porozumění božského, splynutí v jeden celek s Bohem. Existuje přiměřený a prospěšný postoj k víře, který věřícího posune dopředu a napomáhá mu se dál osobně rozvíjet, ale i nezdravý postoj, který je škodlivý pro věřícího i lidi v jeho okolí. Zdravý přístup k víře charakterizuje W. Rebell jako činy, které podporují jedince v osobním růstu a podněcují harmonické vztahy k ostatním. Činy jsou vyjádřeny jako stálost v životě, vyrovnanost a spojení s realitou. Povzbuzující lásku a víru a posilují postoj věčného hledání pravdy. Takovéto činy manifestace víry by měli být vždy mírumilovné a nesmí vzbuzovat strach. Pobízí k toleranci víry ostatních a navádí na cestu k bohu a transcendenci. Neopomíjejí na oslavy a radost z života (Odrobiňák, 2010).

Vývoj duchovního života je úzce spjat s výchovou od raného dětství. Až když člověk akceptuje vlastní život, vlastní tělo a rodinu taková jaká je a dokáže se svobodně rozhodovat bez potřeby ovlivnění okolím, lze říct, že jedinec dosáhl spirituální zralosti (Stríženec, 2005).

„Kritéria popisovaná jazykem nenáboženským, proto umožňují provázet v rámci spirituální péče k jejich dosažení každého, u koho rozpoznáme nenaplněné spirituální potřeby“ (Odrobiňák, 2010, s. 23).

Duchovno zaujímá důležitou roli v průběhu onemocnění pacienta, jak věřícího, tak i nevěřícího. Obzvláště během chronické choroby má spiritualita největší dopad na vnímání nemoci. Absence spirituální péče tedy může představovat snížení životní úrovně, ba dokonce způsobit zřetelný životní diskomfort. V současnosti se doporučuje vnímat

pacienty jako celek (holistický koncept) při přístupu k jejich potřebám, tj. brát v potaz rozměr sociální, kulturní, psychologický, biologický i spirituální (Novotná a kol., 2015).

2.1.3 Spirituální potřeby

Může být náročné rozeznat nutnost spirituálních potřeb u pacientů. Zejména u těch nevěřících, se potřeba spirituality může skrývat za různými vzorci chování. Pacienti bývají podráždění, apatičtí nebo hostilní vůči nemocničnímu personálu. Běžně se v praxi nevyplňují dotazníky k zjištění potřeby spirituální péče. Přitom i ti, kteří se duchovnu zcela brání, často cítí potřebu spirituální péče stejně jako ostatní (Novotná a kol., 2015).

Otázky smyslu existence mají značný význam pro chronicky nemocné, onkologické i dlouhodobě hospitalizované pacienty. Napadají je myšlenky, které by za normálních okolností zahnali prací, popř. jinou aktivitou či koníčky. Většina vnímá svoji nemoc jako odplatu za své hříchy nebo jednání, jiní jako zkoušku víry. Někteří z nich může návštěva nemocničního kaplana (NK) pomoci se s chorobou vyrovnat (Odrobiňák, 2010).

Aby bylo snadnější představit si, co obnáší spirituální péče, Emblen a Halsted popsali šest oblastí spirituálního života:

- 1) Náboženský kontext.
- 2) Zkušenosti mimo pozemskou existenci.
- 3) Pocity smíru, vnitřního klidu a pohodlí.
- 4) Hodnoty zdraví, víry a naděje.
- 5) Komunikace, mít si s kým promluvit, být vyslyšen a mít pochopení.
- 6) Otázky života a smrti (Emblen, Halstead, 2011).

2.1.4 Formy spirituální péče

Nejen nemocní cítí nutnost naplňovat své duchovní potřeby, ale i jejich rodinní příslušníci a v neposlední řadě taktéž nemocniční personál. Pastorační činnost mohou využít i návštěvníci nemocnice. Pastorace představuje nedílnou pomoc při výskytu partnerských a rodinných problémů, nebo třeba pomoc emočně nevyrovnaným jedincům.

Formy spirituální péče:

- 1) Přítomnost u lůžka, mlčení s klientem, bazální stimulace.
- 2) Podání informací o spirituální péči a jí blízkých tématech.
- 3) Podpurný rozhovor, přeladění emocí u deprese a pláče.

- 4) Poradenský rozhovor, problematika vztahů (partnerských, generačních).
- 5) Terapeutický rozhovor obsahující existenciální témata.
- 6) Skupinová setkání, bibliodrama, hagioterapie.
- 7) Svátostní služby, modlitba, četba duchovní literatury.
- 8) Bohoslužba, vyhrazený prostor přímo na oddělení.
- 9) Biblická hodina.
- 10) Seminář, přednáška, odborná nebo osvětová.
- 11) Profesní konzultace s personálem o klientovi nebo spirituálních tématech.
- 12) Supervize poskytovaná, přijímaná.
- 13) Jiné služby: doprovod, vzkazy apod. (Odrobiňák, 2010).

Rozdíl mezi spirituální a pastorační činností lze popsat následovně – spirituální péče představuje jednání s pacientem, kdy je jeho individualita respektována a středem zájmu jsou přímo jeho duchovní i existenciální otázky či obtíže. Snažíme se mu humánně dopomoci k důstojnému překonání jeho nesnadné životní situace, popř. ho doprovodit při umírání a smrti. Pastorační péčí rozumíme přímo péči křesťanskou:

„Pastorační péčí 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 obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu lidsky důstojnému zvládnutí jeho situace včetně smrti, a to jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje“ (Opatrný, 2017, s. 17).

Pastorace nabízí nestrannou spásu života prostřednictvím působení církve. Zpravidla ji lze rozčlenit do tří kategorií: svátosti, společenství a slovo. *„Tyto činnosti mohou být chápány pastoračně jedině tehdy pokud se budou týkat života člověka“* (Špidlík a kol., 2008, s. 43).

2.1.5 Předsudky vůči spirituální péči

NK nezřídka naráží na předsudky ze strany personálu nemocnice nebo pacientů při své práci. Veřejnost může odmítat projevy víry, modlitby i četby náboženské literatury. Značný počet lidí je toho názoru, že nemocnice by se měli zachovat sekulární. Povaha NK by měla být proto duchovně i lidsky vyspělá. NK by si měl počínat taktně, aby neznepokojoval nevěřící klienty. Volit přiměřené postupy s ohledem na nemoc nebo potíže příjemce spirituální péče. Často lze výběrem vhodného přístupu k pacientům správně nasměrovat jeho chování a do jisté míry i průběh onemocnění. Tohoto faktu si NK musí být plně vědom. V psychiatrii musí projít základním kurzem psychoterapie a krizové intervence. A např. vybírat odlišný přístup u pacientů trpících schizofrenií. Kteří, když jsou v manické fázi potřebují spíše usměrnění. Protože nemocný nezřídka blouzní a má představy s duchovním odkazem falešného mesiášství. Naopak ve fázi deprese by bylo silně nevhodné vytýkat pacientovi nesplnění pravidel duchovního jednání a zatěžovat ho pocitem viny. Spirituální péče ovlivňuje hodnoty a normy pro správné chování, které lze aplikovat i u sexuálních delikventů a u lidí se závislostmi. V každém případě je nezbytné upevňovat víru, aby lidem přinášela naději. Základní tři pilíře životní stability, podporující ukotvenost v životě, jsou rodina a přátelé, zaměstnání a naše záliby/koníčky. Víru lze brát jako pilíř čtvrtý. Řadu sporů přináší neznalost problematiky a předsudky. Velká spousta pacientů odmítá spirituální péči. Nechápu, proč by měli vyžadovat kaplanovu pomoc, když žádnou víru nevyznávají. Ale leckdy péči odmítají i věřící. Domnívají se, že jejich zdravotní stav není tak špatný, aby činnost duchovního využili. Tvrdí, že přeci ještě neumírají. Naneštěstí mají věřící pastorační péči v nemocnici obvykle spojenou s péčí o umírající. Kaplan, na rozdíl od prací vyčerpávaných sester a lékařů, kteří mají na starosti vyšší počet pacientů, může využít svůj čas ve prospěch nemocného a věnovat se mu jako individuálně. Z tohoto důvodu je nepředstavitelné uplatnit v praxi názor tvrdící, že spirituální péči může v nemocnicích vykonávat zdravotnický personál (Odrobiňák, 2010).

Když pacient projeví přání duševního smíření, měl by se zdravotnický personál zaměřit na splnění těchto tužeb. Je potřebné vykonat jakékoli kroky, které věci posunou dopředu. O každém z těchto kroků je nezbytné pacienta informovat. A při případném neúspěchu se soucitem, ale bez přikrášlení mu danou situaci vysvětlit (Callanan, 2005).

Marková shrnuje povinnost všeobecné sestry ohledně spirituální péče ve dvou bodech: 1) Nevyhýbat se konverzacím s náboženskou a spirituální tematikou, i když se sama sestra považuje za nevěřící. A při rozhovoru senzitivně komunikovat s pacientem a podpořit ho při hledání vlastních odpovědí.

2) Přeje-li si pacient vést nějakým způsobem náboženský život, má být v kompetencích nemocnice mu danou péči uskutečnit. Zdravotník by se měl tedy orientovat v základních náboženských praktikách (Marková, 2010).

2.1.6 Diagnostika spirituální péče

Je možné zmapovat, jak často pacienti navštěvují kostely, mešity nebo synagogy. Ale určit sílu jejich víry je takřka nemožné (Puchalski, 2000).

„Empatický postoj zdravotníkům umožňuje zlepšit komunikaci s pacientem, navodit pocit uspokojení s pochopením obtížné situace jedince. Je podmínkou úspěšného a upřímného vztahu s pacientem. Tímto přístupem ve zdravotnickém zařízení dosáhnout lepších výsledků ošetrovatelské péče“ (Malíková, 2011, s. 290). Emotivní a kognitivní složky jsou důležité pro ošetřující personál pro pochopení problémů pacientů, tyto problémy intelektuálně identifikovat a přijmout je z objektivního hlediska (Wilkinson a kol., 2017). Posoudit potřebu spirituální péče v praxi nelze provést snadno. Je potřeba disponovat zdatnou dovedností vést rozhovor s notnou dávkou empatie a taktu. Na takové situace není personál zpravidla dostatečně trénovaný. Problematika se dotýká ryze soukromého života pacienta a získání jeho důvěry je nepostradatelným krokem. Zdravotnický pracovník musí projevit zájem o pacientův životní příběh. Citlivá témata mohou vyvolat nepřiměřenou reakci pacienta, není-li postupováno dostatečně šetrně. Smutek, ztráta naděje, neklid a nepřátelské chování k nemocničnímu personálu může poukazovat na potřeby spirituální péče (Novotná a kol., 2015).

Na našem území je zájem o náboženství ve spojitosti s nemocniční péčí otázkou až posledních několika let. V minulosti bylo náboženství záměrně upozadřováno. V minulém režimu lidé dokonce nemohli svobodně praktikovat svou víru. Vše, co bylo spjaté s náboženstvím se považovalo za podezřelá a důkladně se trestalo. Pravděpodobně i dlouho poté přetrvával v pacientech i personálu strach o těchto záležitostech komunikovat. Dotazníky se osvědčily jako jedna z metod napomáhající diagnostikovat nutnost spirituální péče. Ale některé mají nízkou výpovědní hodnotu a jsou těžce interpretovatelné a reprodukovatelné (Novotná a kol., 2015).

Duchovní anamnéza zejména zkoumá přesvědčení pacienta a hodnoty, které uznává. Lze z ní následně odvodit, jak významnou roli představuje náboženství a duchovno v životě pacienta (Puchalski, 2000).

Za posledních třicet let se v lékařství s rozvojem moderní techniky začali uplatňovat nové léčebné postupy a prostředky, spirituální potřeby pacientů byly opomíjeny. Přitom u umírajících onkologických nebo chronicky nemocných pacientů může duchovní rozhovor zaujmout podstatný význam k překonání jejich utrpení a bolesti. Navíc se ve vztahu mezi lékařem a pacientem díky návratu ke spiritualitě může obnovit dávno zapomenutý soucit a potřeba péče o ostatní. I přesto, že mají společné znaky, nemůže duchovní diagnózu zastoupit sociální výzkum. Sociální výzkum se obvykle dotazuje pacienta na jeho schopnosti vypořádat se s nemocí. Zjišťuje, zda jsou mu jeho příbuzní a přátelé oporou. A zda zvládá svoji finanční situaci. Otázky se nezaměřují na životní hodnoty a smysl života. I když vše pacient zvládá, může se cítit depresivně, kvůli množství nezodpovězených otázek a vzrůstajícím pochybnostem jeho víry v Boha. Pacienti zpravidla nehovoří o těchto záležitostech sami od sebe. Nabývají dojmu, že mluvit o tomto s doktorem není vhodné. Strachují se, že budou jen pro smích. Často když sám doktor navodí konverzaci o těchto skutečnostech, mnohdy se pacientům uleví a uvítají možnost o problému mluvit. Nejenom víra v boha, ale jakákoliv vyznávaná hodnota pacientům nabízí možnost vypořádat se v těžké situaci s jejich životy. V neposlední řadě je podstatné si uvědomit, za jakých okolností, je přivolání kaplana pacientům nápomocné a za jakých ne (Puchalski, 2000).

2.1.6.1 Dotazník FICA

Tento dotazník vytvořila Dr. Christina Puchalski, americká lékařka, původním oborem internistka, ke zhodnocení duchovních aspektů jedince — Spiritual Assessment. Je tvořen čtyřmi okruhy: **FAITH** — víra. **IMPORTANCE** — dopad na život. **COMMUNITY** — vztah ke společnosti. **ADDRESSE** — otázka přístupu. První otázka z okruhu F se ptá dotazovaných, zda si myslí, že jsou duchovně nebo nábožensky založení. Zpravidla nábožensky založení lidé se díky dotazu otevrou. Duchovně založení se nad záležitostmi alespoň pozastaví a zamyslí. Podle Dr. Puchalski tento dotazník lze díky struktuře vycházející z obecných principů uplatnit u všech pacientů napříč odlišnými kulturami vyznávající odlišná náboženství. Hodnotící nemusí používat přesně

formulované otázky. Dotazník lze využít na úvod při zahájení duchovního rozhovoru (Novotná a kol., 2015).

2.1.6.2 Další dotazníky k diagnostice spirituality

Existuje i tzv. **Pražský dotazník spirituality PSQ 30**, který byl vytvořen Říčanem a Jarošovou, a který se specializuje na zkušenost a přesvědčení. Není zaměřený úplně nábožensky. Je tvořen šesti sub škálami. První eko-spiritualita znázorňuje pocit soulad s přírodou, druhá mystickou zkušenost s transcendencí, třetí sub škála představuje blízkost a soucit k druhým, další vyjadřuje entuziasmus a radost z pomoci ostatním, svědomitá sub škála souvisí s novým začátkem lepšího života. Poslední šestá se zaměřuje na fascinaci absolutní pravdou. Tento dotazník nepřináší obavy při použití u nevěřících pacientů. Nevýhodou však představuje komplikovanost formulovaných otázek. Elkinson vytvořil **Dotazník spirituální orientace**, jeden z prvních dotazníků zaměřený na spirituální elementy bez náboženských prvků. Zahrnuje devět položek a subškál jako např. transcendentní dimenzi, která upozorňuje na Maslowovo vrcholný prožitek. Též zajímavá položka je vrcholného hledání specializované na odpovědnost vůči životu. Index spirituální zkušenosti se zaměřuje na spirituální zralost prostřednictvím zkoumání spirituální podpory a spirituální otevřenosti. Dotazník se dá použít u pacientů s různou náboženskou orientací (Hájnová-Fukasová a kol., 2014).

Z výše zmíněného je patrné, že existuje mnoho dotazníků a škál. Není vždy snadné vybrat ten nejvhodnější pro danou situaci a pacienta. Pokaždé musíme zohlednit prospěch nemocnému. Musíme ho respektovat v jeho individuálnosti. A za žádných okolností nikomu nic nevnucovat, ale pouze nabízet možnost duchovního provázení. I pokud pomáhající situaci plně nerozumí, měl by se snažit nemocného vyslechnout. Empatie je v tomto případě nepostradatelná (Opatrný, 2017).

2.1.6.3 Ošetrovatelská diagnostika

Sestry by se měly také řídit při diagnostice spirituálních potřeb pacientů mezinárodní klasifikací sesterských diagnóz Ošetrovatelské diagnózy NANDA. Kde jsou rozděleny diagnózy do domén a tříd. V knize lze dohledat jednotlivé charakteristické znaky, které pomohou při určení správné ošetrovatelské diagnózy. Problematiku spirituality najdeme v doméně 10 – životní principy. Která má následující třídy:

Třída 1: Hodnoty

Třída 2: Přesvědčení

- Snaha zlepšit duchovní well – being (00068)

Třída 3: Soulad hodnot/přesvědčení/jednání

- Snaha zlepšit rozhodování (00184)
- Konflikt při rozhodování (00083)
- Morální strádání (00175)
- Non-compliance (00079)
- Zhoršení religiozita (00169)
- Snaha zlepšit religiozitu (00171)
- Riziko zhoršené religiozity (00170)
- Duchovní strádání (00066)
- Riziko duchovního strádání (00067) (Nanda, 2015).

2.2 Dějiny náboženství a péče o potřebné

Náboženství je vyznávání síly větší, než je lidstvo samo, přesvědčení o existenci mocností, které mají schopnost ovlivnit náš život a ke kterým můžeme promlouvat. Monoteistická náboženství věří pouze v jednoho boha. Pravěký člověk žil v harmonii s přírodou. Uctíval přírodu, zvířata vnímal za sobě rovná a věřil, že rostliny mají duši. Svoji obživou závisel na sběru plodů a lovu zvěře. Lov zvěře byl chápán i jako kontakt s přírodními božstvy. Žena držela významné postavení, byla vnímána jako nositelka života. Pořadí dětí se ustanovovalo podle matky nikoliv otce (Matoušek, 2012).

Hinduismus patří mezi nejstarší náboženství, počátek jeho vzniku se datuje ještě v prehistorických dobách na území dnešní Indie. V současnosti je celosvětově třetí nejčastější náboženství po křesťanství a islámu. Dharma neboli držmo je soubor přírodních zákonů, základ, kterého by se věřící měli držet. Vše funguje jako příčina a následek našich slov, myšlenek a činů. Náboženské texty – védy jsou texty předávající pradávne vědění. Bráhmy a upanišady jsou spisy zákonů karmy, pojednávající o reinkarnaci. Nejvyšší stav jsoucna, kterého by se měl způsobem svého života věřící snažit dosáhnout je nirvána – stav naprostého souladu duše, kdy není dalších příčin ani následků

a jedinec je prost všech strastí života. Hinduismus uznává mnoho bohů a pojednává i o existenci mnoha démonů. Tři nejdůležitější a nejčastěji uvádění bozi jsou:

- 1) Bráhma – stvořitel.
- 2) Šiva – ničitel.
- 3) Višnu – ochranitel, (Knotková-Čapková, 2004).

Budhismus se považuje za druhé nejstarší náboženství, vzniklo přibližně v 6 století př. Kr. Jeden ze základních principů je askeze – způsob života v sebezapření a skromnosti, který zajistí očištění duše a možnost převtělení do vyšší sféry. Smrt v budhismu není konečné stadium života, duše se neustále převtěluje do doby, než dojdou do vyvanutí neboli Nirvány – stavu věčné blaženosti. Budhismus je spíše náboženský směr napomáhající člověku najít správnou cestu než náboženství v pravém slova smyslu. Budhisté neuznávají jednu vyšší bytost, která by svět ovládala. Stejně jako v hinduismu si svými myšlenkami a činy věřící zlepšuje nebo naopak zhoršuje svou karmu (Matoušek, 2012).

V roce 563 př. Kr. se narodil princ Siddhártha Gautama (Buddha Siddhártha) v údolí řeky Gangy, stal se zakladatelem tohoto směru. Při vyrůstání neměl ani tušení o utrpení a bídě mimo palác. Jednoho dne se vypravil ven, kde střetl těžce nemocného muže, druhý den mrtvolu, třetí den starce. Prince zužoval pohled na útrapy lidí a začal hledal cestu, jak přinést trpícím lidem spásu. Další den potkal meditujícího asketu, princ to vyzkoušel také, ale po pár dnech rozpoznal, že tudy cesta nevede. Askeze a meditace jsou stále součástí Samsáry – koloběhu života. Když usnul, zdály se mu sny o minulých životech. Ráno se prozřel z nevědomosti. Pochopil princip karmy. Nyní viděl, jak dobré i špatné skutky lidí dohání v následujících životech. Nové zrození, dává jedincům možnost se svými skutky napravit a dostat se do vyšší formy bytí (Ašvaghóša, přeložil Kozák, 2005).

