

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Martina Kateřina Boržiková

Informovanost zdravotnických pracovníků o spirituální péči

*Knowledge level of healthcare professionals of providing a
spiritual care*

Bakalářská práce

Praha, květen 2011

Autor práce: Martina Kateřina Boržiková

Studijní program: B5341 Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Svobodová

Konzultant: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství

Předpokládaný termín obhajoby: 29. 6. 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 31. 5. 2011

Martina Kateřina Boržiková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce Mgr. Haně Svobodové a zejména odborné konzultantce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. za cenné rady a připomínky ke zdárnému dokončení této práce.

V Praze dne 31. 5. 2011

OBSAH

ÚVOD	s. 6
1. SPIRITUALITA, NÁBOŽENSTVÍ, RELIGIOZITA	s. 7
1.1 Vysvětlení pojmů	s. 7
1.1.1 <i>Duchovní a spirituální</i>	s. 7
1.1.2 <i>Spiritualita, náboženství a religiozita</i>	s. 7
1.2 Vývoj religiozity v ČR – historický exkurs	s. 11
1.2.1 <i>Křesťanské kořeny</i>	s. 11
1.2.2 <i>Středověk</i>	s. 12
1.2.3 <i>Novověk</i>	s. 12
1.2.4 <i>Dvacáté století</i>	s. 13
1.3 Současná religiózní situace v ČR	s. 14
1.4 Shrnutí	s. 16
2. SPIRITUÁLNÍ SLOŽKA ČLOVĚKA A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	s. 17
2.1 Potřeby člověka	s. 17
2.2 Spirituální složka blíže	s. 20
2.3 Nejvyšší potřeba – potřeba smyslu	s. 21
2.4 Spirituální otázky	s. 23
2.5 Spirituální potřeby	s. 24
2.5.1 <i>Identifikace spirituálních potřeb</i>	s. 24
3. SPIRITUÁLNÍ PÉČE O NEMOCNÉ	s. 26
3.1 Vysvětlení pojmu	s. 26
3.2 Poskytovatelé duchovní služby	s. 27
3.3 Dokumenty týkající se poskytování duchovní péče	s. 28
3.4 Současná situace v ČR	s. 29
3.5 Shrnutí	s. 31
4. METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	s. 32
5. VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	s. 34
6. DISKUSE	s. 54
ZÁVĚR	s. 64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY, OSTATNÍ ZDROJE	s. 65
PŘÍLOHA	s. 70

ÚVOD

K zájmu o téma spirituální péče mě přivedla moje víra, rozhovory s pacienty během praxí v nemocnici, kdy byl prostor se jim věnovat, posloužit jim modlitbou nebo zprostředkováním návštěvy nemocničního kaplana či faráře, dále týdenní stáž v hospici v Červeném Kostelci před čtyřmi lety a také několikaleté soužití s nemocným členem rodiny, kterého jsem před dvěma lety mohla v závěru života doprovodit na věčnost. Při tom všem jsem si uvědomila, jak nezbytná je dobrá informovanost v tomto oboru a řada dalších schopností. Začala jsem se v této problematice hlouběji vzdělávat a nepřestala se ptát, zda vůbec mají zdravotníci o duchovní dimenzi člověka a duchovní péči o něho ponětí. Praxe v nemocnicích mě přesvědčovala spíše o opaku. Přitom se při profesní přípravě sester nepřestává zdůrazňovat celostní přístup k nemocnému, citlivost a vnímavost ke všem stránkám jeho osobnosti, atp. Svoji závěrečnou práci jsem tedy zaměřila na informovanost zdravotnických pracovníků o spirituální péči o nemocné.

První část práce je teoretická. Přibližuje termíny spiritualita, náboženství a religiozita. Dále poskytuje vhled do historické i současné religiozní situace v našich zemích. Poté se věnuje spirituální složce nemocného a jeho potřebám v této oblasti. Nakonec popisuje nejen jejich identifikaci, ale i saturaci v rámci duchovní péče o nemocné. Zabývá se tím, kdo může tuto péči poskytovat a jaké zde v současné době panují podmínky pro její zavádění.

Ve druhé části se věnuji empirickému šetření technikou dotazníku. Cílem je jednak zjistit, zda zdravotničtí pracovníci dokážou rozpoznat spirituální potřeby nemocných, zda jsou schopni pracovat s duchovní složkou člověka a dále jsou-li informováni o možnosti duchovní péče o nemocné.

1. SPIRITUALITA, NÁBOŽENSTVÍ, RELIGIOZITA

1.1 Vysvětlení pojmů

1.1.1 Duchovní a spirituální

Použijeme-li v řeči pojmy spirituální nebo duchovní, zjistíme, že přestože jsou tato adjektiva synonymní, vyvolávají u různých lidí různé představy. Chceme-li se tedy zabývat spirituální, čili duchovní, péčí o nemocné, je třeba si nejprve ujasnit terminologii, jež s ní souvisí. Při bližším pohledu zjistíme, že ani tentokrát není věc tak jednoduchá. Jednotlivé pojmy evokují různé konotace.

Z pojmu duchovní péče vyčteme, že se jedná o péči, která zasahuje duchovní složku jedince, oblast, která se prolíná, jak o tom bude ještě řeč, se všemi ostatními vrstvami osoby. K pojmu duchovní se vžil ekvivalent spirituální. Slovo má základ v latinském *spiritus* (duch; ale také dech, vánek).¹ Ještě dříve jej známe z hebrejského *ruah* nebo řeckého *pneuma*. Starověká filosofie chápala tento pojem jako jakýsi univerzální oživující princip. Od latinského termínu *spiritus* (duch) se liší, podobně jako v češtině, pojem *anima* (duše), přesto víme, že spolu tyto dvě oblasti úzce souvisí a jsou propojeny. Co lze však zachytit v oblasti duševní, nemusí se týkat již složky duchovní, která jí je svým způsobem nadřazena. Duchovní potřeby a duchovní péči tedy nelze redukovat pouze na pomoc psychického rázu. Nejedna problém také vyvstává s tím, že adjektivum *duchovní* evokuje souvislost s náboženstvím. A jak je to např. s termíny spiritualita a náboženství a s jejich vzájemným vztahem? Zde se již málo autorů shoduje.

1.1.2 Spiritualita, náboženství a religiozita

V českém slově *náboženství*, vnímáme základ *bůh* a určitou vazbu *na* tohoto boha. Podobně to definuje např. Encyklopedie náboženství: „... pojem lze opsat asi jako ‚bázeň Boží‘, ale lze jej definovat jen velmi obtížně. Označuje projevy lidského vztahu k Bohu.“² Takto chápaný pojem vysvětluje náboženství v užším slova smyslu. Termín náboženství je v mnoha

¹ Srov. KÁBRT, Jan et al. *Latinsko český slovník*. 3. vyd. Praha:SPN, 1991, s. 406. ISBN 80-04-26000-4.

² *Encyklopedie náboženství*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997, s. 231. ISBN 80-7192-188-2.

evropských jazycích³ převzat z latinského religio. Slovo se v latině odvozovalo, jak předpokládal Cicero, ze slovesa *relego*, *-ere*, což doslova znamenalo znovu číst, opět uvažovat, probírat, sebrat, brát na něco ohled, ale také respektovat. Rozumí se tím tedy vztaheno k božským věcem. Za správnější se pak považují pozdější výklady, které pojem odvozují z jiného slovesa *religo*, *-are* (svázat, opět poutat) anebo *religere* (opět volit). To ukazuje na vytváření určitého pouta k bohu, ale také na svobodný charakter tohoto pouta. Abychom nezůstali jen u latinského základu, lze se na termín náboženství podívat i v jiných jazycích. V řečtině označoval uctívou bázeň vůči božstvům čili zbožnost (*eusebeia*), v arabštině vztah ke spravedlnosti (*dim*), v sanskrtu normu nebo zákon (*dharma*) a ve východoasijských jazycích nauku (*chiao*, *kyó*).⁴ Z toho vyplývá, že náboženství můžeme pojmut také v širším významu jako „praktický (v etice a kultu) i teoretický (v teologii a věrouce) vztah člověka k transcendentní skutečnosti.“⁵ K základnímu terminologickému povědomí v této oblasti patří ještě slovo *teismus*,⁶ pod nímž se skrývá víra v osobního boha nebo bohy. Bůh je zde pánem vesmíru, původce světa, jenž jej udržuje v chodu. Jako *monoteismus* pak označujeme náboženství, vyznávající jednoho Boha. Mezi tři základní patří židovství, křesťanství a islám. *Polyteistická* náboženství pak uctívají bohů více (hinduismus). Náboženství, která nedávají transcendentní skutečnosti osobní rysy, se označují jako *neteistická* (buddhismus a taoismus). Tam, kde se duševní vlastnosti přiřazují bezduchým skutečnostem jako jsou přírodní síly, jedná se o *animismus* (z lat. *anima* – duše). Postupný vývoj od animismu přes polyteismus až k monoteistickým náboženstvím můžeme chápat jako postupné vyjasňování a očišťování náboženského pojetí a praktik ve vztahu ke skutečnosti, která člověka přesahuje a je pro lidský život prvořadá a určující.⁷

Z latinského základu pak odvozujeme adjektivum *religiózní*, označující příslušnost k určitému náboženství⁸ a subjektivum *religiozita*, jenž se chápe především jako přítomnost náboženství v populaci. Může ale také označovat nábožnost, zbožnost jako stupeň horlivosti v duchovním

³ angl. a franc. *religion*, něm. *Religion*, it. *religione*, šp. *religión*, hol. *religie*, pol. *religia*, atp.

⁴ Srov. HELLER, Jan; MRÁZEK, Milan. *Nástin religionistiky*. 1. vyd. Praha: Kalich, Ústřední církevní nakladatelství, 1988, s. 10; BROŽ, Vojtěch. *Základy fundamentální teologie*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové. Pedagogická fakulta, 2003, s. 16. Skripta pro vnitřní potřebu; nepublikováno.

⁵ *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, díl 3 m/r*. 1. vyd. Praha: Nakladatelský dům OP, Diderot, 1997, s. 222. ISBN 80-85841-35-5.