Tři základní pilíře, o které se budhista může opírat, jsou učení – dharma, komunita podobně smýšlejících – sangha a altruistická mysl – bódhičitty. Budhismus pobízí věřící v konání dobrých skutků. Jedinec tím nejen pomáhá druhým, ale vylepšuje si i svou karmu. V budhismu je k dosažení lepšího života potřeba pochopit a přijmout učení čtyř vznešených pravd. První pravda pojednává o utrpení, které přináší běžný život, které nemůžeme ovlivnit. Další pravda nám přibližuje vznik utrpení, které jsou následkem karmy a způsobil je špatný počín v minulém životě. Podle Buddhy jsou tři nejtoxičtější vlastnosti: žádost, nenávist a nevědomost a je nutné je z našich životů vymýtit (Bstan-'Dzin-Rgya-Mtsho Dalajlama XIV., 2002).

Spousta odborníků se shodne na tom, že buddhismus je spíše filozofie než samotné náboženství. Držení se stanovených principů této filozofie vyjadřuje spirituální žití. V nemocnicích by mělo být pacientům umožněno praktikovat meditace, pokud jim v tom zdravotní stav nebrání. Také by se v nemocnicích mělo počítat s tím, že takový pacient by mohl vznést požadavek na veganskou stravu (Svatošová, 2012).

Dále chronologicky v historii vznikl **Judaismus**, monoteistické náboženství, které spojuje věřící v jeden národ i přesto že žijí rozptýleni všude po světě. Židé jsou přesvědčeni, že je bůh vybral jako vyvolený národ. Bibli nevnímají jako křesťané starý zákon. V judaismu je bible vnímána jako smlouva mezi bohem a starými Izraelity. Židé věří, že jsou potomci biblických praotců. Po praotci Jákobovi, je dnes pojmenovaný Izrael – ten, kdo bojuje s bohem (Fishbane, 1996).

V dnešní době judaismus rozdělujeme do dvou směrů: ortodoxní židé – kteří striktně dodržují obřadní předpisy a liberálové – vyznávají spíše židovskou kulturu, než aby praktikovali náboženství. Židé odmítají jíst vepřové, měla by jim být nabízena košer strava, kterou ne vždy je snadné v nemocnicích obstarat. Starý zákon sdílí křesťané společně s židy (Opatrný, 2017).

Začátek **Křesťanství** se datuje narozením Ježíše Krista jako mesiáše. Podle židovské věrouky, se očekával příchod mesiáše – zachránce poměrů, v té době bylo Judské království pod vlivem Římanů a obyvatelé tohoto území byli nuceni platit Římu vysoké daně. Narodil se přibližně v letech 7-4 př.Kr. Ve svém životě potkal Jana Křtitele, dal se pokřtít u řeky Jordán, aby se očistil a zbavil hříchů. Dále vytvořil nové učení, příchod království na zemi. Spása má přijít skrze lásku, oběť a víru. Získal mnoho stoupenců z řad odpadlíků, nevědomých Židů a prostých lidí. Stal se během svého veřejného působení nepohodlným, jak pro ortodoxní židy, tak pro římské úředníky. Zhruba kolem roku 30, asi 7. dubna byl mučen a zabit podle římského práva ukřižováním, potupnou smrtí určenou pro rebely, buřiče a nejtěžší zločince. Po smrti se jeho tělo údajně ztratilo z jeskyně, kde byl pohřben. Zjevoval se svým učedníkům – apoštolům. Pro věřící je pilířem víry z mrtvých vstání Krista, nanebevzetí. Nauka o tom, že bůh je trojjediný, je základním dogmatem křesťanství. Vyskytuje se ve třech osobách: Otec – bůh stvořitel; syn Ježíš Kristus – spasitel a Duch svatý. Různé výklady této skutečnosti vedly k schizmatu rozkolu v církvi. Rozdělili se v západní církvev – katolíci a východní – pravoslavní (Johnson, 1998).

V 15. století se kněz Jan Hus zasloužil za překlad Bible do jazyka srozumitelného i pro prostý lid. Mistr Jan Hus byl proti prodeji odpustků, nesouhlasil s rozmařilostí církevních hodnostářů a vybízel prostý lid k větší zbožnosti (Kantůrková, 1991). Po smrti Jana Husa vzniklo v českých zemích husitské hnutí. Husité byli radikální, odtrhli se od vlivu Říma a vytvářeli alternativní společenství. Úplně se oddělili od společnosti a tehdejší církve (Johnson, 1999). Po husitských válkách přešla péče o nemocné a raněné do světských rukou. Do té doby hlavní roli při léčení zaujímala církev (Dohnal, 2014).

Českokobratrská církev evangelická byla reformační církví, která vznikla v 19. století. Duchovno této církve se opírá o Bibli. Věřící praktikují víru četbou a výkladem Bible a odříkávají modlitby. Tato církev neuznává běžné křesťanské svátosti jako je např. zpověď a pomazání nemocných. Jedinou uznanou svátostí je bratrská zpověď jinému souvěrci (Opatrný, 2017).

Další reformační církví, která podobně jako českokobratrská církev evangelická navazuje na učení mistra Jan Husa a husitství, je Československá církev husitská. Vznikla roku 1920. Věřící mají svátosti obdobné jako katolíci. Pomazání nemocných označují jako svátost útěchy nemocným. Péče o choré obstarává farář či farářka (Svatošová, 2012).

Islám se řadí k nejmladším monoteistickým náboženstvím. Příslušníkům víry se říká muslimové. Muslimský chrám je znám jako mešita. Bůh se nazývá Alláh. Muslimové věří, že jejich víru Alláh zjevil proroku Mohamedovi. Mohamed se narodil v 6. století v Medině. Nepopíral předchozí monoteistická náboženství judaismus a křesťanství. Dle Mohameda bylo zapotřebí tato náboženství zreformovat. Navazoval na proroky Abraháma, Mojžíše a Ježíše. Muslimové věří v nebe a peklo, kde se podle zásluh v životě věřícího odehrává posmrtný život. Činy jako krádež, nevěrnost v manželství, vražda či jiná nespravedlnost jsou činy, které i jiná náboženství považují za těžké hříchy a jsou i zde zakázány a striktně odsuzovány. Základ islámu je zformován pěti pilíři víry. Šaháda – vyznání víry, spočívá ve vyslovení modlitby, která značí přijetí víry. Druhý pilíř se nazývá salát, představuje modlení se pětkrát denně za svítání, v poledne, odpoledne, za soumraku a v noci. K modlitbám svolává muezzin z mešity. Třetí zakát – almužna, kterou věřící nabízí chudým jako patřičná část ze svých příjmů nebo zboží, se kterým obchoduje. Čtvrtý pilíř nese název saum – půst v devátém měsíci Ramadánu. Muslimové se postí od svítání do soumraku. Půst spočívá v odřeknutí jídla, pití ale i kouření tabáku a souložení. Nemocní nebo poutníci na cestách mohou povinnost postit se odložit na později. Poslední

povinností muslima je tzv. hadždž – pouť do Mekky, kterou by každý ortodoxní muslim, měl realizovat alespoň jednou za život. Cesta do Mekky má podle muslimské nauky očistný efekt na tělo i duši věřícího (Wilkinson, 2001).

Muslimové přicházející do nemocnic v České republice bývají nejenom cizinci zde žijící, ale i český občané, kteří konvertovali k Islámu. Duchovní život muslima přísně koriguje korán a provádění muslimských principů může být v prostorách nemocnice obtížně realizovatelné. Personál by se měl pokusit vyjít vstříc při praktikování modlitby směrem k Mekce na koberečku. Je nutné mít na paměti, že muslimové nepřijímají k jídlu vepřové maso. Mnohdy mohou muslimové vznést požadavek, aby ženu ošetřovala nebo operovala pouze žena – lékařka. Ale stálé doprovázení manželky manželem může být v našich podmínkách obtížně proveditelné (Opatrný, 2017).

2.3 Multidisciplinárni tým

Dnes jsou pro zdravotníky i pacienty v nemocnicích mnohem lepší podmínky než v dobách socialismu, kdy návštěvní hodiny byly nemilosrdně určeny jen na dvě hodiny a po dva dny v týdnu. Nikdo nebrání přístupu kněze. *„Nemocniční kaplan se běžně vyskytuje v zahraničních nemocnicích jako člen multidisciplinárního týmu, i když pro některé zaměstnance českých nemocnic může být osoba trochu podezřelá. Ale kolegové, kteří se snaží držet krok s moderními postupy v ošetrovatelství tohoto nového kolegu akceptují ve svém týmu“* (Svatošová, 2012, s. 26).

Práce sestry vyžaduje kooperaci kvalitního týmu, kde se všichni soustředí na společný cíl – kvalitu života pacientů a jejich rodin. Do týmu by přirozeně měli patřit rodinní příslušníci, ale pacient by měl za všech okolností mít konečné slovo, co se týká intervencí a léčebných postupů. Jedině takto může být zachována důstojnost nemocného a individuálně řešeny jeho obtíže. Multidisciplinárni tým zahrnuje lékaře, všeobecné sestry, asistenty, sociálního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta, nutričního specialistu a duchovního. Sestra zaujímá v týmu nepostradatelné místo, protože je pacientům nejbližší a tráví s ním v nemocničním zařízení nejvíce času, monitoruje potřeby nemocného a hledá s ostatními členy týmu co nejlepší řešení s ohledem na individualitu nemocného (Marková, 2010).

2.3.1 Kaplan

Nemocniční kaplan je jinými slovy vyslanec církve, který se v nemocnici pečuje o spiritualitu věřících i nevěřících pacientů, personálu a návštěvníků nemocnice. Bez ohledu na vyznávanou víru nabízí duchovní útěchu všem potřebným. Kaplan by měl oplývat empatií a mít obecný přehled o vírách a náboženstvích. Dříve se za kaplana považoval duchovní, působící v cizí farnosti, kde nebyl domácím farářem. Později se označení používalo pro armádní a vězeňské kněze. Funkce nemocničního kaplana byla zavedena až dlouho poté. V 19. století se objevil i židovský kaplan v nemocnicích. Muslimové nemají pro nemocné a umírající obstaranou pastorační péči. Maryšková pojednává o diferenci mezi spirituálním asistentem a kaplanem. Nabývá dojmu, že kaplan musí být vystudovaný teolog, který svojí kvalifikací zvládne pacientovi zabezpečit potřebný duchovní doprovod během nemoci. Napomáhá najít cestu ke smyslu života a transcenci. Spirituální asistent by nemusel bezchybně vypořádat pacientovo duchovní potřeby. Hrozí riziko, že by dokonce mohl ublížit, tím že odvrátí pacienta na špatnou cestu, popř. ho odradí od terapie nabídnutím náhrady nevhodnou alternativní léčbou (Maryšková, 2016).

Kněz může být do určité míry fungovat jako psychoterapeut. Pokud se ale nejedná o vystudovaného psychologa či psychoterapeuta je kvalita podané psychoterapie sporná. Nicméně kněz může nabídnout terapii založenou na božím slově, modlitbách a svátostech. Jeho terapie by měla vycházet z altruistické lásky. Předpokládá se, že přístup kněze k pacientovi bude ohleduplný a diskrétní (Opatrný, 2001).

Na území České republiky působí dvě asociace nemocničních kaplanů Katolická asociace nemocničních kaplanů (KANK) a Asociace nemocničních kaplanů (ANK). Členové těchto občanských sdružení tvoří i zástupci nekatolických církví. Kaplan působí i v Armádě České republiky, kde má legislativou pevně určenou smlouvu s armádou. Duchovní je členem týmu a vyjíždí s vojáky na zahraniční mise. Kaplan působící v prostorách vězení má smlouvu s ministerstvem vnitra. Jedním smluvním partnerem je Česká biskupská konference (ČBK) nebo Ekumenická rada církví (ECR) a druhým je zástupce příslušného orgánu. MZ podobnou dohodu s ČBK a ECR nemá, to přivádí duchovního do nejasného postavení v jeho funkci v nemocničních prostorách. Práce NK ve zdravotnictví byla ošetřena v roce 2011 dohodou mezi ČBK a ECR. V dohodě se pojednává o vysílání, odvolání i vzdělávání duchovních. V roce 2012 ve Vatikánu náš bývalý ministr Leoš Heger řešil právní postavení NK mezi zdravotníky. Tvrdil, že prezence pastora v nemocnicích pomáhá nejen nemocným ale i nemocničnímu personálu, který je neustále pod náporom stresu. Chystal zákon o nelékařských profesích. Zákon nevěšel v platnost kvůli demisi vlády v roce 2013. Nikdo z následujících ministrů se od té doby problematikou nezabýval. Nemocnice nejsou nikterak zavázány se řídit výše zmíněnou dohodou z roku 2011. Požadavky na dosažené vzdělání ani další vzdělávání NK není ošetřeno MZ. Nikde se ani nespecifikují podmínky k odvolání NK. Nezmiňuje se postavení NK k dalším členům multidisciplinárního týmu. Není ani určená náplň jeho práce. Není smluvně uveden vztah mezi nemocnicí a církví ohledně poskytování duchovní péče (Maryšková, 2016).

Nemocniční kaplan by při své přítomnosti měl pacientům pomáhat připraveností na rozhovor a povzbuzením nemocnému projevit své emoce, obavy a strach. Každopádně musí být jeho přítomnost přínosná. Správně kaplan následuje etický kodex, chrání zájmy nemocného a řídí se mezinárodními evropskými standardy (Novotná a kol., 2015).

2.3.1.1 Duchovní rozhovor

Nejpodstatnější element pastorače nemocných je bezpochyby duchovní rozhovor. Spirituální péčí se rozumí osobitý rozhovor pastora s člověkem v útrapách, rozhovor obnáší velmi specifické prvky komunikace. Kaplan musí respektovat autonomii nemocného a provázet ho v jeho nemoci nebo utrpení. Pacient by se neměl cítit, že bude ponechán opuštěný při umírání a smrti. V duchovním rozhovoru hraje nedílnou roli empatie, bez ní by se dialog stal jen neurčitým pastoračním torzem. Poté, co pacient umožní kaplanovi vstoupit do jeho soukromého života, se projeví, zda a jak může kaplan

pomoci. Mnohdy i jen sebemenší snaha o pochopení lidské potřeby nemocného otevírá možnosti následné péče lépe, než nespočet biblických citátů. Pro duchovního dialog nemá být agitací. Je potřeba mít na paměti, že nemoc může přivádět nemocné na cestu k vyspělejšímu projevu spirituality nebo naopak ke ztrátě přesvědčení a popírání víry. Role pastora u lůžka není snadná. Staří, umírající a vážně nemocní pacienti, obzvláště na onkologickém oddělení potřebují striktně rozdílný přístup pastora. Neplatí zde žádné normy, pacienti reagují na nabídku pastorační péče odlišně. Někteří rozhovor o víře a přijetí svátosti vyžadují a jiní odmítají. V nejedné situaci se trpělivost při vysvětlování, pravidelné návštěvy pastorem, duchovní dialogy, vysvětlení smyslu bolesti a utrpení v lidském životě ukázalo být užitečné. Zkušený laik může navodit konverzaci o této problematice a tím připravit nemocného na návštěvu NK. Když rozhovor o víře začne někdo, komu pacient důvěřuje, zpravidla pak péči duchovního lépe přijme. Komunikace otvírající cestu k duchovnímu dialogu se nemusí projevit jen verbálně. I stisk ruky nemocného má schopnost povzbudit a snížit pocit bezmocnosti a nepotřebnosti. Každé nepromyšlené ukvapené gesto může představovat rozsudek smrti, je nutné přistupovat k nemocnému velmi obezřetně (Štefko, 2003).

Konec života lze ulehčit nemocnému komunikací o duchovních hodnotách. A pokud hodnoty nemocného budeme podporovat i přes skeptický pohled příbuzných poskytneme mu tím možnost radostně prožít zbytek života. Nejběžnější způsob duchovního doprovázení je rozhovor, kde mimo jiné platí obecná pravidla pro komunikaci s nemocným. Pracovník soustavně pečující o duchovní život nemocného potřebuje náležité vzdělání a proškolení. Avšak nelze jednoznačně říct, že duchovní rozhovor mohou provádět pouze odborníci. V rozhovoru se nehledají jen komplikované odpovědi na složité náboženské otázky. Duchovní rozhovor nevnímáme jako rozhovor terapeutický. Pacient spíše potřebuje po svém boku někoho, kdo má pochopení než někoho, kdo poučuje. Nepochybně by se do duchovního rozhovoru neměl vrhnout kdokoliv. Vést duchovní rozhovor a vysvětlit pacientovi situaci zvládne vnímavá osoba s dostatečnou spirituální i životní zkušeností, schopná empatie. Je nutné připravit osoby pečující o nemocné na situaci, ve které si je pacient zvolí jako osobu vhodnou k duchovnímu rozhovoru, dostatečně je povzbudit, tak aby rozhovoru neuhýbali. Mohou nemocnému pomoci svou přítomností a pochopením. Mnohokrát je lepší přiznat upřímně svou bezradnost, než konejšit nemocného prázdny utěšujícími frázemi (Opatrný, 2017).

K nepostradatelné vlastnosti při dobré komunikaci patří i umění naslouchat, takovým způsobem abychom poznali více než nám bylo řečeno slovy. Správný nasloucháč interpretuje správně nejen slova, ale i řeč těla, emoce a jiné nonverbální způsoby komunikace. Už z první odpovědi pacienta lze vyčíst, zda se cítí v bezpečí a respektovaný při rozhovoru s daným člověkem. Nesouhlas a diskomfort v rozhovoru se obvykle projeví povzdechem, odvrácením pohledu nebo usazenými očima. Někdy je lepší počkat s duchovní rozmluvou na jinou příležitost, popř. zavolat odborníka nebo dokonce rozhovor ukončit, pokud nemocného příliš rozrušuje a jen v něm zvyšuje obavy a strach z nemoci a jeho současné situace (Svatošová, 2012).

Dá se snadno poznat, když nemocniční personál dělá svou práci s láskou, jsou duši přítomni nemocným a snaží se s nimi komunikovat. Hlavní zásadou při komunikaci s pacienty je spoléhat na své emoce a nedržet si odstup. City se sice mohou dostat mimo naši kontrolu, ale je to nepravděpodobné. A pakliže jsou upřímně projeveny, bereme je jako součást života. Lze rozumně komunikovat s nemocnými, mít otevřené srdce, ale přitom nebýt až příliš otevřený. Nemocniční personál může rozumně komunikovat s lidmi, být jim k dispozici, pociťovat širokou škálu emocí, ale zároveň vědět, že vztah zdravotník — nemocný probíhá v omezeném prostoru nemocnice, rozumíme tím vztahu nemocný — poskytovatel péče (Moore, 2010).

Pastorační rozhovor vyžaduje přímou i nepřímou přípravu. K nepřímé patří vztah k člověku, jako zdroj pro věřícího bible poslouží modlitba a osobní zkušenost. Zisk informací o nemocném a jeho rodině představuje přímou přípravu. Důležitým prvkem komunikace jsou nonverbální projevy. Význam má i ticho a odmlka při rozhovoru. Ticho může nastat, když už byla vyčerpána témata k rozhovoru a vše již bylo řečeno. Delší pauza může představovat intenzitu duchovního dialogu, ale také ostych ze strany pacienta na začátku rozmluvy. Nicméně může to poukazovat i na jistou zdrženlivost mezi konverzačními partnery. Patologické mlčení může znamenat psychickou poruchu. Zpravidla lze cítit určité napětí mezi účastníky dialogu. I když by věřící měli základní hodnoty vyznávat stejné, vyskytuje se mírné napětí, protože každý z hovořících má vlastní identitu. Přiměřená vzdálenost mezi partnery je taková, kdy nedochází k narušení intimní zóny, ale zároveň rozstup mezi nimi nepůsobí příliš odměřeně. Duchovní rozhovor se neobejde bez otázek, otázky otevírají prostor k zamyšlení a rozvíjí konverzaci. Uzavřené otázky by se měli pokládat jen výjimečně k doplnění skutečností.

Pacient nesmí vnímat rozhovor jako výslech. Proto je vhodné klást otázky otevřené. Otevřené otázky podněcují další rozhovor, přináší možnost pacientovi vyjádřit vlastní názor a přesvědčení.

Rozhovor by měl probíhat v přátelském duchu:

A) Naslouchat, trpělivě a přátelsky, avšak kriticky.

B) Nezaújímat autoritativní postavení.

C) Nevstupovat do intelektuálních diskuzí.

D) Neudělovat etické rady anebo morální napomenutí (Butta, 2017, s. 86).

2.3.1.2 Svátosti katolíků

Křest: Pokud dospělý člověk není pokřtěn, ale na konci svého života touží být pokřtěn, potřebuje dát najevo víru a příslušnost k církvi. Toto rozhodnutí musí být dobrovolné. Pokud projeví touhu být pokřtěn a neodvratně se blíží konec jeho života, tak když není k dispozici kněz, jáhn, či vyškolený laik, může křtít kdokoliv, kdo od křtěného přijme jeho vyznání víry a poté mu nalije na hlavu přírodní vodu a promluví slova: „*Já tě křtím ve jménu Otce i Syna i Duchu svatého.*“ Je-li křtěno malé dítě, samozřejmě vyznání víry odpadá. Křest je v katolické církvi vnímán jako první iniciační svátost a zároveň jako krok do církve i ke spáse (Opatrný, 2017, s. 67).

Biřmování: Pokud je katolík pokřtěn, ale není biřmován, má být tato svátost při nebezpečí smrti při přání nemocného udělena. V tomto případě ji může udělit i kněz, když není k dispozici biskup. Udělení svátosti spočívá vložení ruky na hlavu věřícího a pomazáním svěceného oleje na čelo se slovy: „*Přijmi pečeť daru ducha svatého*“ (Svatošová, 2012, s. 81).

Eucharistie: Jinými slovy svaté přijímání. Patří mezi základní oporu spirituality u praktikujících katolíků. Tuto službu můžou nejčastěji požadovat nemocní věřící pacienti. Svátá mše s přijímáním může být sloužena u lůžka pacienta nebo v nemocniční kapli, ale nejčastěji bývá eucharistie donesena knězem, jáhnem nebo pověřeným laikem. Svátost mohou využít všichni, kteří jsou pokřtěni, setrvávají v katolické církvi, žijí smíření s bohem a lidmi. Pacienti nesmí žít s nikým ve stavu nepřátelství a musí dokázat odpustit chyby druhým. Další podmínkou je, že pacienti nežijí v církevně neplatném manželství (Opatrný, 2017).

Svätost nemocných: Neboli **pomazání nemocných**. Lidé začali tuto svátost vnímat jako posledním zaopatření před smrtí (poslední pomazání), nicméně církví je pomazání vnímáno jako posílení těžce nemocného, má mu přinést úlevu od utrpení a bolesti, aby nabral dostatečné síly k uzdravení. Svátost nemocného může udělit pouze kněz nebo biskup (nikoliv kterýkoliv nemocniční kaplan). Nemocnému je přečtena úvodní modlitba a následně je pomazán olejem. Přijmout ji mohou nemocní i vícekrát za život např. zhoršil-li se výrazně jejich zdravotní stav nebo došlo-li k uzdravení a následně znovu onemocněli. Ze zásady ji lze ale udělit pouze živým osobám (i osobám v bezvědomí). Za zesnulého je možné se modlit, ale neudělují se mu svátosti (Svatošová, 2012).

Svätost manželství: Žádost o svátost manželství v nemocnici nebývá běžná. Ale může se občas stát, že pacient žádá o uzavření manželství anebo nemocný, který byl oddaný na úřadě, si přeje církevně legalizovat svůj dosavadní sňatek (Opatrný, 2017).

Svätost pokání nebyli zpověď: Správně přijatá svátost pokání může věřícímu dodat velkou úlevu. Přiznání viny a přijetí plného odpuštění může katolíkovu přivodit radost a posílit důvěru, překonat spirituální bolest. Pokud tato svátost není dostupná ze zdravotních důvodů, stav pacientovi neumožní mluvit, měla by se poskytnout místo toho svátost pomazání (Svatošová, 2012).

Modlitba: Je životní potřebou věřícího člověka a má ho ochránit před tím, aby se dopustil hříchu. Už první modlitba, kterou Kristus učil apoštoly, je vzorem prožívání reality života. V modlitbě Otče náš prosí člověk o chléb (o potravu pro tělo) ale i očištění ducha (odpuštění viny). Modlitba má také sociální rozměr, jak my odpouštíme svým viníkům a prosíme o ochranu před zlem. Pomocí modlitby může nemocný člověk překonat napětí, získat naději a klid na duši (Štefko, 2003).

Již od středověku byly praktikovány modlitby za nemocné. Modlitba by měla přinést posilu a útěchu. Může být nabízena společná modlitba u lůžka pacienta, při zajištění soukromí (Svatošová, 2012).

První křesťanští mniši ctili velkou sílu modlitby, kdy hledali cestu propojení mezi modlením, konáním dobrých skutků, prací a půstem. Řešení tohoto problému přináší Origenés: „*Bez přestání se modlí ten, kdo propojuje modlitbu s nutnými aktivitami a skutky zase modlitbou*“ (Špidlík a kol., 2008, s. 286).

2.3.2 *Psycholog a duchovní*

Ve společnosti se vedou spory o tom, kdy k nemocnému přivolat kaplana a kdy duchovního, ani odborníci v tom nemají jasno. Společně se oba starají o dobro duše. Nedá se jednoduše tvrdit, že ten, kdo je věřící při pocitu tísně a neklidu potřebuje kněze, nevěřící ve stejné situaci psychologa. Pravda je, že duchovní někdy nekriticky přijímají psychologické metody při vedení v duchovním životě. Psychologové očekávají od teologů, že zpřístupní bohaté zkušenosti z dob, kdy se intenzivně věnovali modlitbě a rozjímání. Pro člověka dnešní doby bylo přínosné zajímat se o psychologické zkušenosti náboženské praxe (Svatošová, 2012).

Pro člověka vážně nemocného je nezbytné naplnění potřeb jak duchovních, tak psychických a sociálních. Pacienti od psychologů očekávají pomoc s adaptací na nemoc, zabavení úzkosti a strachu. Jak se vyrovnat se změnami, které nemoc způsobila na jejich těle a jak se na ně dívat. Jak nemít strach ze závislosti na pečujících osobách, mít kontrolu nad svým životem, tím dosáhnout zmírnění strachu z budoucnosti (Špatenková a kol., 2014).

2.3.3 *Spiritualita všeobecných sester*

V dnešní době jsou pro zdravotnický personál i pacienty nesrovnatelně lepší podmínky než v dobách socialismu, kdy byl normou materialistický přístup k životu a na člověka bylo nahlíženo jen jako na pracovní sílu. Přístup duchovních do zdravotnictví nebyl žádoucí a aktivně věřící lidé byli pronásledováni (Svatošová, 2012).

Do spirituality pomáhajících profesí můžeme i zahrnout motivaci, proč práci jedinci vykonávají. Vedle osobní motivace to můžou být náboženské důvody, až po důvody léčit si vlastní traumata. Potřebují cítit ze své práce uspokojení (Matoušek a kol., 2008).

Pokud sestry dělají svou práci s duší, mohou to příjemci péče okamžitě pocítit při vstupu do nemocnice. Personál je tu pro ně, komunikuje s nimi, neschovává se za profesní masky ani každodenní povinnosti. Schopnost kontaktu zde autor vnímá, jako první předpoklad vnést duši do toho co děláme, jak žijeme. U pomáhajících profesí je dobré být citově přístupný a zároveň navázat kontakt se svými klienty, jistě nastavit určité hranice ve vztahu pacient – zdravotník a zároveň neskrývat svoje pocity, a přitom se nestát citově chladným. Sestry pracující na onkologii a rehabilitaci se domnívají, že velká část jejich

práce je psychologická. Snaží se pomáhat pacientům vypořádat se s omezením v životě a strachem ze smrti, přesto že to není náplň jejich práce a nejsou na to školeny (Moore, 2010).

Sestry by neměly opomíjet ani příbuzné klientů. Měly by si pro ně vytvořit dostatek času, poskytnout jim uklidnění, naslouchat jejich problémům, věnovat jim dostatek informací, nasměrovat je, jak pečovat o jejich blízké a přijít s nabídkou duchovní podpory (Kisvetrová, 2018).

2.3.3.1 Výzkum spirituality u všeobecných sester v zahraničí

René van Leeuwen a kol. z Christian University of Applied Sciences Viaa v Nizozemí v roce 2015 rozdali dotazníky zaměřující se na spiritualitu a spirituální péči, schopnost poskytovat spirituální péči a osobní spiritualitu všeobecným sestřím, které pracovaly v nemocnicích, psychiatrických léčebnách a v domácí péči. Do výzkumu se zapojilo 449 sester a dotazník zabral přibližně 15 minut. Z dotazníků vyplynulo, že většina respondentů byly ženy. V nemocnicích byla polovina mladších 31 let, zatímco v domácí péči jich bylo jen 15 %. Zhruba polovina sester se hlásila ke křesťanství a jedna třetina byla bez vyznání. Dále jedna třetina uvedla, že mají bakalářský titul. A polovina byla ovlivněna významnou životní událostí jak například svatba, rozvod nebo smrt blízké osoby. Sestry v nemocnicích měly nižší skóre v oblasti osobní spirituality. Výsledky pak obecně ukázaly, že všeobecné sestry v domácí péči a psychiatrických léčebnách byly více nábožensky a spirituálně založeny a byly více sebevědomé v poskytování spirituální péče pacientům v porovnání se sestrami v nemocnicích (Leeuwen a kol., 2015).

Tüzer a kol zkoumali studentky druhého, třetího a čtvrtého ročníku bakalářského studia v Turecku. Většina studentek si myslela, že je nezbytné poskytnou spirituální péči umírajícím pacientům. Bohužel se ale kvůli nedostatečné znalosti necítily dostatečně kompetentní, a navíc polovina studentek uvedla, že by o takové pacienty vůbec nechtěla pečovat. Autoři si myslí, že zlepšení situace k přístupu k smrti a spirituální péči by měly mentorky v akademii a během klinické praxe zahrnout tyto aspekty do výuky. A je nezbytné, aby sestry mentorky zahrnuly do výuky také kazuistiku, které se zabývají spirituální péčí (Tüzer a kol, 2020).

V čínské provincii Jilin (2019) byla provedena studie na sestřích v onkologické nemocnici mezi zářím 2017 a říjnem 2018, kde zkoumali kompetenci poskytování spirituální péče. 92 dobrovolných sester bylo rozděleno do dvou skupin (experimentální

– 47 lidí, kontrolní – 45 lidí). Experimentální skupina byla podrobena dvoutýdennímu tréninku spirituální péče každých 6 měsíců, dvě sekce sdílení kazuistiky měsíčně a jedna sekce diskuze knihy pro osobní rozvoj každý měsíc. Kontrolní skupina byla podrobena jednomu intenzivnímu tréninku ošetrovatelské péče měsíčně. Kompetence spirituální péče byla testována před a po studii, přičemž experimentální skupina vykazovala vyšší skóre. To mohlo být dáno tím, že sestry v experimentální skupině byly o trochu starší. Vyšší skóre bylo zaznamenáno také po skončení studie u experimentální skupiny, což nasvědčuje tomu, že trénink spirituální péče významně napomáhá sestřím rozeznat a naplnit spirituální potřeby pacientů (Hu a kol., 2019).

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

3.1 Metodika

Pro empirickou část bakalářské práce jsme se rozhodli s PhDr. Andreou Bratovou, Ph.D., MPH, vybrat dotazník FICA, výše popsany v kapitole 2.1.6.1, oslovil nás pro svoji výstižnost a zároveň skutečnost, že autorka dotazníku je klinická lékařka, působící i v paliativní péči. K vytvoření dotazníku ji vedla osobní zkušenost, pochází z katolické rodiny polských imigrantů. Její rodiče přežili koncentrační tábor, válečné utrpení. Profesní setkání s umírající pacienty ji vedlo k přesvědčení o nutnosti zavedení do vztahu pacient – lékař soucit a péči. Osobně se zasadila o zařazení spirituální péče do celkové ošetrovatelské péče. Vytváří a vede kurzy k poskytování duchovní péče.

Aplikovaný dotazník FICA obsahuje 21 otázek k tomu byly připojeny 4 otázky zaměřené na spiritualitu v ošetrovatelství a 7 anamnestických otázek: věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, klinika, na které respondenti pracují, délka praxe ve zdravotnictví a kraji trvalého bydliště. V první části dotazníku ve skupině **F (faith – víra)** jsou čtyři otevřené otázky. Část druhá **I (importance and influence – důležitost a vliv)** obsahuje rovněž čtyři otevřené otázky a jednu uzavřenou otázku, kde mohli respondenti odpovědět na škále od 1 do 5. Třetí část **C (community – společenství)** je tvořena třemi otevřenými otázkami. V poslední části dotazníku ve skupině **A (address in care – řešení v oblasti péče)** nalezneme jednu otevřenou otázku. 4 připojené otázky na spiritualitu v ošetrovatelství mají poukázat na osobní vztah respondentů ke spiritualitě a odraz profese v jejich soukromém životě. K odpovědi na otázky respondenti využili škály od 0 k 5. V poslední otázce měli respondenti možnost připojit i vlastní slovní odpověď. Dotazník v plném znění je součástí přílohy 1. Dotazník byl vytvořen nejen pro papírovou formu, ale i pro online formu prostřednictvím Google Forms (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfgPuFuxLgHHJozTNcYe08GoPu-ih7iTUc8qzujgBc365y7iw/viewform?usp=sf_link). Obě formy respondenti vyplňovali anonymně.

3.2 Cíle práce

Cílem práce je zhodnocení vlivu spirituality u sester. Zmapovat spirituální potřeby sester, zjistit jakým způsobem jejich profese změnila pohled na životní priority a zda nemoc ovlivnila jejich život.

- C1 Posoudit, zda mají sestry potřebu víry, přesvědčení, významu.
 - C2 Zjistit důležitost spirituality / přesvědčení v procesu uzdravování.
 - C3 Ověřit vliv komunity, nebo společenství jako podpory pro sestry.
 - C4 Zmapovat význam poskytnutých informací od nemocných pro poskytování zdravotní péče.
 - C5 Navrhnout doporučení pro praxi.
-
- H1 Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly mezi sestrami ohledně potřebě spirituality.
 - H2 Předpokládáme, že existuje statistický významný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami v důležitosti spirituality při procese uzdravování.
 - H3 Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami při vlivu komunity, nebo společenství jako podpory.
 - H4 Předpokládáme, že většina sester klade důraz na význam poskytnutých informací při poskytování zdravotní péče.

3.3 Materiál

Začátek výzkumu začal navržením a schválením problematiky, kterou se tato práce zabývá. Po prostudování domácích i zahraničních bibliografických zdrojů se v roce 2019 rozhodlo o směrování předkládané bakalářské práce. Podala se žádost o povolení dotazníkového šetření (příloha 2), jež byla schválena paní náměstkyní PhDr. Janou Novákovou, MBA. Celkem bylo rozdáno 150 papírových dotazníků. Navrátilo se zpět 60 dotazníků po různých oddělení Fakultní nemocnice Motol v Praze, z toho jeden byl neadekvátně vyplněný, a proto musel být ze souboru vyřazen. 18 dotazníků bylo sesbíráno online formou. Z celkového počtu dotázaných bylo 70 (90,9 %) žen a 7 (9,1 %) mužů. Průměrný věk zdravotnického personálu byl 41,5 let. Další údaje o výzkumné vzorku jsou blíže charakterizovány v následujících kapitolách.

Samotný sběr dat probíhal od 6. února do 15. března 2020, následně se data vyhodnocovaly statisticky.

3.4 Zpracování dat

Získané data z dotazníků byly podrobeny statistické analýze, při které byl použit program Excel. Na začátku byly použity popisné statistiky a to následovně: absolutní četnosti (n), relativní četnosti (%), průměrná hodnota (M), standardní odchylka (SD), medián (Mdn), minimum a maximum. Při ověřování stanovených hypotéz byly využity relevantní statistické testy:

- Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody, kterého výsledkem byla jeho hodnota χ^2 , stupeň volnosti a statistická významnost p,
- Fischerův exaktní test, kterého výsledkem byla statistická významnost p. Tento test byl použitý v případě, když nebyly splněné podmínky pro použití Pearsonova Chí kvadrátu testu nezávislosti. To bylo v analýzách tehdy, když jedna z hodnot očekávaných četností byla nižší než jedna.

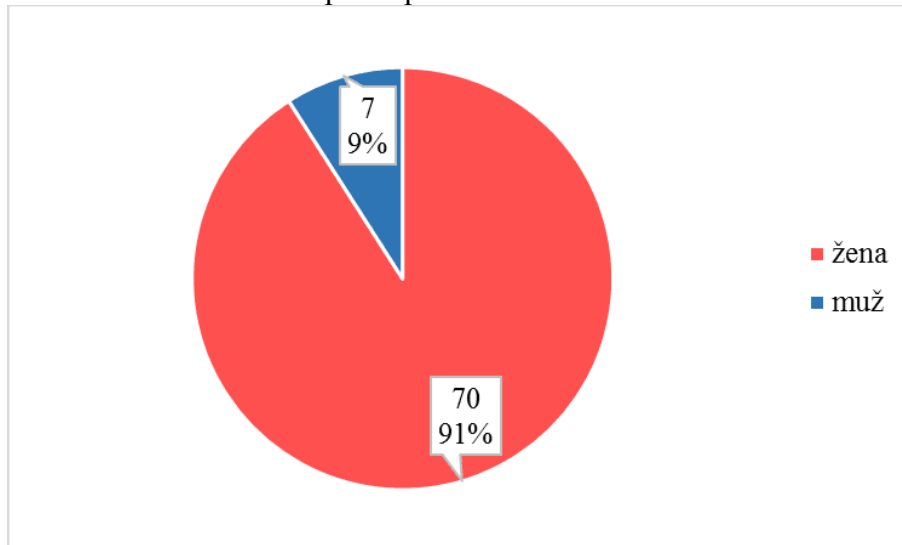
Zjištěná statistická významnost byla porovnána s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. V případě, že zjištěná významnost byla vyšší než tato hodnota, výsledek byl považován za statisticky nevýznamný. Pokud zjištěná statistická významnost byla nižší než hodnota 0,05, výsledek byl považován za statisticky významný. Pro lepší popis byly použity různé typy grafů: kruhový diagram, sloupcový graf a 100 % skládané sloupcové grafy.

3.5 Výsledky šetření vlastní práce

3.5.1 Vlastní šetření

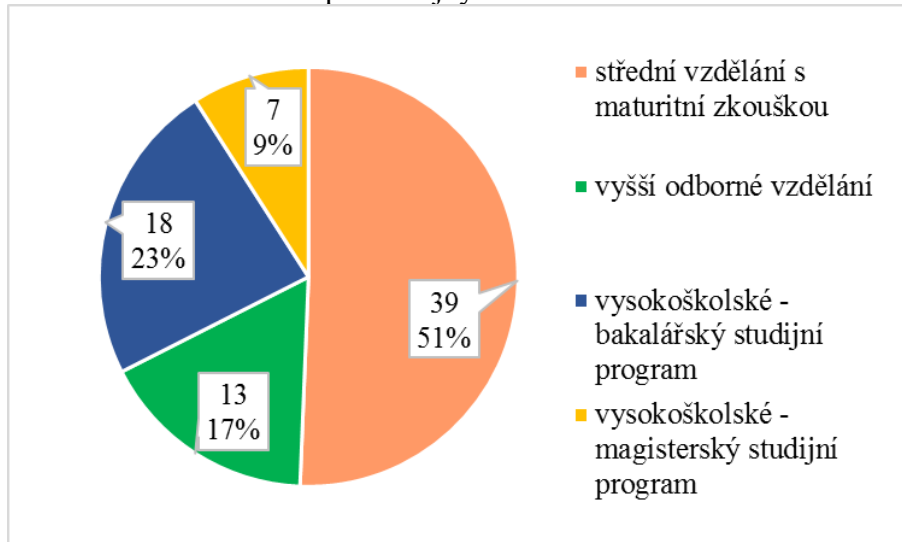
V souboru bylo 77 sester, z toho bylo 90,91 % žen (n = 70) a 9,01 % mužů (n = 7). Sestry byly ve věku od 21 let do 69 let. Průměrný věk byl $M = 41,54$ se standardní odchylkou $SD = 12,26$ let. Polovina sester v souboru byla ve věku 41 let a níže. A druhá polovina byla ve věku nad 41 let ($Mdn = 41$).

Graf 1. Rozdělení sester podle pohlaví



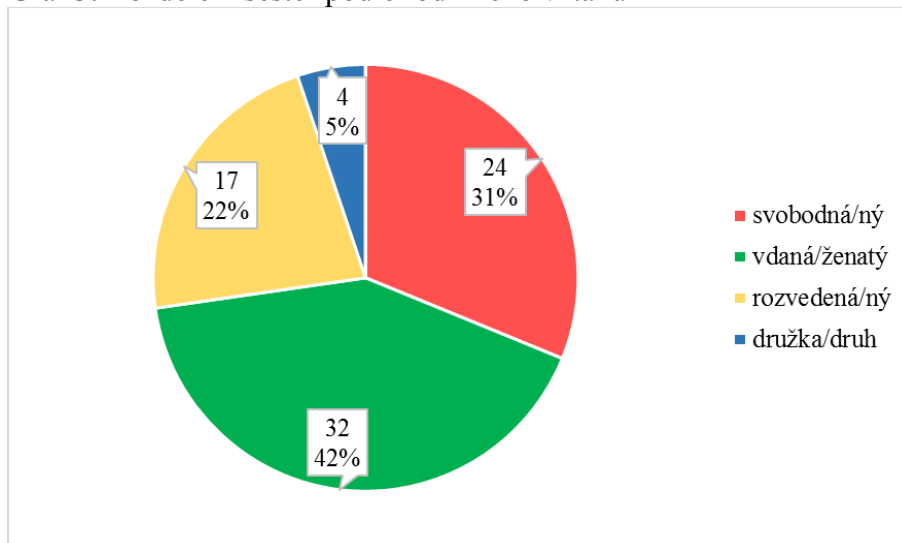
Středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou uvedlo 50,65 % sester (n = 39) a vyšší odborné vzdělání uvedlo 16,88 % sester (n = 13). Ukončený bakalářský studijní program uvedlo 23,38 % sester (n = 18) a ukončený magisterský studijní program uvedlo 9,09 % sester (n = 7). Vysokoškolské vzdělání dohromady uvedlo 32,47 % sester (n = 25).