⁶ z řec. *theos* - bůh

⁷ Srov. *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, díl 3 m/r*, s. 222; BROŽ, Vojtěch. *Základy fundamentální teologie*, s. 17.

⁸ Srov. OPATRŇÁ, Marie. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 105-108. ISSN 1801-1349.

životě. Studium různých náboženství se zabývá religionistika, zatímco religiozita je předmětem mezioborového zájmu.⁹

Zde se dostávám k termínu, který se zejména v poslední době dostal do širšího povědomí veřejnosti, a to je termín spiritualita. Jaký je vztah mezi religiozitou a spiritualitou a zejména mezi spiritualitou a náboženstvím?

Co se týče termínu spiritualita, je situace mnohem nepřehlednější. *Spiritualita* je především původně teologický pojem. Označoval v již v románském katolickém pojetí důraz na to, aby celý život byl žit v křesťanském duchu, tedy nejen z jakési tradice a zvyku. Takový život zahrnuje mnoho prvků. Kromě mravního úsilí šlo zejména o modlitbu, dále duchovní četbu, rozjímání, mlčení, chudobu a mnoho dalších. Rozdílné zastoupení těchto prvků v konkrétním duchovním životě člověka, resp. určité skupiny lidí, pak utváří určitý duchovní proud tradičně označovaný v katolickém prostředí pojmem spiritualita. Tak existuje např. spiritualita kněze, ženatého jáhna nebo laika, mnišská spiritualita, karmelitánská, atp. Také v protestantském prostředí byla snaha o hlubší duchovní život. Zde pojem spiritualita znamená zdůraznění vlastní náboženské zkušenosti, která je nosná, nezávisle na kléru, dogmatech a tradici. V přístupu k Bohu takový pojem sází zejména na vlastní zkušenost. Můžeme tedy shrnout, že spiritualita v užším slova smyslu označuje určitý duchovní proud nebo směr v rámci jednoho náboženství.¹⁰

Spiritualita však je definována také v širším slova smyslu jako „způsob duchovního života, který je vlastní osobnosti, škole či životní situaci v nějakém náboženství nebo nezávisle na něm“.¹¹

Kdy tedy hovoříme o spiritualitě a kdy o náboženství? Který pojem je širší a univerzálnější? Říčan uvádí v rozhovoru pro časopis *Dingir*,¹² mapující naši a světovou náboženskou scénu, že polarizace pojmů náboženství a spiritualita se objevila zejména s revoltou amerických hippies proti náboženskému establishmentu. Zároveň šlo ale o určité zklamání z církví, které nedokázaly naplnit duchovní tužby a očekávání moderního člověka. Říčan totiž chápe

⁹ Srov. ŠTAMPACH, Ivan O. *Přehled religionistiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 45. ISBN 978-80-7367-384-0.

¹⁰ Srov. *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, díl 4 ř/ž*, Praha: Nakladatelský dům OP, Diderot, 1998, s. 190-191. ISBN 80-85841-37-1; FOITZIG, Alexander. *Víra, anebo jen – „spiritualita“?* [online]. [cit. 2011-04-30]. Dostupné z URL: <<http://www.areopag.cz/content/vira-anebo-jen-spiritualita>>; OPATRŇÁ, Marie. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 105. ISSN 1801-1349.

¹¹ *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, díl 4 ř/ž*, Praha: Nakladatelský dům OP, Diderot, 1998, s. 190-191. ISBN 80-85841-37-1.

¹² Srov. VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Spiritualita jako touha po prožitku*. [online]. [cit. 2011-05-02]. Dostupné z URL: <http://www.dingir.cz/spiritualita_jako_touha_po_prozitku.shtml>

spiritualitu jako „prožitkové jádro náboženství“¹³ a náboženství pak šířeji jako vše ostatní, co navíc toto vlastní jádro duchovního prožitku obklopuje (nauka, obřad, instituce). Z výše uvedené nenaplněnosti duchovních tužeb člověka církvemi pak vychází určitá dehonestace náboženství, které jsme dnes svědky. Ale to je situace, která není pouze důsledkem společensko-kulturních změn poslední doby, resp. 20. století. Tento vývoj má své historické pozadí, jehož kořeny sahají ještě o několik století zpět. Samotný pojem náboženství získal postupně řadu negativních konotací. Od devadesátých let minulého století se proto setkáváme s tím, že tam, kde se vyskytuje pojem náboženství, přidává se obvykle ještě na dokreslení „a spiritualita“, aby se snad někdo necítil zasažen negativními výrazovými rysy tohoto slova. Přitom ale nadále panuje zmatek ohledně jasného užívání obou pojmů. Jedni chápou spiritualitu jako výše uvedený autor a náboženství jako pojem nadřazený. V tomto kontextu bere i prožitky krásy, přírody, umění jako náboženské zkušenosti. Jiní autoři by je nazvali zkušenostmi spirituálními, jelikož spiritualitu chápou jako termín pojímající rozsáhlejší zkušenosti a jevy. Naopak náboženství je pro ně jakýmsi systematickým rámcem vymezujícím těmto zkušenostem již předem dané pole.¹⁴ Slýcháme pojmy jako spirituální potřeby, spirituální péče, spirituální jevy, nabídka spirituálních seminářů, workshopů, atp. K této problematice se ještě vrátím v pohledu na současnou situaci v naší společnosti. Orientace v ní nám dá náhled na to, s jakými spirituálními potřebami, potažmo projevy lidí se můžeme v naší společnosti setkat a jaký bude přístup k nim ohledně duchovní péče. K tomu, abychom pochopili současnou religiozní situaci v naší zemi, je však ještě nezbytný malý historický exkurs. Ten by si jistě zasloužil větší prostor, pro něj v této práci ale není tolik místa. Proto se pokusím zmapovat historický vývoj religiozity v českých zemích a na Moravě jen pro nejnnutnější pochopení dalšího vývoje a toho, co nás eventuálně čeká na této scéně v budoucnu.

¹³ VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Spiritualita jako touha po prožitku*. [online]. [cit. 2011-05-02]. Dostupné z URL: <http://www.dingir.cz/spiritualita_jako_touha_po_prozitzku.shtml>

¹⁴ Srov. např. IVANOVÁ, Kateřina et al. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, s. 204-205. ISBN 80-247-1212-1.

1.2 Vývoj religiozity v ČR – historický exkurs¹⁵

1.2.1 Křesťanské kořeny

Dnes jsme svědky toho, že ze současné Evropy, naši zemi nevyjímaje, se pomalu vytrácí vědomí původních židovsko-křesťanských tradic a kořenů. Kde se vzaly a jakými proměnami prošly v naší zemi? Počátkům dějin našeho národa předcházela příchod Slovanů z oblastí severních Karpat a jejich rozšíření až do prostoru střední Evropy. Slovanské kmeny se postupně sdružovaly ve větší celky a po pádu Sámovy říše v 7. století se formuje státní útvar označovaný jako Velkomoravská říše. K tomu, aby se nějaký stát zařadil mezi tehdejší vyspělé země, bylo nutné, aby přijal křesťanství. To již bylo legitimním náboženstvím jak na západě (franská říše), tak na východě (Byzanc). Z obou zemí sem proudil jeho vliv. Aby se vyhnul politické závislosti, ale také pro jazykové obtíže, požádal kníže Rostislav, sám již křesťan, o pomoc v náboženské vzdělanosti lidu právě byzantskou říší. Roku 863 tak na Velkou Moravu přicházejí slovanští věrozvěstové a řečtí bratři Konstantin (později řeholním jménem Cyril) a Metoděj. Jejich zásluhy na poli šíření vzdělanosti, slovanského jazyka a liturgie v našem národě jsou jedinečné. Po nuceném odchodu z našich krajin, se zánikem Velkomoravské říše, našli Metoděj a především žáci obou věrozvěstů půdu pro další působení v Bulharsku. V našich zemích nastává příklon k latinské tradici. Asi v polovině 9. století je pokřtěna také babička pozdějšího knížete Václava, patrona českého národa a vzoru české státnosti. Roku 973 bylo v Praze zřízeno biskupství, v Olomouci pak o necelé století později. Koncem 10. století se šíří v Čechách kláštery benediktinské, později i jiné. Ty jsou centry vzdělanosti a šířiteli kultury. Po pádu Velké Moravy, zejména s nástupem středověku, přichází období stálého napětí v myšlence prosadit křesťanské císařství, které by zároveň skýtalo ochranu římskokatolické církvi. Mocenské prosazování víry však kýžené Boží království na zemi nenastolí. V období středověku je pak nejvýznamnější vláda Karla IV., představující období celkového, nejen náboženského, rozmachu. Dochází k povýšení pražského biskupství na arcibiskupství.

¹⁵ Srov. FRANZEN, August. *Malé dějiny církve*. 3. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, s. 344-356. ISBN 80-7195-082-3; VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice: náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 24-73, 93-100. ISBN 80-7178-798-1.

1.2.2 Středověk

Koncem 14. století, za vlády Václava IV., se objevují první snahy o reformu církve. Ty sílí zejména po smrti Jana Husa. Vzniklá kališnická církev se příliš neliší od věrouky církve katolické, snaží se také zachovat poslušnost kněžských svěcení. Odlišnými znaky se stává symbol kalicha, přijímání podobojí, český církevní zpěv a samozřejmě úcta k Husovi. Po roce 1436 začíná období mírné náboženské tolerance, které trvá necelých dvě stě let. Za této doby vzniká na vrcholu těchto reformních snah Jednota bratrská. Hlavním zdrojem života z víry je Bible a odkaz Petra Chelčického. Její zásluhou vznikl unikátní překlad Písma, Bible Kralická. Výše uvedené snahy se někdy označují jako tzv. první reformace. Protestantismus jako takový je ale důsledkem až druhé vlny, tzv. světové reformace. Na jejím počátku stojí Lutherovo učení o milosti, popírající jakékoli zásluhy lidské nebo církevní. Hnutí se rychle šíří. Zejména v Německu a ve Skandinávii vzniká řada luterských církví. Jsme na začátku 16. století. Luterství dává na jednu stranu impuls pro vznik dalších reformačních idejí a směrů. Ve Švýcarsku tak např. vzniká kalvínské reformační hnutí, které se šíří zejména do Nizozemí a Skotska. Na druhou stranu získává luterství oporu ve vládnoucí třídě (*cuius regio, eius religio*),¹⁶ zakotvuje ve společnosti a stává se příčinou mocenských zápasů a válek. O sto let později je to hlavně válka třicetiletá. Během ní v Čechách dochází k potlačení stavovského povstání proti Habsburkům a začíná období tvrdé rekatolizace. Ta probíhala obtížněji, než u našich západních sousedů, ale za sto let se to, zejména díky úsilí jezuitů, podaří. V duši národa však z této doby zeje jizva podvědomého odporu vůči římskému katolictví.