Graf 2. Rozdělení sester podle nejvyššího dosaženého vzdělání



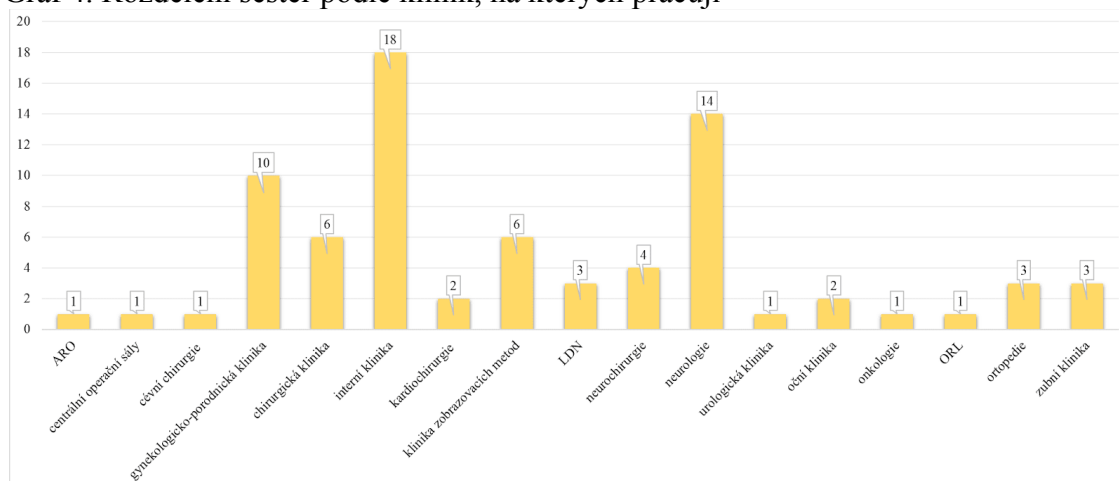
Sestry se také vyjadřovali ke svému rodinnému stavu. Svobodných sester bylo v souboru 31,17 % (n = 24), vdaných/ženatých sester bylo v souboru 41,56 % (n = 32), rozvedených sester bylo 22,08 % (n = 17) a sestry, které uvedli svůj vztah jako spolužití družka/druh bylo v souboru 5,19 % (n = 4).

Graf 3. Rozdělení sester podle rodinného vztahu



Sestry pracují na různých klinikách, kde 23,38 % sester (n = 18) uvedlo interní kliniku, 18,18 % sester (n = 14) uvedlo neurologii, 12,99 % sester (n = 10) uvedlo gynekologicko-porodnickou kliniku, 7,79 % sester (n = 6) uvedlo chirurgickou kliniku, 7,79 % sester (n = 6) uvedlo kliniku zobrazovacích metod, 5,19 % sester (n = 4) uvedlo neurochirurgii, 3,9 % sester (n = 3) uvedlo LDN, 3,9 % sester (n = 3) uvedlo ortopedii, 3,9 % sester (n = 3) uvedlo zubní kliniku, 2,6 % sester (n = 2) uvedlo kardiochirurgii a 2,6 % sester (n = 2) uvedlo oční kliniku. V ostatních uvedených klinikách bylo zaznamenáno po jedné odpovědi (1,3 %): ARO, centrální operační sály, cévní chirurgie, urologická klinika, onkologie a ORL.

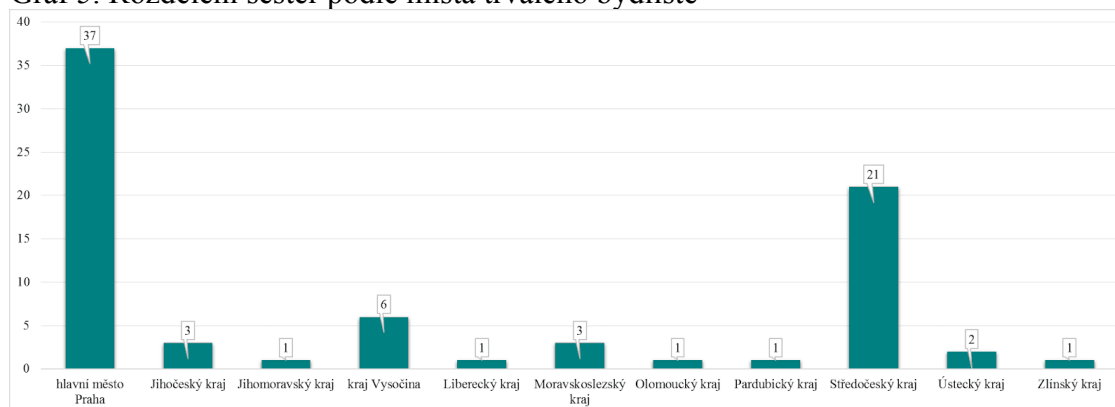
Graf 4. Rozdělení sester podle klinik, na kterých pracují



Sestry uvedli praxi od 0 do 46 let. Průměrný počet roků praxe byl $M = 18,7$ let se standardní odchylkou $SD = 12,68$ let. Polovina sester uvedlo praxi 17 let a méně a druhá polovina sester uvedla praxi nad 17 let ($Mdn = 17$).

Nejvíce sester pocházelo z hlavního města Prahy a to 48,05 % sester ($n = 37$), poté následoval Středočeský kraj s 27,27 % ($n = 21$). Kraj Vysočina uvedlo 7,79 % sester ($n = 6$), Jihočeský kraj uvedlo 3,9 % sester ($n = 3$), Moravskoslezský kraj uvedlo 3,9 % sester ($n = 3$) a Ústecký kraj uvedlo 2,6 % sester ($n = 2$). U krajů Jihomoravský, Liberecký, Olomoucký, Pardubický a Zlínský bylo zaznamenáno po jedné odpovědi (1,3 %).

Graf 5. Rozdělení sester podle místa trvalého bydliště



3.5.2 Výsledky dotazníku FICA

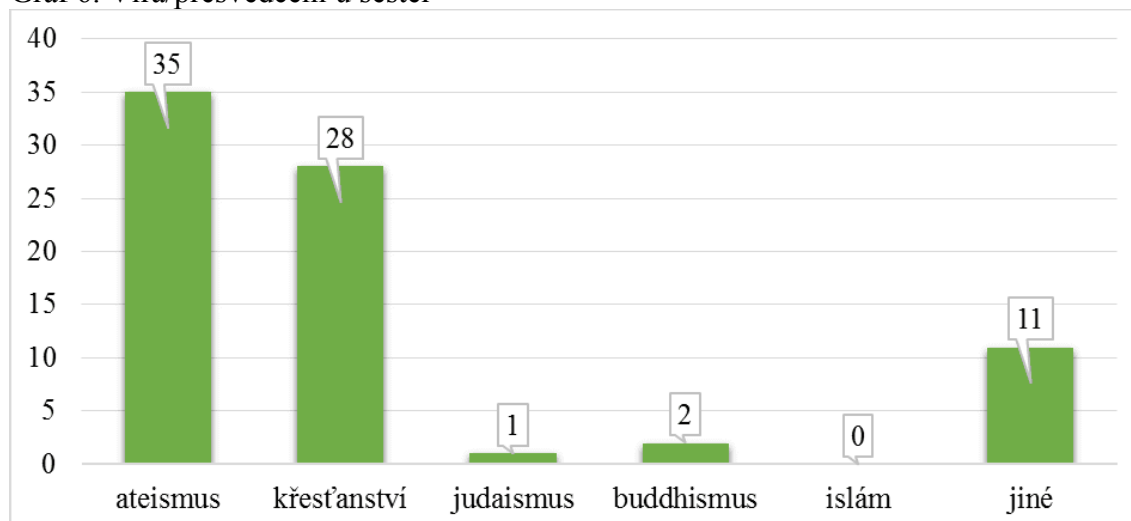
Následně byla věnována pozornost jednotlivým otázkám z dotazníku. A výsledky byly shrnuty do logických celků.

F – Faith, Belief, Meaning – Víra, přesvědčení, význam (smysl)

Otázka č. 1: Jaká je Vaše víra, nebo přesvědčení?

Při analýze první otázky bylo zjištěno, že 45,45 % sester ($n = 35$) se hlásilo k ateismu, 36,36 % sester ($n = 28$) se hlásilo ke křesťanství, 1,3 % sester ($n = 1$) se hlásilo k judaismu, 2,6 % sester ($n = 2$) se hlásilo k buddhismu a 14,29 % sester ($n = 11$) se hlásilo k jiné víře/přesvědčení, než bylo uvedeno (např. víra v sebe sama, víra v rodinu, víra v přírodní síly a odkaz předků).

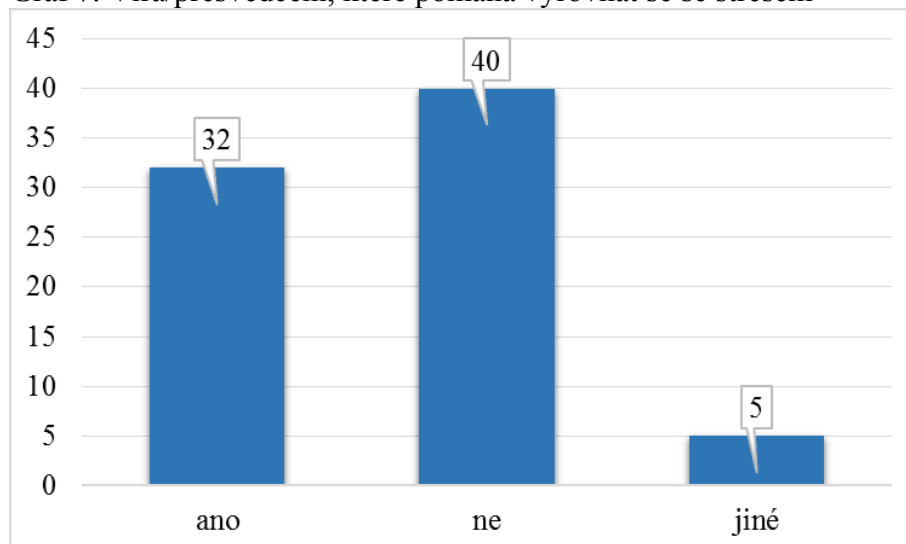
Graf 6. Víra/přesvědčení u sester



Otázka č. 2: Máte duchovní víru/přesvědčení, které Vám pomáhá vypořádat se se stresem?

Víru nebo přesvědčení, které pomáhá vypořádat se se stresem má 41,56 % sester (n = 32) a nemá 51,95 % sester (n = 40). Odpověď jiné uvedlo 6,49 % sester (n = 5).

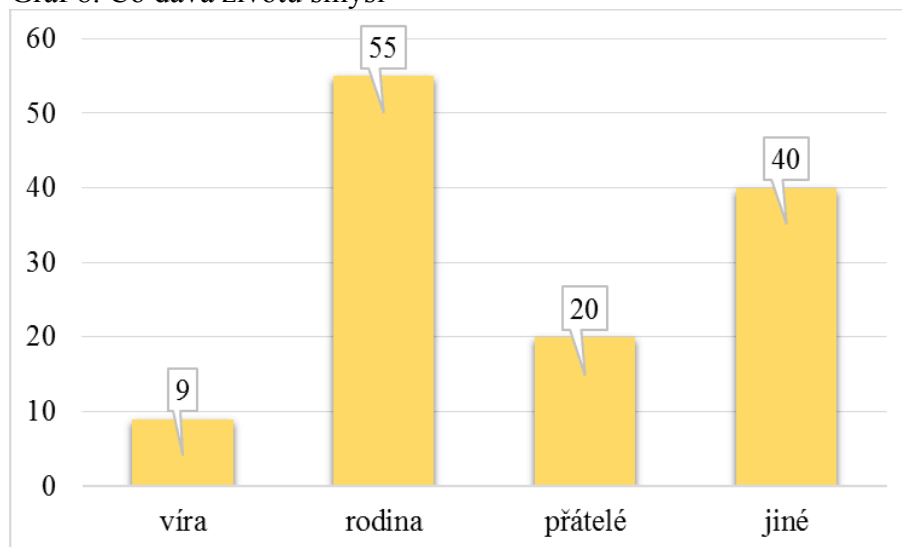
Graf 7. Víra/přesvědčení, které pomáhá vyrovnat se se stresem



Otázka č. 3: Co dává Vašemu životu smysl?

Sestry u této otázky mohli uvést více odpovědí. Odpověď, že jejich životu dává smysl víra uvedlo 11,69 % sester (n = 9), odpověď že je to rodina uvedlo 71,43 % sester (n = 55) a odpověď že jsou to přátelé uvedlo 25,97 % sester (n = 20). Jinou odpověď uvedlo 51,95 % sester (n = 40; např. pomoc/starost o druhé, koníčky/zájmy – cestování, jóga, peníze, osobní rozvoj).

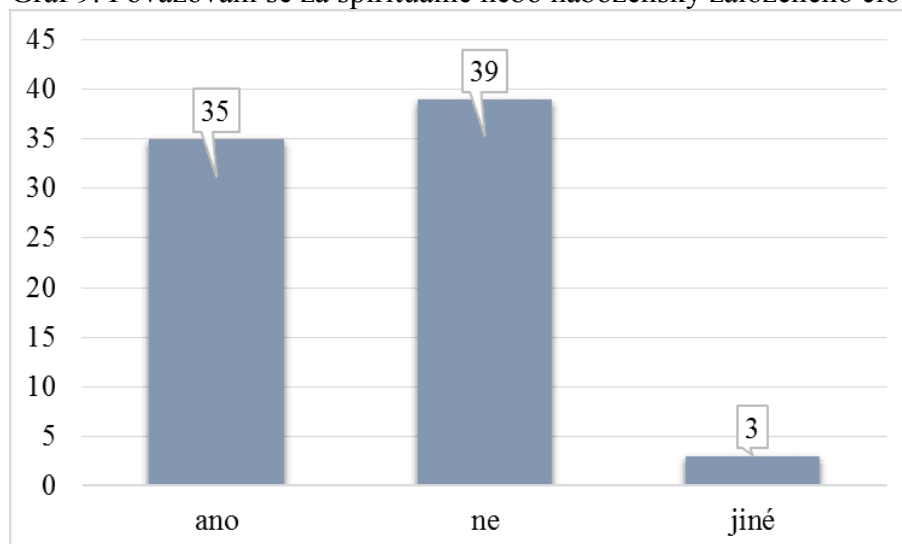
Graf 8. Co dává životu smysl



Otázka č. 4: Považujete se za spirituálně (duchovně) nebo nábožensky založeného člověka?

Za spirituálně anebo nábožensky založeného člověka se považuje 45,45 % sester (n = 35) a nepovažuje 50,65 % sester (n = 39). Jinou odpověď (částečně, ano i ne) uvedlo 3,9 % sester (n = 3).

Graf 9. Považování se za spirituálně nebo nábožensky založeného člověka

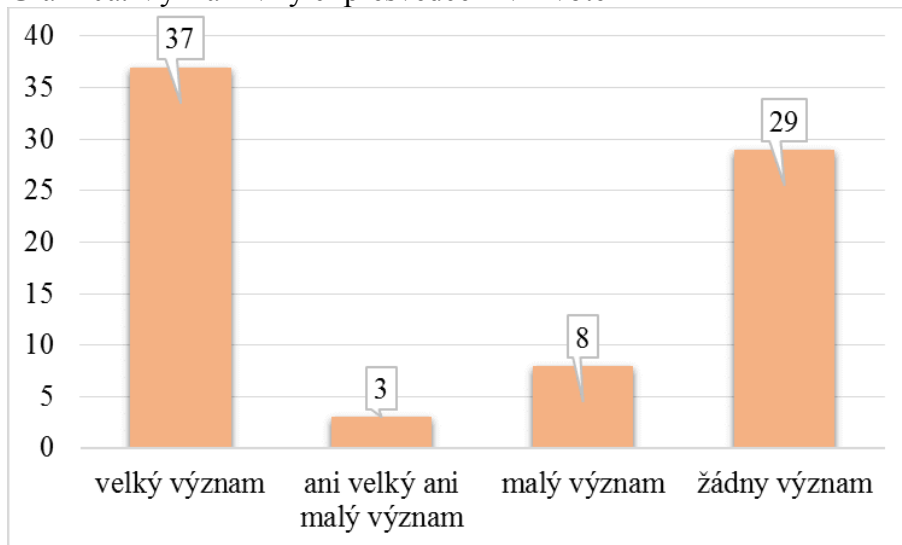


I – Importance and Influence – Důležitost, význam, vliv

Otázka č. 5: Jaký význam má Vaše víra či přesvědčení ve Vašem životě?

Víra či přesvědčení má velký význam v životě 48,05 % sester (n = 37), ani velký a ani malý význam v životě 3,9 % sester (n = 3), malý význam v životě 10,39 % sester (n = 8) a žádný význam v životě 37,66 % sester (n = 29).

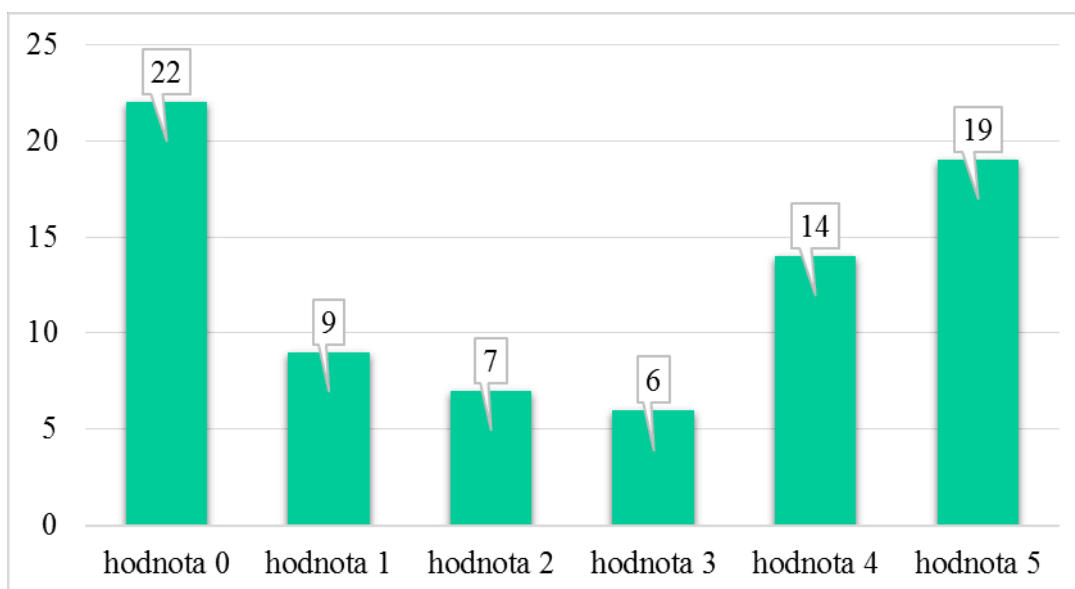
Graf 10a. Význam víry či přesvědčení v životě



Otázka č. 6: Na škále od 0 (není důležité) do 5 (moc důležité) označte, jak je ve Vašem životě víra/přesvědčení důležité.

Hodnotu 0 (žádný význam víry/přesvědčení v životě) označilo 28,57 % sester (n = 22), hodnotu 1 označilo 11,69 % sester (n = 9), hodnotu 2 označilo 9,09 % sester (n = 7), hodnotu 3 označilo 7,79 % sester (n = 6), hodnotu 4 označilo 18,18 % sester (n = 14) a hodnotu 5 (moc důležitý význam víry/přesvědčení v životě) označilo 24,68 % sester (n = 19).