1.2.3 Novověk

Duchovní monopol římskokatolické církve je pak doslova rozmetán Tolerančním patentem císaře Josefa II. z r. 1781. V habsburské říši se tím otevírá prostor k vyznávání pravoslaví a protestantismu. Moc římskokatolické církve slábne také hromadným rušením jejích institucí – škol, řeholních řádů, klášterů. Dalším přelomem pro katolickou církev je období prvního vatikánského koncilu, kde se s jeho závěry (hlavně s neomylností papeže ve věcech víry a mravů) neztotožňuje určitá část kléru, která se následně odděluje jako Církev starokatolická. S rostoucí touhou po reformě uvnitř církve samé se pak, současně za vypjatých společenských událostí (po první světové válce a vzniku republiky), odděluje Církev československá (dnes československá husitská). Do ní přestupují masy katolíků a tím z ní vytvoří druhou

¹⁶ Platilo pravidlo „*čí panství, toho náboženství*“. Jinými slovy – jakého vyznání byl v té době panovník, takové museli vyznávat i poddaní.

nejpočetnější církev u nás. Na třetím místě co do počtu věřících byla Českobratrská církev evangelická, která vznikla r. 1918 spojením luterské a kalvínské evangelické církve. Z poslední čtvrtiny 19. století u nás působilo také mnoho jiných protestantských denominací.

1.2.4 Dvacáté století

V období před druhou světovou válkou zde máme již poměrně pestrou paletu náboženské scény, kterou kromě římskokatolické církve a výše uvedených tvoří také církve řeckokatolická a pravoslavná, různé církve protestantské, dále židovské náboženské obce a o registraci žádá od roku 1934 také muslimská náboženská obec.¹⁷ Dále je zde např. početná skupina Svědků Jehovových a jiné náboženské spolky. Československo tak dospělo k náboženské pluralitě. V neposlední řadě zde působily desítky zednářských lóží¹⁸ a dále různé tajné a okultní spolky, které představují spíše odvrácenou tvář náboženství. Přesto i ony mají transcendentní složku a jsou předmětem zájmu religionistiky.

Ránu dalšímu religióznímu vývoji dala druhá světová válka a poté nástup komunismu. Dohled nad církvemi začala od r. 1949 uplatňovat nově zřízená instituce Úřad pro věci církevní. Registrace církve a její veřejné působení tak s sebou přinášela určitou míru spolupráce s režimem. Jakákoli duchovenská činnost bez státního souhlasu představovala trestný čin maření dozoru nad církvemi. Část katolické církve se proto stáhla do podzemí, kde zahájila skrytou činnost, další část odešla do exilu a zbytek zde působil za tiché spolupráce s režimem. Ostatní církve a náboženské spolky byly rozpuštěny, např. Armáda spásy a Svědkové Jehovovi. V padesátých letech došlo k likvidaci řeckokatolické církve. Zakázána byla i Církev adventistů a jiné. Částečné nadechnutí v tomto dusném období přinesl rok 1968, definitivní pak sametová revoluce.

Po ní byla postupně obnovována činnost jednotlivých církví a v průběhu let došlo k registraci nových. Očekávalo se krom jiného i výrazné náboženské oživení. Během prvního sčítání lidu se k víře přihlásilo 43,9% občanů, 39,9% bylo osob bez vyznání a zbylých 16,2% se nepodařilo zjistit. Bylo to první sčítání lidu po dlouhých 41 letech. O deset let později míra religiozity výrazně klesla. 32,2% občanů se stále považovalo za věřící, 59% naopak

¹⁷ Srov. ÚSTŘEDÍ MUSLIMSKÝCH OBCÍ V ČESKÉ REPUBLICE. *Ústředí muslimských obcí – Historie a současnost*. [online]. [cit. 2011-05-03]. Dostupné z URL: <<http://www.umocr.cz/historiecz.pdf>>

¹⁸ Srov. VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice: náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*, s. 214-218.

nevyznávalo žádnou víru a 8,8% zůstalo nezjištěných.¹⁹ U těchto výsledků je také třeba pamatovat na to, že velmi záleží na dotazovaných, jak se sami chtějí prezentovat a např. u věřících, kteří přináležejí k nějaké církvi, tudíž nezjistíme mnoho o jejich skutečné náboženské praxi. Odhaduje se, že u věřících takzvaně organizovaných v církvích jich praktikuje jen kolem 5%.²⁰ V tomto ohledu bude velmi zajímavé letošní sčítání lidu a jeho výsledky mapující religiozitu v ČR.

1.3 Současná religiozní situace v ČR

V současné době pokračuje trend úbytku členů větších církví na úkor menších církví a náboženských spolků. Primát co do množství členů drží stále Církev římskokatolická s 2 740 780 věřících (26,8%), přes sto tisíc členů (1,1%) čítala druhá největší církev, Českobratrská církev evangelická, následována Církví československou husitskou s necelým stem tisíc členů (1%).²¹ Ostatní církve jsou ve výrazné menšině.

Krom tradičních náboženství, jako jsou různé křesťanské církve nebo Federace židovských obcí v ČR, patří mezi registrované náboženské společnosti např. Česká hinduistická náboženská společnost, Hnutí Hare Krišna, Buddhismus Diamantové cesty linie Karma Kagjü, aj.²² O registraci v roce 2014 bude znovu žádat Ústředí muslimských obcí.

Z porovnání tabulek z obou posledních sčítání (r. 1991 a r. 2001) vysvítá zajímavá skutečnost. Po sedmnácti položkách zaregistrovaných církví a náboženských společností následuje kolonka „ostatní a nepřesně určené“. Ta zaznamenala oproti roku 1991, kdy čítala 21 085 vyznavačů, dvouprocentní nárůst, tj. o dvě stě tisíc příznivců víc! Dá se očekávat silný nárůst právě v tomto sektoru. Z čeho tak usuzují?

¹⁹ Srov. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Náboženské vyznání obyvatelstva*. [online]. [cit. 2011-04-15]. Dostupné z URL:

<http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04>

²⁰ Srov. KALVÍNSKÁ, Eva. Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích? *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 111. ISSN 1801-1349.

²¹ Údaje se opírají o poslední sčítání lidu domu a bytů z roku 2001 - srov. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Náboženské vyznání obyvatelstva*. [online]. [cit. 2011-04-15]. Dostupné z URL:

<http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04>

http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04.

²² Srov. MINISTERSTVO KULTURY ČR. *Rejstřík církví a náboženských společností*. [online]. [cit. 2011-04-30]. Dostupné z URL: <http://www3.mkcr.cz/cns_internet/>

Kromě toho, že jsme svědky rozpadu naší židovsko-křesťanské identity, jsme na druhou stranu v naší silně sekularizované společnosti svědky jiného jevu. Kromě toho, že dochází ke značné privatizaci spirituality, roste zde jakýsi spirituální trh, který reaguje na expanzi poptávky právě duchovního rázu, takže dokonce můžeme mluvit o spirituálním konzumu.²³ V této změti různých proudů je pro nezasvěceného člověka těžké se vyznat. Vojtíšek zmiňuje, že z celospolečenských tendencí vyrůstá potřeba utvářet nová náboženská hnutí. Nová jsou v tom smyslu, že stojí v protikladu k tradičním etablovaným náboženstvím. Vznikají tak jako proudy uvnitř samotných církví, ale zejména mimo ně.²⁴ Ta, která stojí mimo církev, vycházejí často z tzv. alternativní spirituality. Tou se chápe „styl duchovního života lidí od 2. pol. 20. stol., vycházející ze znovuoobjevení duchovních hodnot zejm. v mladé generaci. Souvisí s hlubinnou a transpersonální psychologií, s péčí o životní prostředí a s novým pojetím vědy. Vedle tradičních křesťanských hodnot (zejména mystiky) jsou zastoupeny i kabala, astrologie, alchymie, magie, mystéria, orientální náboženské systémy. Zdůrazňuje se meditace, jednota životního stylu, nenásilí. Absolutní skutečnost je chápána spíše jako neosobní než jako Bůh, přinejmenším symbolická hodnota je připisována i božstvům polyteistických náboženství.“²⁵

Zrod nových náboženských hnutí byl v jejich počátcích ve společnosti většinou provázen odporem. Díky náboženské toleranci dnešní společnosti se dá očekávat snížení tohoto napětí a snadnější začleňování takových hnutí do společnosti. Budou tak přehlednější a nábožensky hůře zařaditelná.²⁶ Ne každá náboženská idea však vytvoří náboženské hnutí. Trendem současnosti se stávají ve velké míře také kultury.²⁷

Například v souvislosti s letošním sčítáním lidu se objevil zajímavý fenomén ještě před začátkem této organizačně i statisticky náročné akce. Tisíce lidí se na českém Facebooku označilo za vyznavače kultu Jedi. Toto vyznání, ačkoli stěží lze mluvit o náboženství, bylo po mimořádném zasedání ČSÚ nakonec zaneseno do sčítacích listin. To je jen dalším dokladem oblíbenosti různých duchovních proudů, hnutí a kultů, které se šíří v posledních dvou desetiletích nejen u nás, ale o něco delší dobu i v celé západní kultuře. Příčin je mnoho, např.

²³ Srov. NEŠPOR, Z. R. Ústřední vývojové trendy současné české religiozity. In *Jaká víra? Současná česká religiozita/spiritualita v pohledu kvalitativní sociologie náboženství*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004, s. 28-30. ISBN 80-7330-061-3.