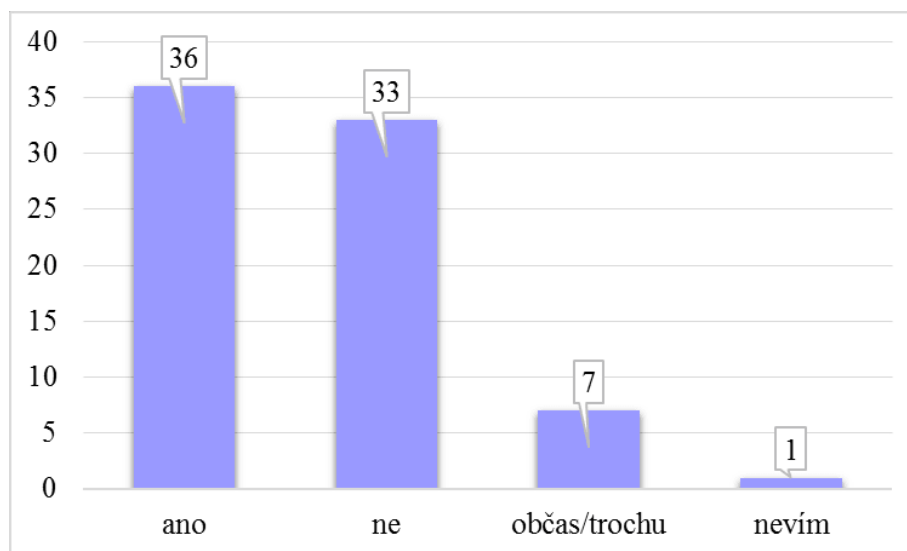
Graf 10b. Důležitost víry/přesvědčení v životě



Otázka č. 7: Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak zvládáte stres?

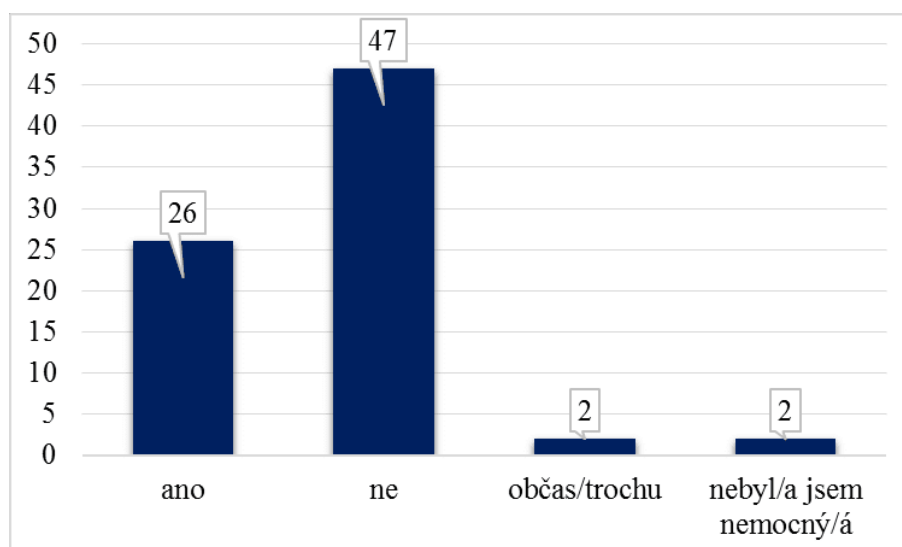
Přesvědčení má vliv na to, jak zvládají stres u 46,75 % sester (n = 36) a nemá vliv na to, jak zvládají stres u 42,86 % sester (n = 33). Občas/trochu má přesvědčení vliv na to, jak zvládají stres u 9,9 % sester (n = 7). Odpověď nevím uvedlo 1,3 % sester (n = 1).

Graf 11. Vliv přesvědčení na zvládání stresu

**Otázka č. 8: Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak se během nemoci o sebe staráte?**

Přesvědčení má vliv na to, jak se během nemoci o sebe stará 33,77 % sester (n = 26) a nemá vliv na to, jak se během nemoci o sebe stará 61,04 % sester (n = 47). Občas/trochu má přesvědčení vliv na to, jak se během nemoci o sebe stará 2,6 % sester (n = 2). Odpověď nebyl/a jsem nemocný/á uvedlo 2,6 % sester (n = 2).

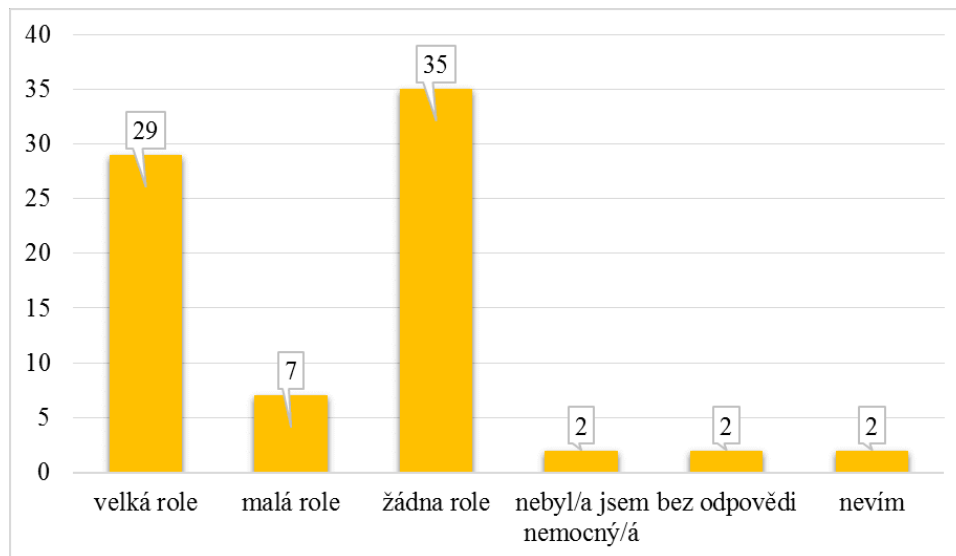
Graf 12. Vliv přesvědčení na to, jak se během nemoci o sebe sestry starají



Otázka č. 9: Jakou roli zaujímá Vaše přesvědčení v procesu Vašeho uzdravování?

Přesvědčení má velkou roli v procese uzdravení u 37,66 % sester (n = 29), malou roli v procese uzdravení u 9,09 % sester (n = 7) a žádnou roli v procese uzdravení u 45,45 % sester (n = 35). Odpověď nebyl/a jsem nemocný/á uvedlo 2,6 % sester (n = 2) a odpověď nevím uvedlo 2,6 % sester (n = 2). Bez odpovědi byly evidovány dva případy (2,6 %).

Graf 13. Role přesvědčení v procese uzdravení

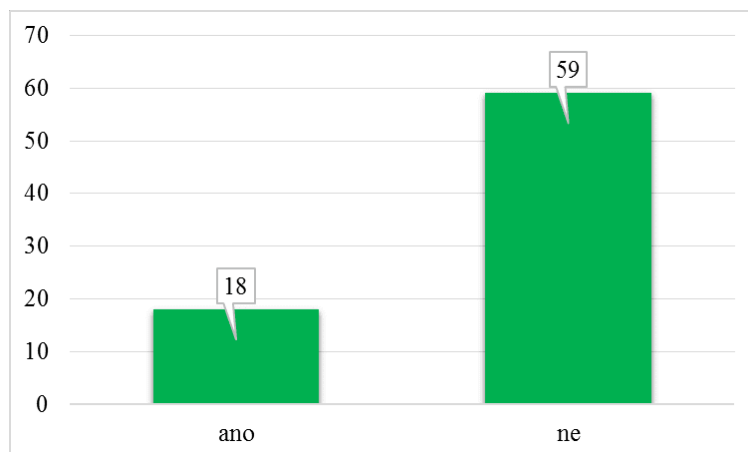


C – Community – Společenství

Otázka č. 10: Jste součástí nějaké duchovní/ náboženské komunity?

Součástí nějaké duchovní/náboženské komunity je 23,38 % sester (n = 18). Odpověď, že součástí duchovní/náboženské komunity není uvedlo 76,62 % sester (n = 59).

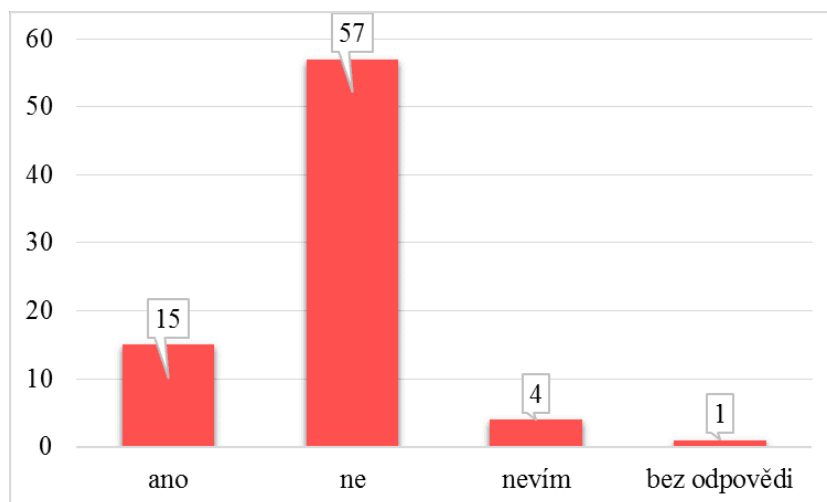
Graf 14. Součást nějaké duchovní/náboženské komunity



Otázka č. 11: Je tato komunita (duchovní/náboženská) pro Vás oporou, a v čem?

Komunita uvedená v předcházející otázce je oporou pro 19,48 % sester (n = 15). Sestry uváděly, že je pro ně duchovní podporou, můžou se tam v klidu pomodlit a je pro ně oporou a místem, kde můžou sdílet problémy i radosti. Sestry uvedly v 74,03 % případech (n = 57) odpověď, že pro ně komunita oporou není, v 5,19 % případech (n = 4) uvedly odpověď neví a v jednom případě odpověď nebyla zaznamenána (1,3 %).

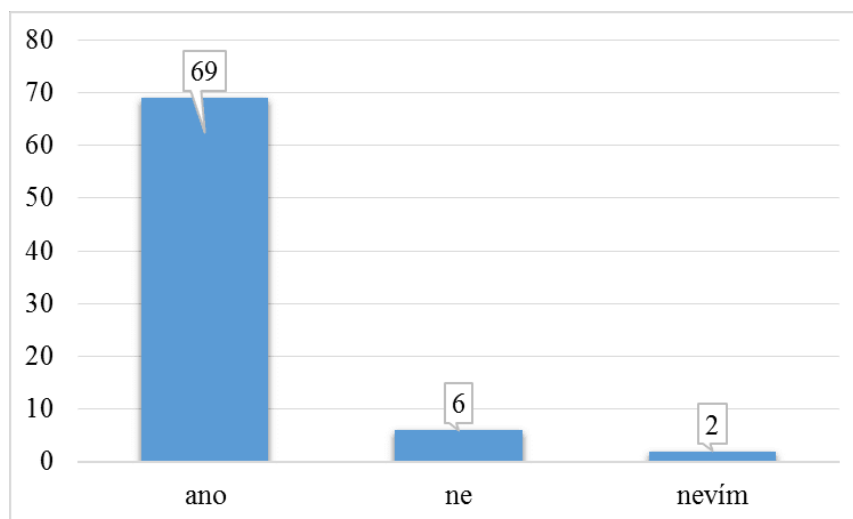
Graf 15. Komunita (duchovní/náboženská) jako opora



Otázka č. 12: Existují lidé, které opravdu milujete, nebo kteří jsou pro vás důležití?

Pro 89,61 % sester existují lidé, které opravdu milují nebo jsou pro ně důležití. Nejvíce označovali rodinu – užší i širší, přátele a pracovní kolektiv. Podle 7,79 % sester (n = 6) tomu tak není. U dvou případů byla zaznamenána odpověď neví (2,6 %).

Graf 16. Existence lidí, které sestry milují a jsou pro ně důležití

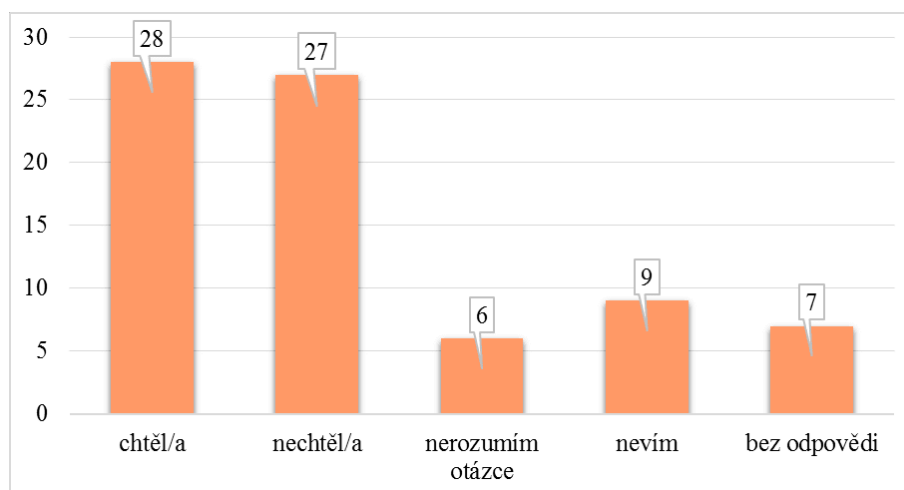


A – Address in Care – Řešení v oblasti péče

Otázka č. 13: Jak by, jste chtěl/a, aby poskytovatel/ka zdravotní péče, tyto informace uplatňoval/a v rámci poskytování zdravotnické péče?

Otázka dělala sestřím trochu problémy. Na otázku neumělo odpovědět 11,69 % sester (n = 9), otázce nerozumělo 7,79 % (n = 6) a na otázku neodpovědělo 9,09 % sester (n = 7). Zbýlých 36,36 % sester (n = 28) by chtěli, aby poskytovatel/ka zdravotní uplatňoval/a v rámci poskytování zdravotní péče tyto informace, a to buď na dotaz, nebo podle uvážení, profesionalitou, rozhovorem, individuálním přístupem či zavoláním kněze. A 35,06 % sester (n = 27) by uplatňování těchto informací nechtělo.

Graf 17. Uplatňování uvedených informací v rámci poskytování zdravotní péče

**Otázky ze závěrečné sekce**

(Otázky č. 14 až 20 byly sociodemografické)

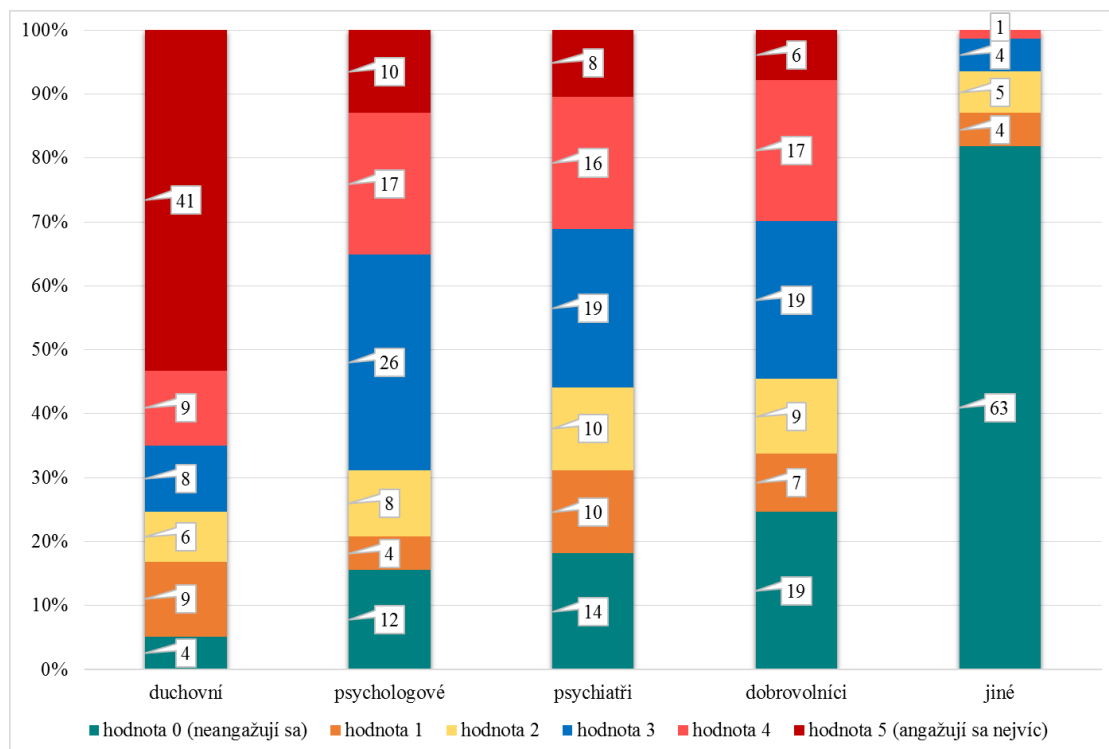
Otázka č. 21: Nejvíce se podle Vás v zdravotnické péči angažují v oblasti spirituality:

Podle sester se nejvíce (hodnota 5) v oblasti spirituality v zdravotní péči angažují duchovní, což uvedlo 53,25 % sester (n = 41), potom následovali psychologové (12,99 %, n = 10), psychiatři (10,39 %, n = 8) a dobrovolníci (7,79 %, n = 6). Nejméně se angažují (hodnota 0) v oblasti spirituality v zdravotní péči podle sester jiní (n = 63).

Průměrná hodnota, kterou sestry označili pro duchovní, byla $M = 3,71$ se standardní odchylkou $SD = 1,67$, pro psychology byla průměrná hodnota $M = 2,81$ se standardní odchylkou $SD = 1,56$, pro psychiatry byla průměrná hodnota $M = 2,48$ se standardní odchylkou $SD = 1,64$, pro dobrovolníky byla průměrná hodnota $M = 2,34$ se

standardní odchylkou $SD = 1,68$ a pro jiné byla průměrná hodnota $M = 0,39$ se standardní odchylkou $SD = 0,92$.

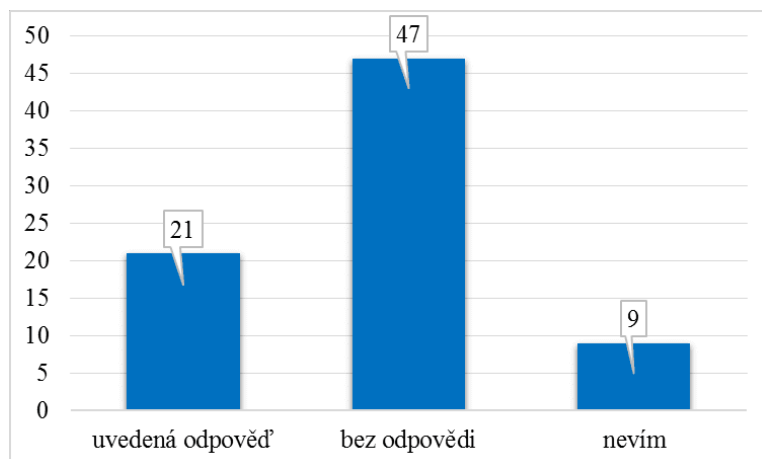
Graf 18. Angažovanost v oblasti spirituality u zdravotní péče



Otázka č. 22: Zde můžete rozvést "Jiné" z předchozí otázky

Předcházející otázku rozvedlo 27,27 % sester ($n = 21$). V rámci odpovědi jiné tak měli na mysli přátele, rodinu, sociálního pracovníka, organizace ale i lékaře a sestry, kteří se angažují v oblasti spirituality v zdravotnické péči. Odpověď nevedlo 61,04 % sester ($n = 47$) a odpověď nevím uvedlo 11,69 % sester ($n = 9$).

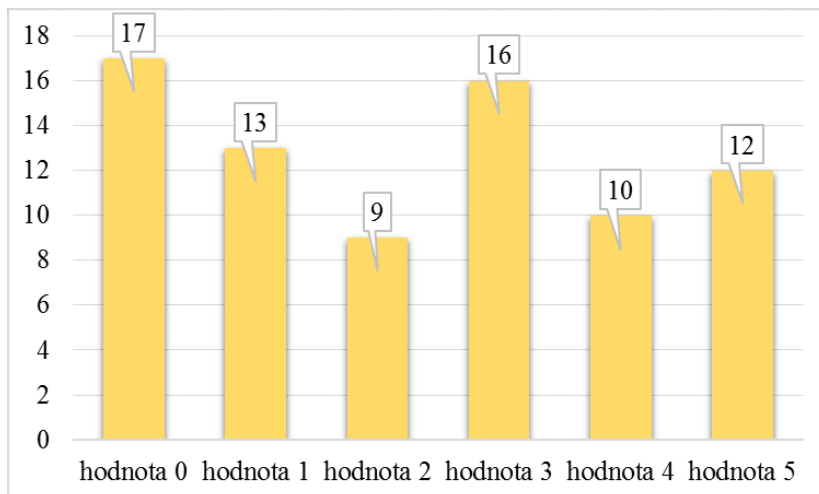
Graf 18. Rozvedení „jiné“ z předcházející otázky



Otázka č. 23: Vaše spirituální potřeby jsou?

V této otázce označovali sestry hodnoty od 0 do 5, přičemž hodnota 5 označovala nejvyšší hodnotu. Hodnotu 0 označilo 22,08 % sester (n = 17), hodnotu 1 označilo 16,88 % sester (n = 13), hodnotu 2 označilo 11,69 % sester (n = 9), hodnotu 3 označilo 20,78 % sester (n = 16), hodnotu 4 označilo 12,99 % sester (n = 10) a hodnotu 5 označilo 15,58 % sester (n = 12).

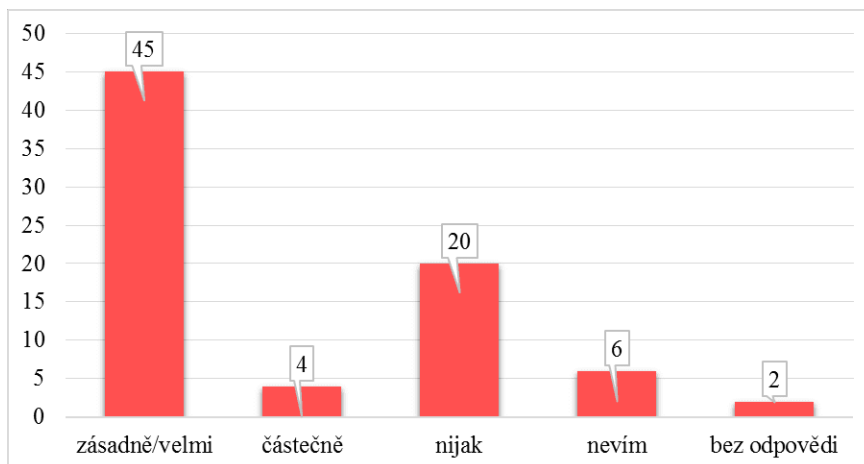
Graf 19. Hodnocení spirituálních potřeb



Otázka č. 24: Jakým způsobem Vaše profese změnila pohled na životní priority?

Pohled na životní priority změnila profese zásadně/velmi u 58,44 % sester (n = 45), částečně u 5,19 % sester (n = 4) a nezměnila žádným způsobem u 25,97 % sester (n = 20). Zásadní změnu vnímali sestry v tom, že si více váží zdraví, štěstí, rodinu a čas strávený společně. Na otázku odpovědělo nevím 7,79 % sester (n = 6) a v 2,6 % případech byla zaznamenána žádná odpověď (n = 2).

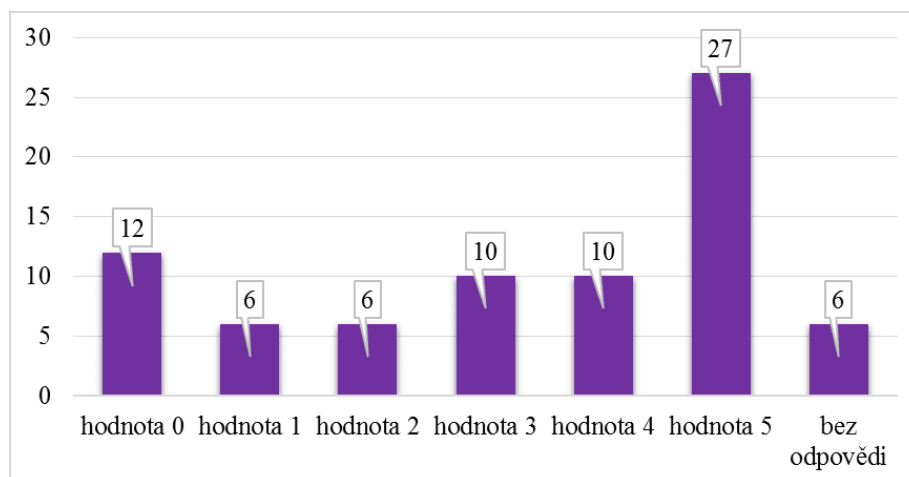
Graf 20. Jak profese změnila pohled na životní priority



Otázka č. 25: Jakým způsobem Vaše profese změnila pohled na životní priority?

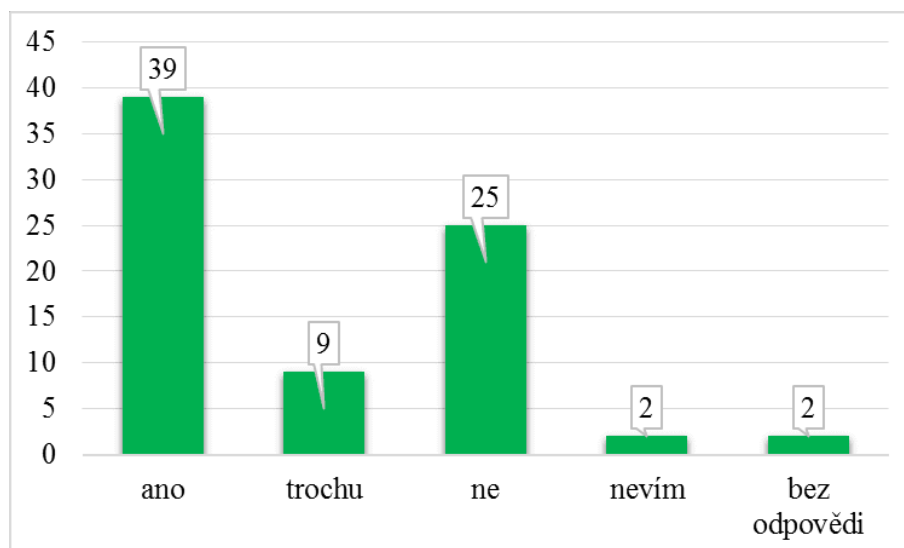
V této otázce označovali sestry hodnoty od 0 do 5, přičemž hodnota 5 označovala nejvyšší hodnotu. Hodnotu 0 označilo 15,58 % sester (n = 12), hodnotu 1 označilo 7,79 % sester (n = 6), hodnotu 2 označilo 7,79 % sester (n = 6), hodnotu 3 označilo 12,99 % sester (n = 10), hodnotu 4 označilo 12,99 % sester (n = 10) a hodnotu 5 označilo 35,06 % sester (n = 27). Na otázku neodpovědělo 7,79 % sester (n = 6).

Graf 21. Jak profese změnila pohled na životní priority (číselné hodnoty)

**Otázka č. 26: Nemoc u pacientů ovlivnila nějakým způsobem život Vás samotných?**

Život samotných sester byl nemocí pacientů ovlivněný v 50,65 % (n = 39), trochu ovlivněný v 11,69 % (n = 8) a neovlivněný v 32,47 % (n = 25). Odpověď nevím byla zaznamenána v 2,6 % případech (n = 2) a na otázku neodpovědělo 2,6 % sester (n = 2).

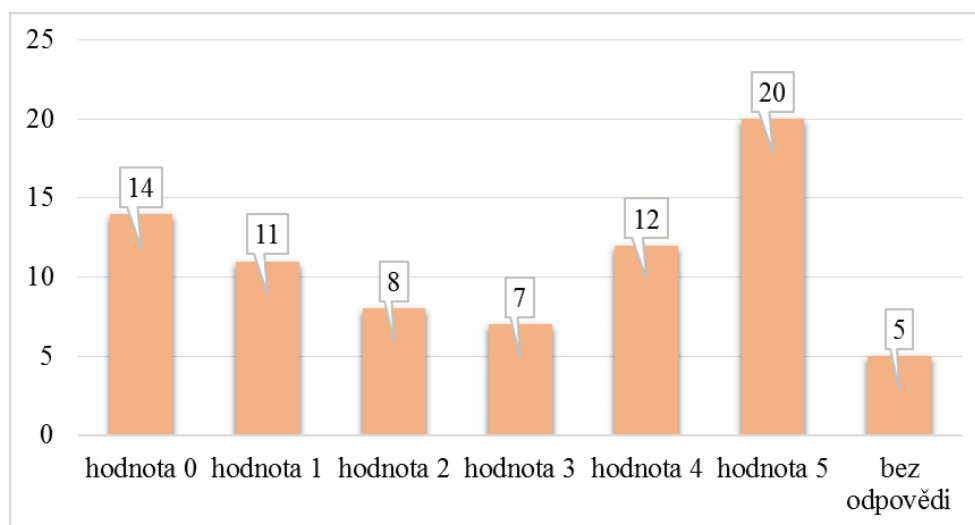
Graf 22. Vliv nemoci pacientů na život sester



Otázka č. 27: Nemoc u pacientů ovlivnila nějakým způsobem život Vás samotných?

V této otázce označovali sestry hodnoty od 0 do 5, přičemž hodnota 5 označovala nejvyšší hodnotu. Hodnotu 0 označilo 18,18 % sester (n = 14), hodnotu 1 označilo 14,29 % sester (n = 11), hodnotu 2 označilo 10,39 % sester (n = 8), hodnotu 3 označilo 9,09 % sester (n = 7), hodnotu 4 označilo 15,58 % sester (n = 12) a hodnotu 5 označilo 25,97 % sester (n = 20). Na otázku neodpovědělo 6,49 % sester (n = 5).

Graf 23. Vliv nemoci pacientů na život sester (číselná hodnota)



3.5.3 Testování hypotéz

H1 Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly mezi sestrami ohledně potřeby spirituality.

Aby se ověřila daná hypotéza, použila se odpověď sester na otázku č. 23, která se tázala na hodnocení spirituálních potřeb sester. Sestry uváděli hodnoty od 0 do 5, přičemž hodnota 5 představovala nejvyšší hodnotu. Byl použit Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody. Jeho hodnota byla $\chi^2 = 3,956$ pro 5 stupňů volnosti a statistická významnost byla 0,556, což je hodnota vyšší než stanovená hladina 0,05, a tak byla hypotéza zamítnuta. Mezi sestrami neexistují statisticky významné rozdíly ohledně potřeby spirituality.

Tabulka 1. Rozdíly mezi sestrami ohledně potřeby spirituality

Chí kvadrát (test dobré shody)	3,956
Stupeň volnosti	5
Statistická významnost	0,556

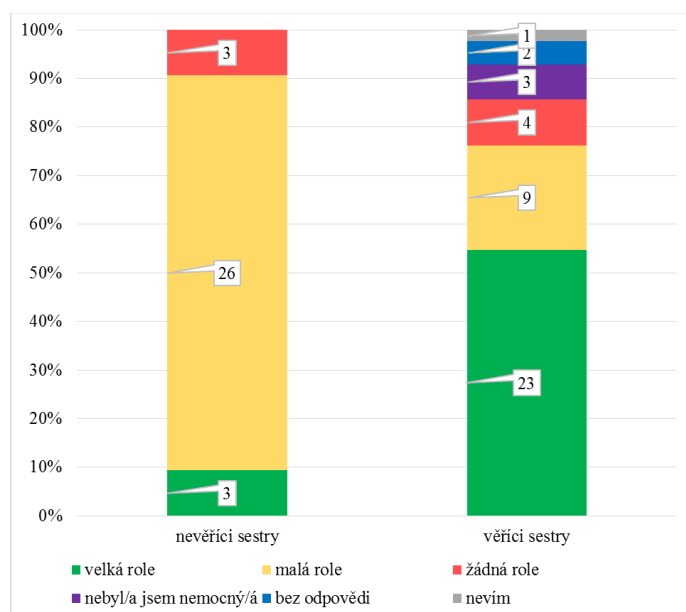
H2 Předpokládáme, že existuje statistický významný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami v důležitosti spirituality při procese uzdravování.

Pro ověření hypotézy se pracovalo s odpověďmi sester na otázku č. 9, která se týkala na roli přesvědčení v procesu uzdravování. Sestry se rozdělili na věřící a nevěřící pomocí otázky č. 1. 35 sester (45,45 %) uvedlo v této otázce ateismus a 42 sester (54,55 %) uvedlo nějaké náboženství/přesvědčení.

Ve skupině sester, které uvedli ateismus přisoudilo velkou roli spiritualitě při procesu uzdravování 17,14 % sester (n = 6), malou roli uvedlo 74,29 % sester (n = 26) a žádnou roli uvedlo 8,57 % sester (n = 3). Ve skupině sester, které uvedli nějaké náboženství/přesvědčení přisoudilo velkou roli spiritualitě při procesu uzdravování 54,76 % sester (n = 23), malou roli uvedlo 21,43 % sester (n = 9) a žádnou roli uvedlo 9,52 % sester (n = 4). Odpověď nebyl/a jsem nemocný/á uvedlo 7,14 % sester (n = 3) z této skupiny, odpověď nevím uvedlo 2,38 % sester (n = 1) a odpověď neuvedlo 4,76 % sester z této skupiny (n = 2).

Odpovědi sester byly porovnány Fisherovým exaktním testem (neboť nebyly splněné podmínky použití Pearsonova Chí kvadrátu). Hodnota statistické významnosti ve Fischerově testě je $p = 0,000$, což je hodnota nižší než stanovená hladina 0,05. Mezi věřícími a nevěřícími sestrami existuje statisticky významný rozdíl v důležitosti spirituality při procesu uzdravování. Věřící sestry připisují spiritualitě větší roli při procesu uzdravování než nevěřící sestry. Hypotéza byla přijata.

Graf 24. Rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami v důležitosti spirituality při procesu uzdravování



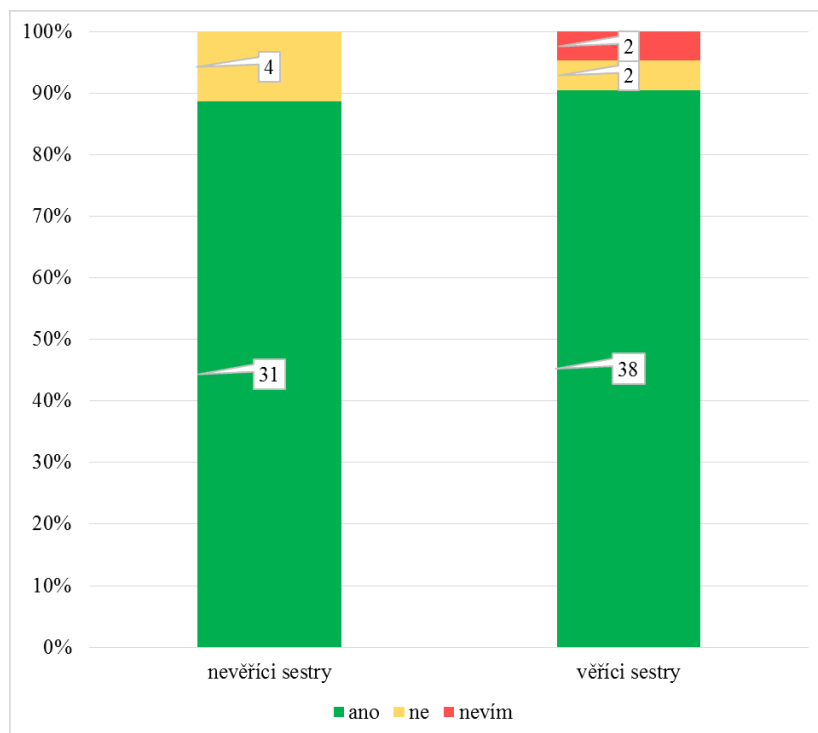
H3 Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími H3 Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami při vlivu komunity nebo společenství jako podpory.

Pro ověření hypotézy se pracovalo s odpověďmi sester na otázku č. 11 a č. 12. Otázka č. 11 se týkala na roli opory náboženské/duchovní komunity. Sestry byly znovu rozdělené na věřící (n = 42, 54,55 %) a nevěřící (n = 35, 45,45 %).

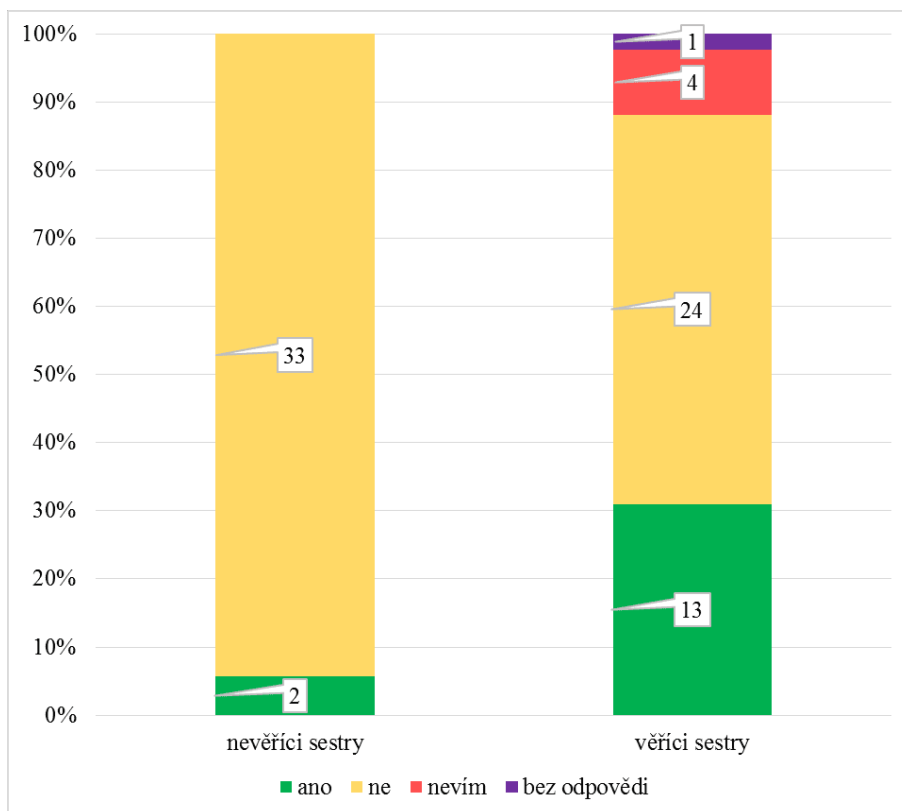
Ve skupině nevěřících sester 5,71 % (n = 2) sester uvedlo, že komunita má podporný vliv a 94,29 % sester (n = 33) uvedlo, že nemá žádný vliv. Ve skupině věřících sester 30,95 % (n = 13) sester uvedlo, že komunita má podporný vliv a 57,14 % sester (n = 24) uvedlo, že nemá žádný vliv. Odpověď nevím v této skupině uvedlo 9,52 % sester (n = 4) a odpověď neuvedlo 2,38 % sester (n = 1).

Odpovědi sester se porovnály Fisherovým exaktním testem (nebyly splněné podmínky použití Pearsonova Chí kvadrátu). Hodnota statistické významnosti pro Fischerův test byla $p = 0,001$, což je hodnota nižší než stanovená hladina 0,05. Mezi věřícími a nevěřícími sestrami existuje statisticky významný rozdíl pro vliv komunity jako podpory. Věřící sestry připisují větší vliv komunitě jako podporu než nevěřící sestry.

Graf 25. Rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami pro existenci lidí, kteří jsou pro ně důležití, a které opravdu milují



Graf 26. Rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami pro vliv komunity jako podpory



Otázka č. 12 se tázala na existenci lidí, kteří jsou pro sestry důležití, a které opravdu milují.

V skupině nevěřících sester 88,57 % (n = 31) sester uvedlo, že existují lidé, které milují a jsou pro ně důležití a 11,43 % sester (n = 4) uvedlo, že tyto lidé neexistují. V skupině věřících sester 90,48 % sester (n = 38) uvedlo, že existují lidé, které milují a jsou pro ně důležití, 4,76 % sester (n = 2) uvedlo, že tyto lidé neexistují a 4,75 % sester uvedlo (n = 2), že nevědí.

Odpovědi sester byly porovnány Fisherovým exaktním testem (podmínky použití Pearsonova Chí kvadrátu nebyly splněny). Hodnota statistické významnosti pro Fischerův test byla $p = 0,303$, což je hodnota vyšší než stanovená hladina 0,05. Mezi věřícími a nevěřícími sestrami neexistuje statisticky významný rozdíl pro existenci lidí, kteří jsou pro ně důležití, a které opravdu milují.

Neboť se z hypotézy H3 potvrdila jen její polovina, tak byla zamítnuta.

H4 Předpokládáme, že většina sester klade důraz na význam poskytnutých informací při poskytování zdravotní péče.

Ověření dané hypotézy bylo prostřednictvím otázky č. 13, která zjišťovala, jak by sestry chtěly, aby poskytovatel/ka zdravotní péče uplatňoval/a tyto informace v rámci poskytování zdravotní péče.

28,57 % sester (n = 22) na otázku nevedlo odpověď, otázce nerozumělo anebo neodpovědělo. Aby byli tyto informace uplatňované chtělo 36,36 % sester (n = 28) a nechťelo 35,06 % sester (n = 27).