²⁴ Srov. VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Nová náboženská hnutí a jak jim porozumět*. 1. vyd. Praha: Beta Books, Alfa Publishing, 2007, s. 18. ISBN 978-80-86851-64-8.

²⁵ *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, díl 4 ř/ž*, Praha: Nakladatelský dům OP, Diderot, 1998, str. 190-191. ISBN 80-85841-37-1.

²⁶ Srov. VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Nová náboženská hnutí a jak jim porozumět*, s. 194-195.

²⁷ Srov. VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Nová náboženská hnutí a jak jim porozumět*, s. 19, 22-23.

odklon od institucí, rituálů a pravidel, odpor vůči tradici, nebo naopak příklon k individuální a prožitkové formě duchovní zkušenosti, stejně jako v některých případech hledání bližších vřelejších kontaktů, společenství, jistoty a bezpečí v menší skupině. Někdy je to atraktivita nového směru, co lidi přitahuje, jindy vazba na charismatickou autoritu, atp. Samostatnou problematikou by byl fenomén sekt, ale to již značně přesahuje rámec této práce. Při takové spirituální nabídce je ale nabíledni jisté ostražitosti, která mnohým Čechům stále nechybí. Nekritičnost některých však bere dech. Různé systémy a praktiky jsou spíše jakýmsi pseudoduchovnem, než skutečnou spiritualitou.

Mnozí, kterým se jeví, že duchovní prožitek, ono jádro, se z tradičně etablovaných náboženství vytrácí, hledají jinde. To, co jsem zmínila výše v souvislosti s novými hnutími a alternativní spiritualitou, Štampach pojímá širěji. Mluví o nové religiozitě. Tato religiozita má podle něho následující prvky. Lidé se vracejí k náboženství dávných předků (Egypt, Řecko, Řím, Keltové, Germáni), čerpají z esoterismu, dále z orientální syntézy různých náboženství – Číny, Indie, atp. Nová religiozita zahrnuje také tzv. kvazireligiózní aspekty, které operují s lidským potenciálem, atp. Dochází k náboženskému eklecticismu. To vše je provázáno paradigmatickým posunem ve vědě a společnosti²⁸.

1.4 Shrnutí

Přestože stále ještě majoritní skupinu takzvaně věřících lidí tvoří tradičně křesťané velkých církví, anebo různých denominací, jak to vyplývá z historicko-politického vývoje, budeme se v nemocnicích čím dál více setkávat s lidmi, kteří buď mohou duchovní péči odmítat úplně, prohlašující se za programové ateisty, anebo budou hledat naplnění svých potřeb v nejrozmanitější nabídce spirituálního trhu. Naším úkolem pak bude hledat společnou bázi a konsensus na tomto pluralitním poli směrů, filosofí i praktik. Nemanifestuje se také zde celková konfúze pojetí světa a života, jak ji vidíme v celospolečenském vývoji? Tato konfúze mnohdy začíná již u základních pojmů jako je spiritualita a náboženství, jak jsem je přiblížila již v první kapitole. Prakticky to, aniž by si to uvědomila, demonstrovala jedna účastnice kurzu o spirituálních potřebách ve zdravotnictví, jehož jsem se zúčastnila. Na otázku, co očekává od kurzu, odpověděla, že sem přijela proto, že o *spiritismu*²⁹ toho ještě moc neví,

²⁸ Srov. ŠTAMPACH, Ivan O. *Přehled religionistiky*, s. 168-179.

²⁹ *spiritismus* – víra v to, a praktiky s ní spojené, že duchové zemřelých žijí a že je možné s nimi komunikovat

ráda by se však o tom dozvěděla více. Příště již nedorazila. O to těžší tak bude v některých případech najít společný jazykový a myšlenkový rámec ve vzájemném styku s klienty, kteří projeví zájem o duchovní péči, ale sami si v duchu eklekticismu vybírají, co se jim z té které nauky hodí vzhledem k jejich životnímu přesvědčení

2. SPIRITUÁLNÍ SLOŽKA ČLOVĚKA A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

2.1 Potřeby člověka

Pro termín *potřeba* také neexistuje jednotné vysvětlení. Většinou se definuje jako nedostatek nebo chybění něčeho. Tento nedostatek je žádoucí odstranit, než se začne projevovat např. nepříjemnými stavy napětí, emoční tenzí, atp. Potřeba je také něčím, co člověk ke svému životu nezbytně potřebuje. Určitá potřeba stimuluje člověka k odpovídajícímu jednání za účelem vyhnout se nějaké nepříznivé životní podmínce, nebo naopak vyhledat takovou podmínku, která je pro život a uspokojení dané potřeby příznivá. Své potřeby můžeme uspokojovat žádoucím nebo nežádoucím způsobem.³⁰ Potřeby člověka jsou různého charakteru, navíc jsou značně individuální. V průběhu života se mění v závislosti na věku, ale i situacích, které člověk prožívá. Zráním jedince by se jeho potřeby měly kultivovat.

I přes individuální rozdíly se dají potřeby utřídit, o což se pokoušel např. americký psycholog Abraham Maslow (†1970) se svou známou pyramidou potřeb. Předpokládal, že saturace nižších potřeb je nutná k saturaci vyšších potřeb a že vyšší potřeby vyžadují k saturaci příznivější podmínky. Jinými slovy, budu-li mít např. naplněnu potřebu bezpečí a jistoty, mohu se věnovat uspokojování tzv. metapotřeb – transcendentních potřeb. Podle Maslowa se jedná o potřeby růstu, sebepřekročení a vyššího duchovního života. Ty jsou pro něho spíše možnostmi, než skutečností³¹. Že to tak zcela úplně neplatí, vyvrací např. Franklova zkušenost z koncentračního tábora. Právě zcela neuspokojivé podmínky mohou někdy člověku zpřístupnit prostor pro transcendentní zkušenosti. Saturace duchovních potřeb je

³⁰ Srov. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, s. 10. ISBN 80-7013-324-4.

³¹ Srov. tamtéž, s. 14-16.

někdy naléhavější, než uspokojení potřeb nižších. Zvláště pokud toto navíc ani není možné, zůstává potřeba smyslu nosnou.

V roce 1977 uveřejnil americký psychosomatik George Engel bio-psycho-sociální model osobnosti. Od 90. let 20. století se tomuto pojetí přidává ještě čtvrtý rozměr – spirituální.³² Zde představuje zajímavý model tzv. růžice potřeb a zdrojů. V literatuře jsem se o tom nedočela takřka nic víc, než že existuje celostní pojetí člověka. V učebnicích se pak praví, že *holistická péče* zahrnuje čtyři dimenze lidské osoby: somatickou, psychickou, sociální a spirituální, přičemž se tyto kategorie ve skutečnosti překrývají.³³ Všude se o tom však mluví jen obecně nebo příliš popisně. Teprve na kurzu o spirituálních potřebách ve zdravotnictví, který proběhl letos v IPVZ v Praze, jsem se dozvěděla o konkrétnější podobě tohoto pojetí, kterou představím ve zbylých řádcích této kapitoly o potřebách.³⁴ Pro toto pojetí je nosná právě zmíněná růžice.

biologické potřeby	sociální potřeby
psychologické potřeby	spirituální potřeby

Obr. 1 Růžice potřeb

Růžice představuje rychlou pomůcku ke sběru informací o pacientovi. Může nám ukázat mnohé, co o něm zpočátku ani nevíme. Jedna potřeba může prostupovat více oblastmi. Např. potřeba vzdělání může představovat požadavek uspokojení ve sféře biologické (vyšší vzdělání mi např. přinese možnost změny zaměstnání, pracovní doby, a tím i pravidelný režim, lepší spánek a odpočinek), ale i psychické (informace) nebo sociální (vztahy k druhým, k sobě).

³² Srov. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Duchovní potřeby a duchovní zdroje*. Kurz IPVZ Spirituální potřeby ve zdravotnictví. Praha, 7. 4. 2011.

³³ Srov. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 66. ISBN 80-247-1295-4; SLABÝ, Adolf. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1991, s. 14.

³⁴ Srov. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Duchovní potřeby a duchovní zdroje*. Kurz IPVZ Spirituální potřeby ve zdravotnictví. Praha, 7. 4. 2011.

Někomu může vzdělání naplňovat potřeby duchovní. V tom, co převáží za složku, záleží na hodnotovém systému každého jedince, na individuálních důrazech. Potřeby se mohou různě kombinovat. Je zde také něco, co bychom v Maslowově pojetí těžko hledali. Mezi potřebami existuje totiž také prostupnost, návaznost, nebo lépe řekněme určitá zástupnost, přechod jedné v druhou. Například za biologickými potřebami se často skrývají potřeby duchovního rázu a tyto dvě oblasti mohou spolu úzce souviset, což nemusí být hned zřejmé. Pro ilustraci uveďme, že uspokojování hladu nebo různých závislostí může znamenat prázdnotu v duchovní oblasti. Nebo velmi hmatatelné věci mohou nabývat pro člověka až symbolických rozměrů. A naopak taková potřeba lidské důstojnosti začíná jednoznačně u těla. Další příklad - v cizích kulturách sexuální stránka jedince sloužila k oslavě bohů, atd. Sestavuji-li tedy různé pro konkrétního pacienta, ptám se po všech jejích složkách velmi konkrétně. Zpočátku nemusí být vše jasné. Růžici mohu doplňovat s tím, jak roste poznání nemocného a jeho situace, jak se vyvíjí vzájemná důvěra podle toho, kam až mi on sám dá o sobě nahlédnout. Zároveň s tím hledám vztahy mezi jednotlivými potřebami a stanovím si konkrétní cíle pomoci. Tak jako různé potřeb mohu vytvořit i různé zdroje – kde a z čeho čerpat u konkrétního jedince v té které oblasti. Přitom nesmím zapomínat, že potřeby člověka jsou oděny do jeho individuálního hodnotového „balení“ a měla bych respektovat jeho postoje, nevnášet sem své subjektivní interpretace. Při péči o nemocné jsme často svědky toho, že během ní dochází ke střetu hodnot zdravotnických pracovníků, pacienta a velmi často i jeho rodiny.

Ještě bych na tomto místě zmínila několik věcí, než se začnu zabývat spirituálními potřebami konkrétně. Obecně platí, že ten, kdo je citlivý na vlastní duchovní potřeby, je také citlivý k duchovním potřebám druhých lidí. Je zajímavé, že duchovní potřeby, a na to se málo pamatuje, nejsou deficitní, nespotebovávají se, ale dáváním se rozmnožují. Dávám-li lásku, jsem jí, při troše vnímavosti, i obdarována, dávám-li naději, roste také moje naděje, atp. Může to znít jako klišé, ale kdo má tuto elementární fenomenologickou zkušenost, jistě ví, o čem mluvím.

Systémů třídění potřeb je mnoho. Na rozdíl od Maslowovy pyramidy potřeb, což je pro mě model spíše popisný až statický, je výše jmenovaná různice potřeb a zdrojů dynamická. Dá se s ní pružně pracovat a poslouží nám dobře k identifikaci jednotlivých potřeb každého pacienta. Pro využití ve zdravotnictví je tedy klíčová. Popsala jsem ji zde jen zběžně pro přiblížení. Ke konkrétním příkladům bych sama potřebovala jednak praktickou zkušenost

s touto pomůckou u nemocných, jednak je to pro mě věc nová a inspirující do budoucí praxe, využitelná zejména pro péči o duchovní stránku klientů, ale nejen o ni.

2.2 Spirituální složka blíže

Duchovní složka člověka, spirituální rovina, či jak to pojmenujeme, je to nejvlastnější, můžeme říci to nejlidštější místo v nás. Je to rovina vnitřního bytí, vnitřního života, která existuje nezávisle na tom, jestli člověk věří v Boha či nikoliv. Někteří autoři (Frankl)³⁵ toto místo označují jako prostor vlastní svobody, nedotknutelné a nezranitelné jádro člověka, které není možné vyřadit z činnosti, jádro aktivity, místo dialogu se smyslem. Poukazuje se také na to (Opatrný)³⁶, že tato vrstva bytí je v člověku také nositelem kulturních a uměleckých hodnot. Mluvíme o rozměru nebo bytí ducha. Jak často proneseme např. při hodnocení nějakého díla nebo kulturního počínu poznámku o jeho duchaplnosti. Duchovní potřeby v člověku však docházejí nejhlubší realizace a naplnění teprve v žité víře a v náboženství jako jejím projevu.

Duchovní složka se prezentuje ve dvou rovinách: horizontální, kterou si vytváříme vztahy k druhým lidem a k sobě, a vertikální s přesahem vzhůru do věčnosti. Tato rovina existuje nezávisle na nás, jde v ní o vztah k transcendentní skutečnosti. Záleží na naší svobodné volbě, zda a jaký vztah k ní zaujmeme.³⁷

Duchovní oblast se ale netýká jen víry v Boha, jak se mnoho zdravotníků ještě stále mylně domnívá. Každý má v sobě potřebu dát svému životu nějaký smysl a zodpovědět si existenciální otázky jako jsou vlastní role ve světě, původ světa, vyrovnání se s vlastní smrtelností, existence posmrtného bytí, atp. Mnozí však tyto otázky explicitně neřeší. V situaci nemoci, hlavně při delší nemoci, v těžším stavu, během opakovaných hospitalizací nebo ve stáří se však často začínají vynořovat. Člověk může ve spojení s nemocí nebo stářím procházet úzkostí, která prověřuje nosnost hodnotových pilířů, na nichž člověk do té doby

³⁵ Srov. FRANKL, Viktor E. *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2007, s. 16-19. ISBN 80-7295-088-6.

³⁶ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. vyd. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003, s. 5.

³⁷ Srov. IVANOVÁ, Kateřina et al. *Multikulturní ošetřovatelství I.*, s. 205; MAŠÁT, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetřovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*, Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 104. ISSN 1801-1349.

stavěl.³⁸ Taková úzkost se navíc může maskovat jako deprese, porucha emoční stability, atp. Jelikož je duchovní pomoc v naší společnosti do velké míry stále ještě tabu, bývají takové úzkosti zaměňovány za psychické symptomy a jako takové „lčeny“. Dvodem je také to, že lidé tzv. nevěřící, mnohdy neumí své pocity a potřeby identifikovat, neuvědomují si, odkud úzkosti pramení, mají potíže verbalizovat je, případně se za ně stydí. Diferenciálně diagnosticky je někdy potřeba odlišit projevy nemocného od psychických poruch. Zároveň je však třeba mít na paměti také duchovní složku osobnosti nemocného, a pokud o to pacient stojí, nebát se mu vyjít vstříc, zprostředkovat spirituální pomoc. Mnohdy ale stačí „jen“ nabídnout svůj čas a ochotu naslouchat. V případě praktikujících věřících je situace většinou snazší o to, že vědí, jak si v takové situaci pomoci – modlitbou, důvěrou, kontakty na společenství nebo duchovního, v úzkém vztahu s rodinou, atp.

2.3 Nejvyšší potřeba – potřeba smyslu

Potřebám, které se v těchto chvílích hlásí o to, aby jim byla věnována pozornost a aby byly naplněny, vévodí potřeba smyslu. Proto bych se zde ráda zastavila u psychologického směru, který se touto otázkou zabývá podrobněji. Jedná se o logoterapii, jejímž zakladatelem je Viktor Emanuel Frankl. Jeho terapie pomáhající k nalezení smyslu vlastního bytí je hluboce podepřena jeho osobní zkušeností z koncentračního tábora. Zde empiricky došel k tomu, že smysl života je nepodmíněný. Technikou, kterou k tomu používá je tzv. existenciální analýza. Její podstatou je, že k vědomí je zde přiváděno to, co je nikoli pudové, jak se o to snaží Freudova psychoanalýza, ale co je duchovní. Logoterapie je tedy jakási psychoterapie vycházející z duchovna.³⁹ Frankl říká, že už pokládat si otázku po smyslu znamená být náboženským. Víru chápe v širší dimenzi jako víru ve smysl a to také ve smysl posledních věcí, tzv. nadmysl, jak to sám nazval.⁴⁰

V životě každého člověka je dle něj naplnění smyslu prioritou, životním úkolem. Sám život je úkol. Cesty k naplnění životního smyslu vedou přes různé skupiny hodnot. Jednak jsou to *hodnoty tvůrčí*, které jsou nejsnáze pozorovatelné, mají přímý efekt. Zahrnují různé oblasti lidské činnosti – manuální, duševní, uměleckou. Jakékoliv dílo, které člověk vytvoří je

³⁸ Srov. ŠIMEK, Jiří. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*, Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 102. ISSN 1801-1349.

³⁹ Srov. FRANKL, Viktor E. *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu*, s. 12-13.

⁴⁰ Srov. tamtéž, s. 51-52.

obohacem pro druhé a vlastní smysluplnou životní náplní. O etáž výš se nacházejí *hodnoty zážitkové*. Ty se realizují tím, že určité zkušenosti přijímáme nebo zažíváme. Patří sem vnímání krásy přírody, radost ze setkání s nějakým člověkem, požitek z uměleckého díla. Dominující je zejména prožitek lásky, kterou člověk nejen přijímá, ale i dává. Z tohoto důvodu sem patří také zkušenost modlitby. Tam, kde se narazí na dno vyčerpáním předchozích dvou kategorií hodnot, může se zdát, že život začne smyslu pozbývat. Ovšem to by byl omyl. Je zde ještě jedna vrstva, ta nejhlubší, vrstva *hodnot postojových*. Tehdy, když člověk čelí nezměnitelným skutečnostem, ať už prochází bolestí, utrpením, nebo je v závěru svého života, stále ještě má možnost dát tomu všemu smysl a to právě postojem, který k těmto skutečnostem zaujme.⁴¹

Frankl ve své interpretaci vychází z toho, že všechny hodnoty, které dojdou vyjádření, se uchovávají pro věčnost. Navždy jsou uloženy v minulosti. Co pomíjí, jsou jen možnosti volby. Pomíječnost tedy neruší naši odpovědnost, ale naopak ji potvrzuje.⁴²

To, v čem nám může logoterapie pomoci ve spirituální péči o nemocné, je právě možnost ukázat jim, že ani v této situaci nepřestává být jejich život smysluplný. Že totiž velmi záleží na tom, jak se ke své situaci postaví, jaký k ní zaujmou postoj a jakou jí tím dají tvář. V utrpení a nemohoucnosti je tou nejušlechtlejší tváří tvář lásky. Vzpomeňme například na Matku Terezu.

Cílem logoterapie je umožnit člověku dotknout se hloubky své podstaty a pomoci mu k jednání, které vyrůstá z poznání vlastní důstojnosti a svobody. Smysl už musí nalézt sám. Svoboda není podle Frankla již jen svobodou „od“, ale svobodou „k“, svobodou k odpovědnosti. Vůči komu nebo čemu již není předmětem tohoto oboru. Člověk je „*odpovědný před nejvyšší hodnotou, kterou v životě zná*“.⁴³ To vše mu otevírá cestu k nalezení smyslu a tento krok již náleží jen jemu samému. Fundamentální teologie, jako jedna ze základních teologických disciplín, k tomu poznamenává, že zosobněním záruky smyslu je právě Bůh.⁴⁴

⁴¹ Srov. FRANKL, Viktor E. *Lékařská péče o duši*. 1. vyd. Brno: Cesta, 1996, s. 61-62. ISBN 80-85319-50-0.; FRANKL, Viktor E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, s. 73. ISBN 80-901601-4-X.

⁴² FRANKL, Viktor E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 78; LÄNGLE, Alfried. *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta, 2002, s. 75. ISBN 80-7295-037-1.

⁴³ LÄNGLE, Alfried. *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*, s. 69.

⁴⁴ Srov. SKALICKÝ, Karel. *Po stopách neznámého Boha*. 1. vyd. Praha: Aula, 1994, s. 176-180. ISBN 80-901626-4-9.