Pro analýzu byl použit Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody. Jeho hodnota byla $\chi^2 = 2,099$ pro 2 stupně volnosti a statistická významnost byla 0,35, což je hodnota vyšší než stanovená hladina 0,05, a tak hypotézu zamítáme. Mezi sestrami neexistují statisticky významné rozdíly v chtění uplatňování informací pro poskytování zdravotní péče.

Tabulka 2. Rozdíly mezi sestrami při kladení důrazu na význam poskytnutých informací při poskytování zdravotní péče.

Chí kvadrát (test dobré shody)	2,099
Stupeň volnosti	2
statistická významnost	0,35

4 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá spiritualitou u sester při poskytování ošetrovatelské péče, a promítání jejich víry na výkon profese. K posouzení potřeby víry a zjištění důležitosti spirituality u sester v procesu uzdravování bylo využito standardizovaného dotazníku FICA. Cílem práce je zhodnocení vlivu spirituality u sester, zmapování spirituální potřeby sester a zjištění jakým způsobem jejich profese změnila pohled na životní priority a zda nemoc ovlivnila jejich život.

4.1 Diskuze vlastních výsledků ve vztahu ke stanoveným hypotézám a komparace s výsledky dříve realizovaných studií

C1 Posoudit, zda mají sestry potřebu víry, přesvědčení, významu.

H1 Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly mezi sestrami ohledně potřebě spirituality.

Otázka č. 23 se dotazovala na význam spirituality. Sestry uváděli hodnoty od 0 do 5, přičemž hodnota 5 představovala nejvyšší hodnotu. Byl použit Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody. Jeho hodnota byla $\chi^2 = 3,956$ pro 5 stupňů volnosti a statistická významnost byla 0,556, což je hodnota vyšší než stanovená hladina 0,05, a tak byla hypotéza zamítnuta. Mezi sestrami neexistují statisticky významné rozdíly ohledně potřeby spirituality.

V tomto výzkumu se zjišťovalo, jak jsou na tom sestry ve výzkumném vzorku s přesvědčením a vírou. Výsledek: ateismus 45 % (n=35), 36 % (n=28) křesťanství, 1,3 % (n=1) judaismus, 2,6 % (n=2) budhismus a 14,29 % (n=11) má jinou víru či přesvědčení např. víra v sebe sama, víra v rodinu, víra v přírodní síly, víra v odkaz předků. Je překvapivé, že věřící sestry převyšují početně nevěřících sester, toto lze vysvětlit na základě skutečnosti, že věřící sestry bylo ochotnější dotazník vyplnit.

Podobné výsledky ohledně přesvědčení a víry zjistil Leeuwen a kol. (2015) v Nizozemí, kde polovina sester byla rovněž křesťanského vyznání a jedna třetina bez vyznání.

Leeuwen a kol. (2015) také prokázali ve svém výzkumu významný statistický rozdíl v potřebě spirituality mezi nemocničními sestrami, sestrami v domácí péči a psychiatrických léčebnách. Sestry v nemocnici měly nižší skóre v oblasti osobní spirituality, zatímco druhá zmíněná skupina sester byla více spirituálně založena a měla větší sebevědomí v poskytování spirituální péče pacientům.

Nám se statisticky významný rozdíl mezi sestrami v potřebě spirituality neprokázal, to lze přisuzovat skutečnosti, že dotazované sestry pracovali pouze ve FN Motol.

Být religiózní se vyznačuje být zároveň spirituálním, ale obráceně to neplatí vždycky. Spiritualitu je možno podle některých považovat za univerzální vrozenou dispozici (Sheldrake, 2003).

Svatošová (2012) uvádí, že spirituální potřeby má každý, ať už si je uvědomuje anebo ne, a právě ten, kdo si jich není vědom, je v tomto směru nejpotřebnější.

Když se zaměříme na spiritualitu v ošetrovatelství, tak to demonstruje potenciál, který tento koncept má k transformaci organizačních kultur, hodnot a postojů; to vše ovlivňuje zkušenosti pacienta a personálu. Organizační kultury a hodnoty jsou vytvářeny a komunikovány prostřednictvím řídicích struktur a systémů. Ošetrovatelští manažeři a sestry jsou správci péče - toto pečování musí být zaměřeno na člověka a musí zahrnovat spirituální dimenzi. Historicky byla spiritualita nedílnou součástí ošetrovatelské praxe a toto dědictví a sdružení zůstává. To znamená, že spiritualita a poskytování spirituální péče jsou součástí základních hodnot každodenního ošetrovatelského rituálu a praxe. Není to něco, co se přidává k ošetrovatelství, protože je protkáno celou látkou historie ošetrovatelství, kultury a hodnot - nikdo nemůže být sestrou, aniž by se v určitém okamžiku setkal nebo se o lidského ducha staral (Timmins a McSherry, 2012). Existuje profesionální požadavek, aby sestry dosáhly kompetence v poskytování duchovní péče a posoudily a uspokojily duchovní potřeby svých pacientů. Nedávno se oblast spirituality stala kritikou, která zpochybňuje roli sestry s ohledem na poskytování spirituální péče. Se všemi členy Royal College of Nursing byl proveden popisný online průzkum, jehož cílem bylo zjistit jejich vnímání spirituality a duchovní péče ve snaze zjistit, jaké kroky považují za nutné v souvislosti s tímto aspektem ošetrovatelské praxe. Vytvořený online průzkum pozůstal z pěti částí dotazníku, který zahrnoval stupnice duchovnosti a duchovní péče. Členové byli požádáni o dokončení průzkumu během třítydenního období. Celkově odpovědělo 4054 členů Royal College of Nursing, což je pravděpodobně největší britský průzkum, který zjišťuje, jak sestry vnímají spiritualitu a spirituální péči. K identifikaci klíčových zjištění byly použity popisné statistiky, četnosti a procenta. Cronbachovo alfa ve výši 0,80 byla získána pro stupnici hodnocení spirituality a spirituální péče. Předběžná analýza potvrzuje, že sestry v celé ekonomice zdravotnictví ve Velké Británii považují spiritualitu za základní aspekt ošetrovatelství. Jejich zjištění ukazují, že sestry uznávají, že péče o spirituální potřeby pacientů zvyšuje celkovou kvalitu ošetrovatelské péče. I přes

veškerou pozornost věnovanou spirituální dimenzi však většina sester stále cítí, že vyžadují více vedení a podpory od vládních orgánů, aby jim umožnila podporovat a účinně plnit spirituální potřeby svých pacientů (McSherr a Jamieson, 2011). McSherry a kol., (2020), uvádí, že během šesti let (2010–2016) byly provedeny tři studie. Dvě z těchto studií byla zaměřena na identifikaci vnímání spirituality a faktorů přispívajících k rozvoji kompetencí spirituální péče u studentů – budoucích sester / porodních asistentek. Třetí studie vytvořila rámec kompetencí duchovní péče.

C2 Zjistit důležitost spirituality / přesvědčení v procesu uzdravování.

H2 Předpokládáme, že existuje statistický významný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami v důležitosti spirituality při procesu uzdravování.

Odpovědi sester byly porovnány Fisherovým exaktním testem (neboť nebyly splněné podmínky použití Pearsonova Chí kvadrátu). Hodnota statistické významnosti ve Fischerově testě je $p = 0,000$, což je hodnota nižší než stanovená hladina 0,05. Mezi věřícími a nevěřícími sestrami existuje statisticky významný rozdíl v důležitosti spirituality při procesu uzdravování. Věřící sestry připisují spiritualitě větší roli při procesu uzdravování než nevěřící sestry. Hypotéza byla přijata.

Jak se zdravotní péče posouvá k přístupu více zaměřenému na člověka, stala se v péči o pacienty důležitější duchovní péče. Nedávné důkazy poukazují pozitivní souvislosti mezi rozpoznáváním a řešením spirituálních potřeb pacienta a zdravotních výsledků. Ve svém výzkumu aplikovali průřezový průzkum s cílem určit úroveň porozumění duchovním potřebám pacientů a duchovní péči mezi klinickými a neklinickými pracovníky pracujícími s lidmi s chronickými a terminálními stavy. Ve své studii použili Royal College of Nursing online škály duchovnosti a hodnocení duchovní péče (SSCRS) nemocničním a komunitním pracovníkům. Na průzkum odpovědělo celkem 437 z 2845 způsobilých zaměstnanců (15 %). Většina účastníků souhlasila s tím, že duchovní péče je pro zdravotní péči zásadní (88 %) a že organizace poskytující péči by měly poskytovat podporu při řešení duchovních potřeb pacientů (85 %). Personál péče o demenci nejčastěji narazil na duchovní potřeby pacienta ($p = 0,0001$). Zatímco respondenti uznávali duchovní potřeby pacientů (průměrně 81 %), pouze 51 (14 %) uvedlo, že byli vždy schopni tak učinit. Upozorňují, že pro všechny zaměstnance, kteří mají kontakt s lidmi trpícími chronickými nebo terminálními stavy, je nutný výcvik duchovní péče. Zatímco respondenti mohou identifikovat definice duchovních potřeb, jejich schopnost rozpoznat přidružené chování a splnit tyto potřeby je nejistá. Jejich

zjištění poskytují podporu dalším studiím za účelem vývoje modelu výcviku duchovní péče založeného na důkazech (Austin, 2017). Phelps a kol. (2012) zjistili, že pacienti, lékaři a sestry prokázali silnou shodu v tom, že rutinní spirituální péče prospívá pacientům. Tato studie však také ukázala, že jen málo pacientů uvedlo, že dostávali spirituální péči.

Spiritualita hraje význačnou roli v existenci nemocného jedince jak věřícího, tak i toho, který se pokládá za nevěřícího. Především v přítomnosti chronických onemocnění nabývá spirituální hledisko lidské osobnosti důležitého smyslu. Nedostatečná péče o spirituální potřeby pacientů může mít podstatný vliv na kvalitu života a celkovou pohodu (well-being) pacienta. Přesto při poskytování spirituální péče nelze pacienty mechanicky zařazovat do určitých skupin, které se vyznačují společnými znaky, protože každý člověk je svébytný jedinec. Prubířským kamenem umění kteréhokoli poskytovatele spirituální péče, je pak vytvoření zcela individuálního přístupu k nemocnému a naprosto individuální metodiky (Novotná, Kala, 2015).

Knoflíčková (2008) apeluje na to, že význam religiozity a spirituality u nemocných pacientů je důležitý. Kde poukazuje na to, že duchovní přesvědčení v čase nemoci nabývá na významu víc než kdykoli jindy v životě a potřeba spirituálního směřování narůstá. Charakterizuje, že některým lidem napomáhá smířit se s nemocí a jiní se dívají na nemoc jako na „zkoušku víry“, jiní mohou nemoc chápat jako trest.

Litevské studentky a učitelé oboru všeobecná sestra přikládají spiritualitě důležitost, ale nenahlíží na ní v náboženském kontextu (Rikliene a kol., 2016).

Dotazované studentky v Turecku potvrzují důležitost poskytnutí spirituální péče u umírajících pacientů, ale zároveň si nepřipadají k tomu kompetentní, kvůli nedostatečným znalostem (Tüzer a kol, 2020).

C3 Ověřit vliv komunity, nebo společenství jako podpory pro sestry.

H3 Přepokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími sestrami při vlivu komunity, nebo společenství jako podpory.

V našem bádání jsme zjistili, že hodnota statistické významnosti pro Fischerův test byla $p = 0,303$, což je hodnota vyšší než stanovená hladina 0,05. Na základě zjištění se může konstatovat, že mezi věřícími a nevěřícími sestrami neexistuje statisticky významný rozdíl pro existenci lidí, kteří jsou pro ně důležití, a které opravdu milují. Neboť se z hypotézy H3 potvrdila jen její polovina, tak byla zamítnuta.

Austin (2017), ve své studii zjistili, že (71%) těch, kdo praktikují náboženství, souhlasilo s tím, že personál nedostává dostatečné vzdělání v spirituálních potřebách a náboženském vyznání ve srovnání s (54%) těch, kteří praktikování náboženství nevykonávají ($p=0,001$). Respondenti také učinili další připomínky k jejich chápání spirituality a spirituální péče. Většina popsala význam a výzvu při řešení spirituálních potřeb pacientů a jejich vlastní přesvědčení o tom, co zahrnuje spirituální péče. Mnozí uvedli, že spirituální péče zahrnuje identifikaci toho, co je pro člověka nejdůležitější a nikoho netlačí na vlastní víru, dále uvedli, že spirituální a náboženské postoje by se neměly mísit. Pokud jde o pokyny a vzdělávání v oblasti spirituální péče, většina účastníků navrhla, aby výcvik v duchovní péči měl být široký, aby vyhovoval různým potřebám týkajícím se kultury a rozdílům (Austin, 2017). Keall a kol. (2014) spirituální problematiku zkoumali pomocí strukturovaných rozhovorů se sestrami paliativní péče. Jejich respondenti zdůraznili význam vztahu sestra-pacient, komunikačních dovedností a podnětů k „vytváření otvorů“ pro usnadnění péče. Jejich výsledky odhalily překážky v spirituální péči, jako je nedostatek požadovaných dovedností, soukromí a strach z odhalení nevyřešených symptomů. Důležité je, že účastníci nabídli strategie dalšího vzdělávání, povědomí o pečovateli a interdisciplinární sdílení informací pro kontinuitu péče (Keall a kol, 2014).

McSherry a Jamieson (2011) uvádějí zjištění ze stupnice spirituality a hodnocení spirituální péče ukazují, že mnoho sester mělo široký inkluzivní pohled na spiritualitu a uznalo, že spiritualita platí jak pro lidi, kteří mají náboženské vyznání, tak pro lidi bez náboženské víry. Jejich průzkum potvrzuje, že spirituální péče se týká osobních postojů a dispozice sestry, a ty jsou složitě spojeny se základní péčí, jako je projevování laskavosti, starost a radost při poskytování péče, což zpochybňuje vztah spirituality s jinými doménami, jako je psychosociální. Většina sester věří, že poskytování spirituální péče zvyšuje celkovou kvalitu ošetrovatelské péče. Sestry uváděly, že se pravidelně setkávají s pacienty s duchovními potřebami někdy denně. Zjištění naznačují, že celá oblast duchovních potřeb vyžaduje další zkoumání a debatu s cílem zjistit přesnou povahu spirituálních potřeb, s pacienty a širokou veřejností. Vzdělávací připravenost byla velkým problémem mnoha sester, což naznačuje, že se cítí nedostatečně připraveni řešit duchovní problémy a že tento aspekt ošetrovatelské péče není v programech výchovy sester dostatečně řešen. Tato zjištění naznačují, že mnoho sester sleduje vládu, ministerstvo zdravotnictví, profesní regulační orgány a profesní svazy, aby získaly nařízení a pokyny.

Zajímavé je, že v současnosti v problematice spirituality dělají změny při vzdělávání sester v Evropě (McSherry a Jamieson, 2011). McSherry a kol., (2020), uvádí, že Univerzita v Jižním Walsu tvrdí, že jsou sestry informovány o tom, co se učí, kde a jak. Výuka spirituality byla přesunuta z 1. ročníku do 2.–3. ročníku (do té doby studenti získali více klinických zkušeností). Výukové a vzdělávací činnosti se dále zaměřují na zkoumání a reflexi osobních hodnot / přesvědčení / smyslu duchovnosti a setkání s pacienty, a jsou poskytovány prostřednictvím diskusí v malých skupinách. Průběžné hodnocení naznačuje, že studenti na této univerzitě si cení zasedání, o nichž tvrdí, že zvyšují jejich znalosti, porozumění a procvičování duchovní péče. Dosud bylo možné pokračovat v poskytování výuky tímto způsobem, a to i u velkých skupin studentů (300 a více). Ve Velké Británii jsou přepsány všechny programy předběžné registrace ošetrovatelství / porodní asistence, aby byly v souladu s novými standardy odborné způsobilosti sestry. Na standard EPICC (The Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care - Kompetence pro zlepšení sester a porodních asistentek při poskytování duchovní péče prostřednictvím inovativního vzdělávání a soucitné péče) mapován do nového kurikula, kde zaměstnanci testují nové inovativní výukové metody a učení. Ve Walesu standard EPICC informuje o přepisu osnov ošetrovatelství / porodní asistence před registrací (<https://heiw.nhs.wales/news/spiritual-care-to-become-part-of-welsh-nursing-curriculum/>) a hodnocení studentů v praxi. To znamená, že od září 2020 budou muset všichni studenti ošetrovatelství ve Walesu prokázat, že získali 4 kompetence hodnocením na univerzitě i v klinické praxi (McSherry a kol., 2020).

Říčan (2007) uvádí, to, že spirituální pohled by měl přináležet do psychoterapie i komplexní terapie. Podotkl také, že se setkáme s ním v humanistické psychoterapii (Maslow, Frankl), v pastorální medicíně a často v nekonvenčních metodách, někdy nazývaných ezoterické léčitelství a psychoterapie s náboženskými přesahy. Vyjdeme-li z humanistické Franklovy logoterapie, je spiritualita projevem vůle ke smyslu, jehož hledání je v lidské existenci nejvýznamnějším motivačním faktorem (Říčan, 2007).

McSherry a kol., (2020), uvádí taky novinky, jedná se o Norský výzkum na Fakultě zdravotnických studií, kde byl výzkumný tým vytvořen z projektu EPICC, který bude v letech 2020–2023 finančně podpořen. Projekt je zaměřený na vzdělávání v oblasti spirituální péče a rozvoje praxe. Projekt se bude vyvíjet jako: Nové a inovativní přístupy

k klinické výuce a učení spirituality v rámci bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, v domovech s pečovatelskou službou a v prostředí duševního zdraví. Praxe bude na podporu prostředí, která podporují duchovní a holistickou péči o pacienta. Důvěra a kompetence studentů v hodnocení a poskytování spirituální péče usnadní učení v rámci klinických umístění. Vytvoří se model pro praxi k posílení klinických sester jako poskytovatelů spirituální péče, vzorů rolí a supervizorů pro studenty ošetrovatelství a ke zlepšení péče o pacienty, otestují dotazník pomocí čtyř základních kompetencí standardu EPICC, které mohou studenti použít k sebehodnocení svých kompetencí. Projekt se rozšíří i mimo Evropu prostřednictvím spolupráce se školou ošetrovatelství na Fakultě zdravotních věd na univerzitě na Haiti. Budoucí dopad projektu EPICC bude dalekosáhlý. Má potenciál ovlivňovat a informovat o ošetrovatelství, porodní asistenci a zdravotní péči na několika úrovních – na místní, regionální, celostátní a mezinárodní úrovni. Dopad projektu EPICC je v současné době zachycen zaznamenáváním míry, do jaké informuje o návrhu, realizaci kurikula, zdravotní politice a dalším výzkumu a inovacích na různých úrovních. Mimo Evropu a mimo je zájem o přijetí standardu EPICC a matice v předregistračních programech ošetrovatelství / porodní asistence v západní Austrálii, Číně, Brazílii a Asii, jakož i v předregistračních programech dalších zdravotních disciplín, jako je medicína a příbuzné zdraví. Probíhají diskuse o dalším prozkoumání těchto příležitostí. Tento zájem naznačuje možnou použitelnost Standardu a Matice ve všech zemích, kulturách a disciplínách. Vzdělávání stávajících pracovníků v ošetrovatelství a porodní asistenci. Výsledky výzkumu a výstupy EPICC informují o přestavbě vzdělávacích zdrojů spirituální péče a zajišťují, že jsou založeny na nejlepších důkazech. Dlouhodobě to podporuje Norsko, Velká Británie, Dánsko, taky i Nizozemsko (McSherry a kol., 2020).

Experimentální studie na sestřích v onkologické nemocnici v čínské provincii Jilin potvrdila, že sestry, které byly podrobeny spirituálnímu tréninku, jsou více schopny rozeznat a naplnit spirituální potřeby pacientů oproti kontrolní skupině sester (Hu a kol., 2019).

C4 Zmapovat význam poskytnutých informací od nemocných pro poskytování zdravotní péče.

H4 Předpokládáme, že většina sester klade důraz na význam poskytnutých informací při poskytování zdravotní péče.

V našem výzkumu konstatujeme, že pro analýzu byl použit Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody. Jeho hodnota byla $\chi^2 = 2,099$ pro 2 stupně volnosti a statistická významnost byla 0,35, což je hodnota vyšší než stanovená hladina 0,05, a tak hypotézu zamítáme. Mezi sestrami neexistují statisticky významné rozdíly v chtění uplatňování informací pro poskytování zdravotní péče.

Autoři Novotná a Kala (2015) poukazují na významnost spirituálního hlediska osobnosti, která byla ještě donedávna zdravotnickým personálem, buď ze stydlivosti, nebo z nevědomosti, bezmála opomíjena. V posledních několika nemnoho letech je patrná snaha zdravotnických pracovníků pečovat o spirituální potřeby nemocných, i když stále ještě nelze říct, že se činí o zcela dostačující stav.