2.4 Spirituální otázky

V souvislosti s tíživými situacemi si člověk klade otázky, jež nás mohou upozornit na stav duchovní tísně, kterou právě prožívá. Jsou to základní lidské otázky, týkající se minulosti, přítomnosti i budoucnosti, vztahů k druhým, k sobě nebo k Bohu. Tyto otázky se zahrnují nejrůznější témata, jako hodnotový systém a morálních rozhodnutí, přesah vlastního života, vina, utrpení, bolest, smrt, smysl vlastního života, aj. Nemusí to být jen otázky. Mohou to být pochybnosti, přání, nebo jiné projevy. Někdy je nemocný pociťuje jen nejasně, provází ho úzkost a tíseň, jindy se ptá naopak zcela konkrétně. To může být značně individuální.

Pro příklad uvedu, kterých oblastí se to týká:⁴⁵

minulost – Co s tím, co mě ve vzpomínkách trápí? Co dělat s vlastními selháními a co s vlastními vinami, které nelze odčinit?

přítomnost – Proč zrovna já? Kdo jsem? Proč jsem tady? Život se mi zdá prázdný a nesmyslný... Nevím, co jsem udělal, že jsem si tohle zasloužil/a...

budoucnost – Kam směřuji? Co asi bude po smrti? Jak tohle skončí? Jak to vše vydržím?

já a druzí – Co s pocitem křivdy? Jak najít cestu k odpuštění a ke smíření s druhými? Jak se mám chovat před svou rodinou? Nevím, jestli mě ještě budou přijímat, když jsem takhle nemocný... Nemohu se přenést přes to, že mé manželce (matce, dítěti, ...) hrozí smrt... Jak „tam“ bude mojí dcerce/synkovi? Co „tam“ s nimi bude?

morální oblast, oblast hodnot – Co bych měl dělat? Co je dobré/zlé? Co je mít rád? Proč žiji? Co je v životě důležité, na čem opravdu záleží? Proč mám dělat dobré věci a kde na to vzít sílu?

transcendence – Je nějaký Bůh? Jak přijmout tajemství smrti? Je něco po ní?

Duchovní oblast pro člověka může být buď zdrojem utrpení, nebo naopak naděje, útěchy, posily a tím i motivace.

⁴⁵ Srov. KABELKA, Ladislav; SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 340. ISBN 978-80-7262-505-5; VURST, Vítězslav. *Spirituální podpora v nemocnicích*. Kurz IPVZ Spirituální potřeby ve zdravotnictví. Praha, 7. 4. 2011.

2.5 Spirituální potřeby

Z výše zmíněných otázek můžeme vyvodit i potřeby, které patří do duchovní oblasti. Jedná se o následující:

- potřeba víry, lásky (milovat a být milován), naděje
- potřeba nalezení životního smyslu
- potřeba uchopit skutečnost přítomnosti nemoci nebo stáří; nahlédnout význam nemoci
- hledání a nalezení smyslu utrpení, tajemství smrti; přijetí konečnosti vlastního života
- hledání a nalezení odpovědi na otázku existence vyšší morální síly, nejvyšší bytosti, Boha
- potřeba modlitby
- potřeba přehodnotit životní priority, utřídit žebříček hodnot
- potřeba řešit morální rozhodnutí a dilemata
- potřeba vyrovnat se s vlastními selháními, vinami, křivdami, smířit se a odpustit; jinými slovy potřeba mít čisté svědomí
- potřeba řešit obavy a úzkost
- potřeba vnímat krásu a radost
- a jiné...

2.5.1 Identifikace spirituálních potřeb

Pokud chceme nemocným v této oblasti pomoci, měli bychom být schopni identifikovat jejich duchovní potřeby, odebrat spirituální anamnézu. To je většinou možné, až když si sestra vytvoří s nemocným, příp. i jeho příbuznými, vztah, v němž se postupně otevírá prostor hovořit o duchovních tématech, jak o tom již byla řeč v kapitole o různici potřeb.

Jinou orientací je sběr informací ve čtyřech oblastech:⁴⁶

- pojetí Boha nebo božstva
- zdroj naděje a sil
- významné náboženské praktiky a rituály
- vztah mezi zdravotním stavem a duchovními přesvědčeními

Další možností je odebrat spirituální anamnézu dle FICA, kde se ptáme na:⁴⁷

⁴⁶ Srov. ŠPIRUDOVÁ, Lenka et al. *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 95. ISBN 80-247-1213-X.

Faith and Belief – víru a důvěru, náboženství, názory a přesvědčení (*Považujete se za duchovního člověka? Co dává Vašemu životu smysl? Věříte něčemu opravdu silně? Čemu?*)

Importance – důležitost, významnost (*Co je pro Vás v životě/teď důležité? Jaký význam má ve vašem životě víra nebo životní přesvědčení? Jakou roli hraje ve Vašem uzdravování?*)

Community – komunitu, společnost, přátelství (*Existuje někdo – člověk nebo skupina – kdo je pro Vás oporou? Jak velkou?*)

Adress in Care – zařazení do péče (*Jak byste si přál, abych já jako Vaše ošetřující osoba, zařadila tyto skutečnosti do Vaší zdravotní péče?*)

Ke zjištění spirituálních potřeb nemocného nám může pomoci mnoho dalších otázek. Měly by být citlivě volené, položené ve vhodný okamžik. Např.:

Co pro Vás tato nemoc znamená? Jak se s ní vyrovnáváte? Co myslíte, že by pomohlo k Vašemu uzdravení?

Jak vidíte svou budoucnost?

Chtěl byste, aby Vás navštívil někdo, kdo by si s Vámi o těchto věcech popovídal?

Máte rád nějaké věci, činnosti, které Vás potěší a dodají Vám sílu a radost?

Máte někoho, kdo je pro Vás vzorem a inspirací?

Meditujete? Modlíte se někdy? Věnujete se nějakým duchovním/náboženským aktivitám, které by Vám pomáhaly i během zdravotní péče?

Co myslíte, že pro Vás můžeme udělat?

V podstatě můžeme vyjít z výše uvedených spirituálních potřeb a klást otázky, které s nimi souvisejí. Ty nám pomohou zjistit situaci, v níž se pacient nalézá. Můžeme hledat souvislosti mezi duchovními a jinými potřebami nemocného, jak o tom byla již řeč, a vytvořit si různé potřeby a zdroje nemocného. Potom lépe naplánujeme komplexní péči o nemocného, včetně péče spirituální, jejímž předmětem je pomoci nemocným tyto potřeby saturovat.

⁴⁷ Srov. KALVÍNSKÁ, Eva. *Odebírání spirituální anamnézy*. Kurz IPVZ Spirituální potřeby ve zdravotnictví, Praha, 4. 5. 2011.

3. SPIRITUÁLNÍ PÉČE O NEMOCNÉ

3.1 Vysvětlení pojmu

Nemoc staví člověka často do nových situací, dosud nezažitých, zvláště pokud je stav vážnější. Před člověkem vyvstávají nové úkoly a požadavky, které je potřeba zvládnout. Zvláště naléhavé jsou existenciální otázky, myšlenky, prožitky. Tím vším lépe procházejí lidé, kteří na to nezůstanou sami. Do této samoty, tísně, pochybností v průběhu nemoci však může upadnout i rodinný příslušník nemocného nebo blízký člověk. Podobnou krizí mohou procházet i zdravotničtí pracovníci. Všem těm je k dispozici duchovní péče, a to nezávisle na jejich víře či vyznání.⁴⁸

Duchovní péče se týká člověka v jeho celistvosti. Tento pojem v sobě zahrnuje dva rozměry.

a) *obecná spirituální péče* – spočívá v naslouchání, rozhovoru, pomoci se zorientovat v nové životní situaci, hledání smyslu života, vyrovnávání se s nemocí, s různými obavami, pomoc při řešení neúspěchů, vin, křivd, ale také v modlitbě, četbě z Písma, atp. Tuto službu mohou zastat různé osoby – rodina nemocného, přátelé, zdravotníci a jiné profese v nemocnici až po dobrovolníka v duchovní péči, případně duchovního.

b) *speciální spirituální péče* – týká se úkonů, na něž je potřeba zvláštní vzdělání (v některých církvích ještě svěcení), případně církevní pověření. Jde o vysluhování svátostí, přípravu a vedení bohoslužeb.⁴⁹ V tomto případě lze mluvit o pastorační péči. Pro lepší rozlišení by možná bylo lepší používat v praxi pojem *duchovní péče* ve smyslu obecné spirituální péče a *duchovní služba* ve smyslu speciální spirituální péče. Oba termíny se běžně zaměňují.

Spirituální péče o nemocné není žádnou novinkou. Má kořeny právě v křesťanství, kde službu uzdravování nemocných doplňovala pastýřská péče. V Novém Zákoně o tom mluví text vybízející k modlitbě za nemocné, který se pak stal základem svátosti nemocných.⁵⁰ Kromě modlitby se předčítalo z Písma a slavila se Eucharistie, aby se člověk sytil slovem i tělem

⁴⁸ Srov. RUML, Pavel. Kaplan členem zdravotnického týmu v ÚVN. *Diagnóza v ošetrovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*, Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 135. ISSN 1801-1349.

⁴⁹ Srov. KABELKA, Ladislav; SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 341.

⁵⁰ Srov. Jk 5, 14-15

Krista.⁵¹ Pastýřská péče duchovních o své věřící měla zrcadlit Boží péči o člověka. Služba pastýře byla ve svém nejvlastnějším smyslu slova službou k víře.⁵²

V nemocnicích dnes duchovní službu zajišťují nemocniční kaplani, případně pastoři nebo jiní pracovníci vyslaní církví. Setkávají se stále více s lidmi, kteří nejsou organizováni v církvích, případně svou víru již neprožívají. V pastorační péči jde proto o takový přístup k člověku, který ač je veden z pozice věřících křesťanů, je veden tak, že zaručuje každému člověku během doprovázení v nemoci, utrpení, případně umírání respekt k jeho jedinečnosti a pomoc k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace na jemu dostupné úrovni víry.⁵³ Tato péče může mít formu interní (služba věřícím dané církve) nebo externí (služba lidem mimo církev), individuální (naslouchání, rozhovor, modlitba, svátostná služba, atp.), skupinovou (bohoslužba, modlitební společenství, společné rozhovory, atp.), případně jinou (letáky, kulturní představení, atp.). Pastorační péče může mít i psychotherapeutické účinky. Jejím cílem ale není psychická úleva, nýbrž spása duše. Tato péče mnohdy splývá s péčí spirituální. Na rozdíl od ní je však v pastorační péči jasně definováno, kdo tuto službu může poskytovat, jak bylo již zmíněno výše.⁵⁴

3.2 Poskytovatelé duchovní služby

Termín kaplan je definován v Kodexu kanonického práva. Je to „kněz, kterému je natrvalo alespoň z části svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů“.⁵⁵ Tohoto pojmu užívají i některé protestantské církve. V poslední třetině 20. století dochází k jeho významovému posunu, zejména v západních zemích. Službu nemocničního kaplana tak může konat i laik, tedy žena nebo muž, s patřičným vzděláním a pověřením církve.⁵⁶ Úkolem nemocniční duchovní služby je, kromě poskytnutí duchovní opory, také

⁵¹ Srov. OPATRŇÁ, Marie. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*, s. 107.

⁵² Srov. SMOLÍK, Josef. *Pastýřská péče*. 1. vyd. Praha: Kalich, Evangelické nakladatelství, 1991, s. 6. ISBN 80-7017-276-2.

⁵³ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 8; ZACHOVAL, Jan. *Pracovní definice pojmu „duchovní služba nemocným“*. Kurz Pastorační péče o nemocné pro dobrovolníky. Brno, říjen 2010.

⁵⁴ Srov. MAŠÁT, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*, s. 104.

⁵⁵ *Codex iuris canonici – Kodex kanonického práva*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1994, kán. 564. ISBN 80-7113-082-6.

⁵⁶ Srov. OPATRŇÁ, Marie. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*, s. 107; EVRPOSKÁ SÍŤ NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. *Standards pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě*. [online]. [cit. 2011-05-05]. Dostupné z URL: http://www.eurochaplains.org/turku_standards_czech.pdf

zprostředkovat na přání pacienta kontakt s představiteli různých církví, podílet se na spoluorganizování náboženských obřadů v nemocničním areálu a dále např. na vzdělávání personálu v oblasti duchovních potřeb a péče.⁵⁷

Základním nástrojem nemocničního kaplana je naslouchání a rozhovor. Na elementární úrovni tak tuto službu může vykonávat téměř kdokoli. Téměř proto, že by mu neměly chybět jisté osobnostní dispozice, přinejmenším určitá míra vstřícnosti a ochoty (věnovat nemocnému svůj čas a schopnosti), otevřenosti, empatie a lidské zralosti. Duchovní pomocí pak může být každé projevení zájmu o člověka, důstojný přístup a vyjádření úcty k jeho osobnosti, posílení důvěry a vědomí, že nemocný je přijímán a milován jako jedinečná lidská bytost, posílení jeho touhy odpouštět a sám prožít odpuštění. Tam, kde si nemocný přeje zabývat se těmito a podobnými otázkami hlouběji, má duchovní službu poskytnout pracovník s náležitou kvalifikací.

3.3 Dokumenty týkající se poskytování duchovní péče

V listopadu 2006 byla podepsána *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí (ČBK) a Ekumenickou radou církví (ERC)*.⁵⁸ Dohoda vymezuje pojem nemocniční kaplan a dobrovolník a uvádí, jaké kvalifikační předpoklady musí tyto osoby splnit. Při ERC pracuje komise pro duchovní péči ve zdravotnictví a rada vydala zásadní dokumenty *Teze ERC pro duchovní službu ve zdravotnických zařízeních v ČR* a *Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka*. Kodex je taktéž součástí výše zmiňované dohody. Koncipování spirituální péče v ČR se může opírat také o nadnárodní dokument *Standardy pro zdravotní a kaplanskou službu v Evropě*,⁵⁹ přijatý na sedmém konzultačním zasedání evropské sítě zdravotní kaplanské služby ve Finsku v roce 2002.

⁵⁷ Srov. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Pacient má právo na náboženské aktivity*. [online]. [cit. 2011-04-26]. Dostupné z URL: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2010/pacient-ma-pravo-na-nabozenske-aktivity-.26/>>

⁵⁸ Srov. KATOLICKÁ CÍRKEV V ČESKÉ REPUBLICE. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR*. [online]. [cit. 2011-04-28]. Dostupné z URL: <<http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1>>

⁵⁹ Srov. EVRPOSKÁ SÍŤ NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. *Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě*. [online]. [cit. 2011-05-05]. Dostupné z URL: <http://www.eurochaplains.org/turku_standards_czech.pdf>

Oblast spirituální péče zmiňují v obecnější rovině také *Mezinárodní akreditační Standardy pro nemocnice*,⁶⁰ které u nás vydalo nakladatelství Grada, a *Národní akreditační standardy pro nemocnice*, které vydala Spojená akreditační komise České republiky, o. p. s., (SAK ČR).⁶¹

Tuto problematiku řeší také *návrh zákona o zdravotních službách*, který v současné době prochází připomínkovým řízením. Tématem spirituální péče se dále zabývá Sekce krizové asistence v rámci Společnosti lékařské etiky ČLS JEP a Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče.

3.4 Současná situace v ČR

Zatímco v západní Evropě a v USA je duchovní péče standardizovanou péčí, poskytovanou nemocničními kaplany, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu, u nás je situace chaotičtější. V ČR dosud neexistuje podobný systém nemocničních kaplanů. Podle mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice by každá nemocnice měla mít vypracován postup, v rámci něhož duchovní péči zajistí. Tato služba je však u nás poskytována velmi různorodě a nesystematicky. V katolické církvi ji v nemocnici koná nemocniční kaplan nebo místní farář. V Praze jsou pro tuto službu vyčleněni dva stálí nemocniční kaplani, v Brně jeden. K dispozici jsou 24 hodin denně, na zavolání dojedou k nemocnému. Do nemocnic docházejí také duchovní protestantských denominací, ať už více či méně pravidelně, nebo taktéž na zavolání. V Ústřední vojenské nemocnici v Praze pracuje nemocniční kaplan na plný úvazek. Ve Fakultní nemocnici Motol v Praze je tým, zajišťující duchovní péči a v prostorách přízemí hlavní budovy se nachází v nedávné době zbudovaný nadkonfesijní prostor ticha, sloužící k odpočinku, meditaci, modlitbě i jako bohoslužebná místnost. Přítomný kaplan dochází pravidelně na některá oddělení, např. na spinální jednotku, a je již s odstupem času personálem vnímán jako člen zdravotnického týmu. To je však v našich poměrech výjimka. V některých nemocnicích fungují koordinátoři duchovní péče. Ti zprostředkovávají kontakt s duchovními, zajišťují školení, spolupracují s dobrovolníky, např.

⁶⁰ Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals

⁶¹ Srov. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. [online]. [cit. 2011-05-06]. Dostupné z URL: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>>

ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze-Krči. Některé církve pořádají kurzy pro dobrovolníky, poskytující nezbytné minimální vzdělání pro tuto péči v terénu, než mohou být vysláni církví. Tak např. na brněnském biskupství proběhl od října 2010 do února 2011 první vzdělávací kurz *Pastorační péče o nemocné pro dobrovolníky*. Jsou organizována různá školení pro zdravotníky, jako byl např. dvoudenní kurz *Spirituální potřeby ve zdravotnictví* na jaře letošního roku v IPVZ v Praze. Efektivní využití těchto poznatků v praxi však stále čelí řadě problémů. Těžkopádná integrace spirituální péče do našeho zdravotnického systému je dána jednak nedostatečnou legislativou v dané oblasti, jednak naráží na finanční potíže, ale také na neochotu vedoucích pracovníků implementovat tyto služby do zdravotní péče, na řadu předsudků, atp. Na poskytování spirituální péče je řada názorů. Snahou je na jedné straně připravit podmínky pro vzdělávání pracovníků, kteří by pokryli tuto péči v nemocnicích, přitom však nutně nemuseli mít zázemí v církvích. Představa je vyjít tak vstříc v péči o duchovní složku osobnosti také majoritní skupině lidí v dnešní sekularizované společnosti. Osobně se však přikláním spíše k názoru, že by tato péče měla být dále zaštiťována převážně duchovními a prováděna jako péče pastorační. Panují, podle mě nesprávné obavy, že duchovní mohou na nemocného tlačit v oblasti víry, budou ho chtít obrátit, nemocný nebude rozumět jejich jazyku, atp. To by bylo v rozporu s etickými zásadami platnými pro nemocniční kaplany, jak je zmiňuje Etický kodex nemocničního kaplana. Bohužel však o takovém porušení mluví několik zkušeností z praxe. Ty jsou však spíše výjimkou, než pravidlem. Duchovní by měli být na tuto službu přímo školeni již na teologických fakultách – včetně komunikace s lidmi mimo církev, atp. V tom si myslím, že mají tyto fakulty jistý dluh. Nezřídka se duchovní v celém spektru oboru více vzdělávají až v praxi. Na druhé straně jsou zde i pozitivní hlediska tohoto modelu. Například to, že si nemocný potřebuje vytvořit určitý vztah (je těžké začít se otevírat např. jednomu člověku, jenž mě již doprovází a pak znovu knězi, s nímž je kontakt čerstvý a krátkodobý). Tento vztah se může začít budovat právě během opakovaných pastoračních návštěv kaplana u lůžka. Ale to by zde musel být dostatek kněží, kteří by měli prostor a čas pro systematictější práci jenom v této oblasti. Potom je důležité, že duchovní k člověku přistupuje na jemu dostupné úrovni víry. Nemusí zde být a priori obava z jakékoliv manipulace kterýmkoliv směrem. Navíc, a to si myslím je velmi podstatné, existuje tady výhoda, že pokud nemocný dospěje dál a otevře se víře, má při sobě někoho, kdo mu může posloužit mnohem hlouběji, než odborně trénovaný člověk, který ale z víry nežije. Tady platí staré známé rčení, že i při nejlepší snaze nemohu dát to, co sám nemám. Zůstává ale faktem, že v církvi není a ani v budoucnu nebude dostatek lidí, kteří by

mohli být pro tuto službu proškoleni a vysláni do praxe. Proto se tento prostor otevírá právě pro přípravu i tzv. nevěřících lidí. Nejsem si jista, zda by však nebylo lepší lépe vymezit pojmy a to, co budou moci nabídnout tito odborníci nenazývat spíš existenciální pomocí, než spirituální péčí. Pojem duchovní péče totiž většinou nemocných připomíná spíš péči duchovních, tedy spirituální péči v užším slova smyslu, s níž by tu však vždy měla existovat dynamická spolupráce.