Hodně autorů se shoduje, že nejvýznamnější podporou v duchovní oblasti je s pacientem vůbec hovořit. Nemocný často setrvává sám se svými obavami a strachem. Většina zdravotnických pracovníků ani příbuzných nemá odvahu pouštět se s nimi do rozhovorů o existenciálních otázkách. V péči o spirituální potřeby nemocných má výjimečnou roli nemocniční kaplan. Práce kaplana má několik charakteristik. Náleží k nim služba s ohledem na potřeby – existenciální, duchovní, náboženské; hledání a přivádění ke zdrojům – osobním, kulturním; víra, společenství a individuální přístup (Opatrná, 2004). V ošetrovatelských profesích Timmins a McSherry (2012) uvádí, že se zdůrazňuje spiritualita, která je součástí základních hodnot ošetrovatelské praxe, jako je péče, soucit a důstojnost. McSherry a Jamieson (2011) také naznačují, že „*sestry uznávají, že podpora pacientů s jejich duchovními potřebami má potenciál zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče*“. Jejich respondenti se však domnívali, že ke zvýšení důvěry v poskytování duchovní péče je třeba více vedení a podpory ze strany řídicích i managementu. Jejich předchozí zjištění také ukazují nedostatečnou podporu řízení, pracovní sílu a zdroje, jakož i nedostatečné praktiky spirituální péče (Cockell a McSherry, 2012). V pilotním projektu Austin a jeho tým (2017) zjistili, že ačkoli personál dokáže identifikovat definice spirituálních potřeb, jejich schopnost tyto potřeby rozpoznat a uspokojit je nejistá. Zjistili, že jen málo zdravotnických zaměstnanců použilo platné nástroje pro sběr spirituálních dat nebo hovořilo s kolegy, aby identifikovalo duchovní potřeby pacientů (Austin, 2017). Ošetrovatelství a zdravotní péče čelí nelehkým,

náročným a turbulentním obdobím, kdy je cílem snižování nákladů a efektivnější práce při současném zachování kvality a vysokého standardu péče o pacienta (Timmins a McSherry, 2012). McSherry a kol., (2020), ve výzkum zdůrazňují, že výuka studentů bakalářského studijního programu Ošetrovatelství / Porodní asistence je důležitá v jejich učení o spirituální péči a péči zaměřené na člověka. Existuje však značná nejednotnost v tom, jak je toto téma řešeno v rámci programů vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek v celé Evropě. Výzkum, který vyvrcholil projektem EPICC, se zabývá vývojem osvědčených postupů v oblasti vzdělávání v oblasti bakalářské ošetrovatelství a porodní asistence na všech úrovních - na místní, národní i mezinárodní úrovni. EPICC poskytuje soubor kompetencí (Spiritual Care Education Standard) pro hodnocení schopností sester a porodních asistentek poskytovat spirituální péči a také nástroje, které jim k tomu mají pomoci. Zaměřením na to, co je pro lidi důležité, se EPICC přizpůsobuje aktuální agendě péče zaměřené na člověka (McSherry, 2020).

4.2 Doporučení pro praxi

Na základě našeho výzkumu jsme dospěli k více námětům a doporučení pro praxi, které uvádíme.

- 1) Prohlubovat u sester vědomosti o možnostech a uplatnění spirituálních potřeb, které by mohli být nápomocné pro uspokojení pacientů jejich pochopení. Protože pacienti potřebují mít pocit spokojenosti a vnitřního klidu.
- 2) Sestry, na základě či už vlastního přesvědčení anebo dlouhodobé praxe mají potřebu víry, přesvědčení a významu, z toho důvodu je potřebné, aby i tyto potřeby byli u nich podporované a akceptované u jejich zaměstnavatelů. Zároveň je vhodné je podpořit, protože to na podkladě vlastních empirických zkušeností vede k lepšímu pochopení vlastních potřeb sester a potřeb pacientů.
- 3) Zdůraznit v praxi i v školním procesu sestřím důležitost spirituality a přesvědčení v procesu uzdravování.
- 4) Zapojit aktivně do procesu uzdravování komunitu pacienta, protože vliv komunity nebo společenství působí jako mnohonásobná podpora pro pacienty a také pro sestry.
- 5) Neustále mapovat význam všech poskytnutých informací (i spirituálních) od nemocných při poskytování zdravotní péče. Protože spirituální potřeby a jejich uspokojování jsou důležitým faktorem v procesu léčby i uzdravování.
- 6) Zavést ve školní praxi pro sestry a všechny profese pracující ve zdravotnictví trénink schopnosti poskytovat spirituální péči a také rozšířit teoretické vědomosti v spirituální oblasti.
- 7) Obecně zařadit do výuky předmět spirituální péče při poskytování zdravotnické péče, také prostřednictvím praktických cvičení.
- 8) Nabádat mentorky, aby studenty podpořily při poskytování spirituální péče a aspektu smrti při poskytování spirituální péče.
- 9) Vybízet pedagogy vyučující budoucí sestry, aby zahrnovali do výuky kazuistiky spirituální péči v nemocnici.
- 10) Zapojit do procesu vzdělávání nejen odborníky z oblasti psychologie, ale také z oblasti spirituální péče.
- 11) Začlenit nemocničního kaplana do školských i pracovních týmů, aby mohl z jeho pohledu a zkušeností vest vzdělávání v oblasti poskytování spirituální péče, jak pro již vystudované sestry v praxi, tak i studenty oboru všeobecná sestra.

5 ZÁVĚR

„Všechny léky, jsou zbytečné, pokud je pacientům nepodáváme s láskou.“

(Páter Pio)

Spirituální potřeby jsou v současné době důležitější než kdy jindy. Zjistili jsme, že nám v našich duších chybí světlo a jakási živá voda. Aktuální celosvětová situace nás nutí zamyslet se nad našimi životy, životy našich blízkých a životy našich pacientů. Je to o to důraznější, oč víc se musí dodržovat všechna pravidla při práci ve zdravotnictví a soukromém životě. Musíme být oporou pro naše pacienty, ke kterým nesmí jejich blízcí, a kterým se blízkými stáváme teď my. Doprovázíme je v průběhu této složité situace a víc si uvědomujeme potřebu spirituality v našich životech a profesi sestry. S našimi pacienty si musíme být tak blízcí, aby i v těchto těžkých situacích nemněli pocit, že jsou sami. Kaplan a všichni, kteří poskytují spirituální potřeby našim pacientům i nám zdravotním pracovníkům, se snaží uspokojit všechny, kteří mají požadavky pro tyto potřeby. V současné době plné zmatků je potřeba se zastavit a uvědomit si sílu spirituálních potřeb nás všech a našich pacientů. Tento výzkum chce poukázat v empirické části a diskuzi předkládané práce, jak je důležité uspokojování spirituálních potřeb. Dá se konstatovat, že stanovené cíle byli splněny. Bylo by potřebné, aby se zaměstnavatelé ve zdravotnictví a pomáhajících profesích zaměřili také na kvalitní a komplexní uspokojování potřeb. Pomohlo by začít už při vzdělávání, kde je možné také vidět prostor pro navýšení vědomostí a zlepšení zručností i v této oblasti. V kontextu současného dění je téma této práce velmi aktuální, a je potřeba věřit, že po téhle situaci ve světě i u nás se vše změní k lepšímu, včetně spirituálního přístupu a pochopení. Musíme pamatovat na to, že je potřeba se neustále zlepšovat s pokáním v duši a osobnostně růst, jen tehdy budeme schopni plnohodnotně uspokojovat spirituální potřeby našich pacientů a celkovou péči o ně.

6 REFERENČNÍ SEZNAM

AUSTIN, P., MACLEOD, R., SIDDALL, P., MCSHERRY W., EGAN, R. Spiritual care training is needed for clinical and non-clinical staff to manage patients' spiritual needs, *Journal for the Study of Spirituality*. [online]. 2017 7:1, 50-63, [cit. 2020-04-23]. DOI: 10.1080/20440243.2017.1290031 ISSN: 2044-0251. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/20440243.2017.1290031?scroll=top&needAccess=true>.

AŠVAGHÓŠA. Příběh Buddhova života. Přeložil Jan KOZÁK. Praha: Bibliotheca gnostica, 2005. ISBN 80-902072-8-6

BSTAN-'DZIN-RGYA-MTSHO XIV. Čtyři vznešené pravdy: základy buddhistického učení. Přeložil Thubtän Džinpa GEŠE. Praha: Pragma, 2002. ISBN 80-7205-857-6

BUTTA, T. Pastorační péče v církvi. Praha: Církev československá husitská, 2017. Blahoslav (Církev československá husitská). ISBN 978-80-7000-137-0

CALLANAN, M., KELLEY, P. Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících. Praha: Vyšehrad, 2005. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-819-3

COCKELL, N., MCSHERRY, W. Spiritual Care in Nursing: An Overview of Published International Research. *Journal of Nursing Management* [online]. 2012. 20 (8): 958–969. [cit. 2020-04-23]. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01450.x. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1111/j.1365-2834.2012.01450.x>.

DOHNAL, F. Studijní texty k dějinám farmacie. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2608-6

EMBLEM, J. D., HALSTEAD L. Spiritual Needs and Interventions. *Clinical Nurse Specialist* [online]. 1993, 7(4), 175-182 [cit. 2020-03-14]. DOI: 10.1097/00002800-199307000-00005. ISSN 0887-6274. Dostupné z: <http://journals.lww.com/00002800-199307000-00005>

- FISHBANE, M. A. *Judaismus: zjevení a tradice*. Praha: Prostor, 1996. Obzor (Prostor). ISBN 80-85190-478
- HÁJNOVÁ-FUKASOVÁ, E., BUŽGOVÁ, R., FELT, D. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klinické onkologie* [online]. 2015, roč. 28, č. 1.(13-19) [cit. 2020-03-14]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/191/4629.pdf>
- HU, Y., JIAO M., LI, F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC Palliative Care* [online]. 2019, 18(1) [cit. 2020-03-29]. DOI: 10.1186/s12904-019-0489-3. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0489-3>.
- JOHNSON, P. *Dějiny křesťanství*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. ISBN 80-85959-41-0
- JOYNER, R. *Poslední bitva: boj světla s temnotou na konci věků*. 2. rev. české vyd. Přeložil Tomáš VÁGNER. Praha: KMS, 2014. ISBN 978-80-87904-43-5
- KAMIJO, Y., MIYAMURA, T. Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. *Japan Journal of Nursing Science* [online]. 2019, 17(1) [cit. 2020-04-14]. DOI: 10.1111/jjns.12276. ISSN 1742-7932. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jjns.12276>
- KANTŮRKOVÁ, E. *Jan Hus: příspěvek k národní identitě*. Praha: Melantrich, 1991. ISBN 8070230770
- KEALL, R., CLAYTON, JM., BUTOW, P. How do Australian Palliative Care Nurses Address Existential and Spiritual Concerns? Facilitators, Barriers and Strategies. *Journal of Clinical Nursing*. [online]. 2014. 23 (21–22): 3197 – 3205. [cit. 2020-04-23]. doi: 10,1111 / jocn.12566. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1111/jocn.12566>.
- KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, [2018]. ISBN 978-80-7345-496-8

- KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, B. Základy asijských náboženství. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0832-4
- LEEUWEN, R. Van, SCHEP-AKKERMAN, A. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Different Health Care Settings in the Netherlands. Religions [online]. 2015, 6(4), 1346-1357 [cit. 2020-03-28]. DOI: 10.3390/rel6041346. ISSN 2077-1444. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/2077-1444/6/4/1346>.
- MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3
- MARKOVÁ, M. 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-802-4731-711
- MARYŠKOVÁ, J. Nemocniční kaplan či "spirituální asistent"? - úskalí chybějícího legislativního rámce. Časopis lékařů českých [online]. 2016, 155(5), 263-266 [cit. 2019-12-17]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/download?hl=cs>
- MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8
- MATOUŠEK, O. Základy sociální práce. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0
- MCSHERRY, W., JAMIESON, S. An Online Survey of Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. Journal of Clinical Nursing [online]. 2011. 20 (11–12): 1757–1767. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03547. [cit. 2020-04-23]. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x>

- MCSHERRY W., ROSS, L., ATTARD, J., LEEUWEN, R. V., GISKE, T., KLEIVEN, T., BOUGHEY, A., EPICC Network. Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: Some developments in European education over the last decade, *Journal for the Study of Spirituality*, [online]. 2020. 10:1, 55-71, [cit. 2020-04-24]. DOI: 10.1080/20440243.2020.1726053
Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/ref/10.1080/20440243.2020.1726053?scroll=top>
- MOORE, T. Léčebná péče o duši: [průvodce procesem uzdravení celé osobnosti]. Praha: Portál, 2010. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-782-4
- NANDA International: Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017. 10. vydání. Editoři: Herdman, T.H., Kamitsuru, S., 2015. Praha: Grada Publishing, a.s., 464 s., ISBN 978-80-271-9008-9
- NOVOTNÁ, P. H., KALA, M. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliativna medicína a liečba bolest* [online]. 2015, 8(1), 23-25 [cit. 2019-12-17]. ISSN 1339-4193. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/76b39b329f5e54b3d9a7bd00d4f62d74.pdf>
- ODROBIŇÁK, M. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatrie pro Praxi* [online]. 2010, 11(3), 127-129 [cit. 2019-12-17]. ISSN 1213-0508. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/11.pdf>
- OPATRŇÁ, M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství* [online] 2006, 2(3), 105-109 [cit. 2020-04-23]. ISSN 1801-1349. Dostupné z: <https://docplayer.cz/640646-Klicova-slova-spiritualita-religiozita-pastoracni-pece-bible-modlitba-smysl-lidske-existence-kaplan-paliativni-pece-sluzba.html>
- OPATRŇÝ, A. Spirituální péče o nemocné a umírající. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1

- PHELPS, A. C., et al. Addressing Spirituality Within the Care of Patients at the End of Life: Perspectives of Patients With Advanced Cancer, Oncologists, and Oncology Nurses. *Journal of Clinical Oncology* [online]. 2012. 30 (20): 2538–2544. [cit. 2020-04-24]. doi: 10.1200/JCO.2011.40.3766. Dostupné z: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2011.40.3766>.
- PUCHALSKI, C., ROMER, A. L. Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2000, 3(1), 129-137 [cit. 2020-02-14]. DOI: 10.1089/jpm.2000.3.129. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2000.3.129>
- RIKLIKIENE, O., VOZGIRDIENE, I., KAROSAS, L. M., LAZENBY, M. Spiritual care as perceived by Lithuanian student nurses and nurse educators: A national survey. *Nurse Education Today* [online]. 2016, 36, 207-213 [cit. 2020-04-19]. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.10.018. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691715004244>
- ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007
- SHELDRAKE, EP. *Spiritualita a historie: úvod do dějin a interpretace křesťanského duchovního života*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2003
- STRÍŽENEC, M. Spiritualita a jej zisťovanie. *Človek a spoločnosť* [online]. 2005, roč. 8, č. 1.(10) [cit. 2020-03-14]. ISSN 1335-3608. Dostupné z: <http://www.clovekaspolocnost.sk/jquery/pdf.php?gui=S2D5MDIYBSWPSW62G9DFGDQJC>
- SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 2012. ISBN 978–80-247-4107-9
- ŠPATENKOVÁ, N. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4
- ŠPIDLÍK, T., RUPNIK, M.I. *Nové cesty pastorální teologie: kráse jak východisko*. Olomouc: Refugium Veleh-rad-Roma, 2008. ISBN 978-80-86715-97-1

- ŠTEFKO, A. Dostojnosť človeka v starobe a zomieraní. Bratislava: Teologická fakulta Trnavskej university, Kostolná 1, 2003. ISNB 80-7141-429-8
- TIMMINS, F., MCSHERRY, W. Spirituality: the Holy Grail of Contemporary Nursing Practice. *Journal of Nursing Management* [online]. 2012. 20: 951–957. [cit. 2020-04-23]. doi: 10.1111/jonm.12038 Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1111/jonm.12038>
- TÜZER, H., KIRCA K., ÖZVEREN, H. Investigation of Nursing Students' Attitudes Towards Death and Their Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Religion and Health* [online]. [cit. 2020-03-28]. DOI: 10.1007/s10943-020-01004-9. ISSN 0022-4197. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-020-01004-9>
- WILKINSON, H., WHITTINGTON R., PERRY L., EAMES C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research* [online]. 2017, 6, 18-29 [cit. 2019-10-24]. DOI: 10.1016/j.burn.2017.06.003. ISSN 22130586. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213058617300025>
- WILKINSON, P. Ilustrovaný slovník náboženství: rituály, představy a praxe z celého světa. Praha: Slovart, 2001. ISBN 80-7209-269-3

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník FICA (dotazník).....	75
Příloha 2: Žádost a povolení na realizaci průzkumu (dokument).....	78

Příloha 1: Dotazník FICA

*Vážená kolegyně, vážený kolego,
jmenuji se Jarmila Rybová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, Ústavu ošetrovatelství 2. LF UK. Chci Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí bakalářské práce, v níž se věnuji spirituální péči v ošetrovatelství. Jedná se o standardizovaný dotazník FICA.
Dotazník je anonymní. Přínosem dotazníkové šetření je mapování saturace spirituální péče, protože posouzení a správná diagnostika všech potřeb a problémů pacientů. Včetně spirituálních, je nevyhnutelná pro zvyšování kvality komplexní ošetrovatelské péče.
Doplňte nebo zakroužkujte odpovědi, které Vás nejlépe vystihují.
Děkuji Vám za spolupráci.*

Jarmila Rybová

Dotazník FICA

F – Faith, Belief, Meaning – Víra, přesvědčení, význam (smysl)

- „Jaká je Vaše víra nebo přesvědčení?“
.....
- „Máte duchovní víru/přesvědčení, které Vám pomáhá vypořádat se se stresem?“
.....
- „Co dává Vašemu životu smysl?“
.....
- „Považujete se za spirituálně (duchovně) nebo nábožensky založeného člověka?“
.....

I – Importance and Influence – Důležitost, význam, vliv

- „Jaký význam má Vaše víra či přesvědčení ve Vašem životě?“
.....
- „Na škále od 0 (není důležité) do 5 (moc důležité) označte, jak je ve Vašem životě víra/přesvědčení důležité.“
.....
- „Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak zvládáte stres?“
.....
- „Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak se během nemoci o sebe staráte?“
.....

- „Jakou roli zaujímá Vaše přesvědčení v procesu Vašeho uzdravování?“

.....

C – Community – Společenství

- „Jste součástí nějaké duchovní/ náboženské komunity?“

.....

- „Je tato komunita (duchovní/náboženská) pro Vás oporou, a v čem?“

.....

- „Existují lidé, které opravdu milujete, nebo kteří jsou pro vás důležití?“

.....

A – Address in Care – Řešení v oblasti péče

- „Jak by, jste chtěl/a, aby Váš/e poskytovatel/ka zdravotní péče, tyto informace uplatňoval/a v rámci poskytování zdravotnické péče?“

.....

Borneman, T., Ferrell, B., Puchalski Ch. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. In *Journal of Pain and Symptom Management*. [online]. August 2010, Vol. 40, No. 2 s. 163-173. [Citované 2019-12-16]. Dostupné z: <http://prc.coh.org/pdf/EvalFICA.pdf>

Váš věk:

Vaše pohlaví: žena muž

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Jste: a) svobodná/ný b) vdaná/ženatý c) rozvedená/ný d) družka/druh e) vdova/vdovec

f) jiné.....

Na jaké klinice / oddělení pracujete?

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?.....

V jakém kraji máte trvalé bydliště:

Nejvíce se podle Vás v zdravotnické péči angažují v oblasti spirituality:

(Ke každému z Vámi uvedených údajů přiřaďte hodnotu od 0-5 s tím, že 5 vyjadřuje nejvyšší hodnotu).

a) Duchovní	0	1	2	3	4	5
b) Psychologové	0	1	2	3	4	5
c) Psychiatři	0	1	2	3	4	5
d) Dobrovolníci	0	1	2	3	4	5
e) Jiné	0	1	2	3	4	5

Vaše spirituální potřeby jsou? (přičadte hodnotu od 0-5 s tím, že 5 vyjadřuje nejvyšší hodnotu).
0 1 2 3 4 5

Jakých způsobem Vaše profese změnila pohled na životní priority?

.....

(Můžete přičadit i hodnotu od 0-5 s tím, že 5 vyjadřuje nejvyšší hodnotu).

0 1 2 3 4 5

Nemoc u pacientů ovlivnila nějakým způsobem život Vás samotných?

.....

(Můžete přičadit i hodnotu od 0-5 s tím, že 5 vyjadřuje nejvyšší hodnotu).

0 1 2 3 4 5

Děkuji za spolupráci.
Jarmila Rybová