3.5 Shrnutí

Než budou vyškoleni pracovníci, kteří se duchovní péčí u nemocných budou mít čas zabývat, leží tento úkol v prvním kontaktu s nemocným především na bedrech zdravotníků – na jejich informovanosti, zralosti, ochotě vnímat i jinou složku osobnosti, než bio-psycho-sociální. Jak tvrdila a sama se o to zasazovala ve své praxi Virginie Hendersonová, jsou to právě oni, kdo mohou účinněji pomoci k naplňování duchovních potřeb pacientů, budou-li znát specifika jednotlivých náboženství a rozumět tomu, co mohou pro nemocné udělat, jak v ošetrovatelské péči, tak v praxi jejich víry.⁶²

⁶² Srov. SVOBODOVÁ, Hana; ZVONÍČKOVÁ, Marie. Pomoc nemocnému při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersonové. *Diagnóza v ošetrovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*, Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 133. ISSN 1801-1349

4. METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cíle práce

- 1) Zjistit, zda zdravotničtí pracovníci dokážou rozpoznat spirituální potřeby nemocných a zda jsou schopni pracovat s duchovní složkou člověka.
- 2) Zjistit, zda jsou zdravotničtí pracovníci informováni o možnosti duchovní péče o nemocné.

Hypotézy

- 1) Zdravotničtí pracovníci nemají správnou představu o spirituální péči o nemocné.
- 2) Zdravotničtí pracovníci vědí, na jaké odborníky se obrátit v péči o duchovní potřeby nemocných.

Metodika sběru dat

Pro zpracování kvantitativního empirického šetření byla vybrána metoda dotazování, technikou sběru dat byl zvolen dotazník. Ten obsahoval 24 otázek, a to jak uzavřených, tak otevřených. Prvních sedm otázek mělo informativní charakter, dalších šest se zaměřovalo na informovanost zdravotnických pracovníků o duchovních potřebách. Poslední kategorie jedenácti otázek se týkala vlastní informovanosti zdravotnických pracovníků o spirituální péči v nemocnicích.

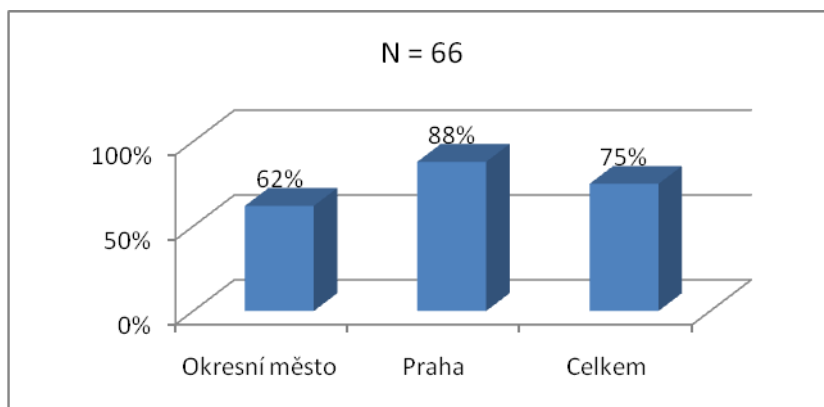
Dotazník byl určen všem členům zdravotnického týmu. Pro zjištění případných rozdílů mezi informovaností zdravotníků v menším a v hlavním městě proběhlo šetření v okresním městě a v Praze. Uskutečnilo se na odděleních, kde byl předpoklad delšího setrvání klientů, a tím i lepší podmínky pro případné poskytování spirituální péče a vyšší informovanost o ní. Pro tento záměr byla vybrána v okresním městě dvě interní a jedno neurologické oddělení, v Praze pak jedno interní oddělení, jedno neurologické oddělení a jedno oddělení v LDN. V Praze se to týkalo jedné fakultní nemocnice a dvou menších nemocnic. Průzkum probíhal v jednotlivých nemocnicích od 1. do 12. 5. 2011. Souhlasy s provedením šetření v každé nemocnici se nacházejí u autorky.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Celkem bylo na výše uvedených odděleních rozdáno 88 dotazníků, návratnost byla 66, což představuje 75%. Původní představa byla získat vzorek 20 pracovníků na bývalé pozici nižších zdravotnických pracovníků (sanitář/ka a ošetřovatel/ka), 20 takzvaně středních zdravotnických pracovníků a 20 lékařů. Aby byl tento předpoklad splněn, bylo by třeba rozdat víc dotazníků, což nebylo pro časovou náročnost, ale i pro neochotu vyplňovat větší množství dotazníků ze strany některých pracovišť možné. Soubor 66 respondentů tedy tvoří 10 (15%) NZP, 45 (68%) SZP, 10 (15%) lékařů/ek a 1 (2%) sociální pracovnice.

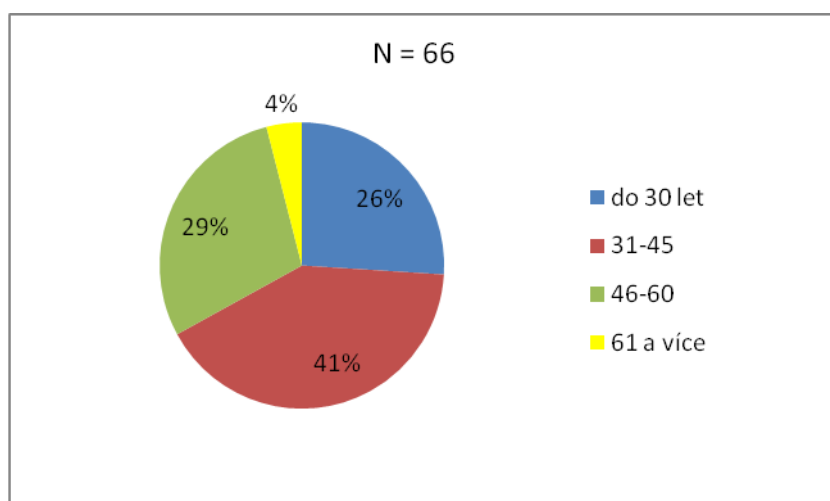
5. VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Celkem bylo rozdáno 88 dotazníků. Návratnost činila 66 kusů, tj. 75%. Z toho v okresním městě se rozdalo dotazníků 45, z čehož se 28 (62%) vrátilo vyplněných. V Praze se ze 43 rozdaných dotazníků vrátilo 38 (88%). V tomto průzkumu jsem přistoupila k vyhodnocení všech dotazníků, tedy i těch, jež se vrátily neúplně zodpovězené.



Graf č. 1 Návratnost dotazníků

Z 66 dotazovaných osob bylo 5 mužů (8%) a 61 žen (92%). Věková struktura respondentů byla následující. Z celkového počtu 66 respondentů spadá 17 (26%) do věkové kategorie do 30 let, věk 27 respondentů (41%) se pohybuje mezi 31-45 lety, 19 (29%) se nachází v intervalu 46-60 let a věku 61 let a více dosáhli 3 dotazovaní (4%).

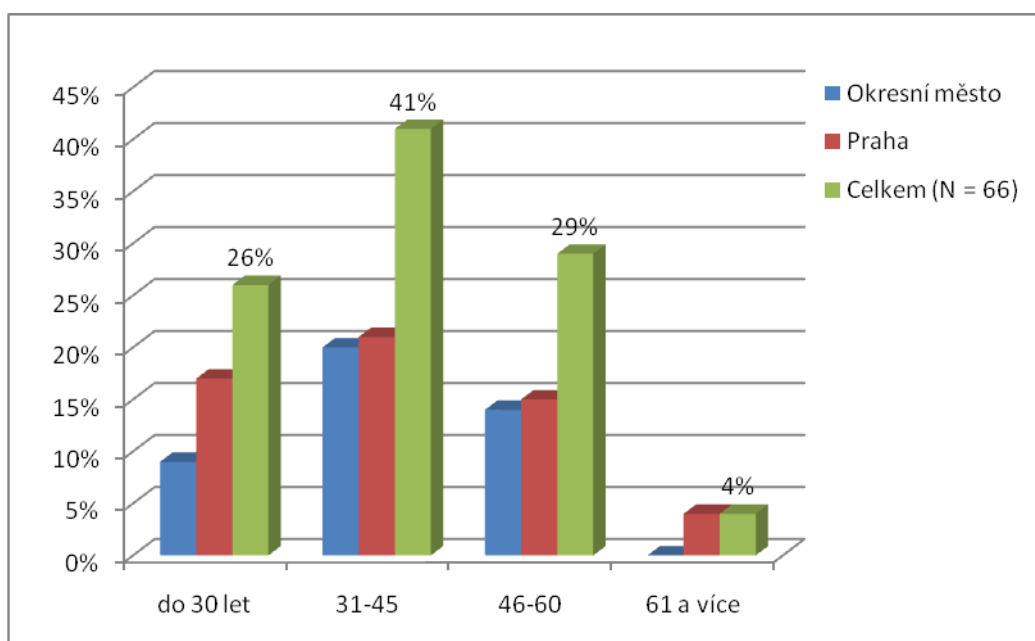


Graf č. 2 Věková struktura respondentů

Věková skupina pracovníků do 30 let tvoří v Praze větší soubor (11 respondentů, tj. 17%) v porovnání s okresním městem (6 respondentů, tj. 9%).

Věk	do 30 let	31-45	46-60	61 a více
Okresní město	9%	20%	14%	0%
Praha	17%	21%	15%	4%
Celkem (N=66)	26%	41%	29%	4%

Tabulka č. 2 Věková struktura respondentů

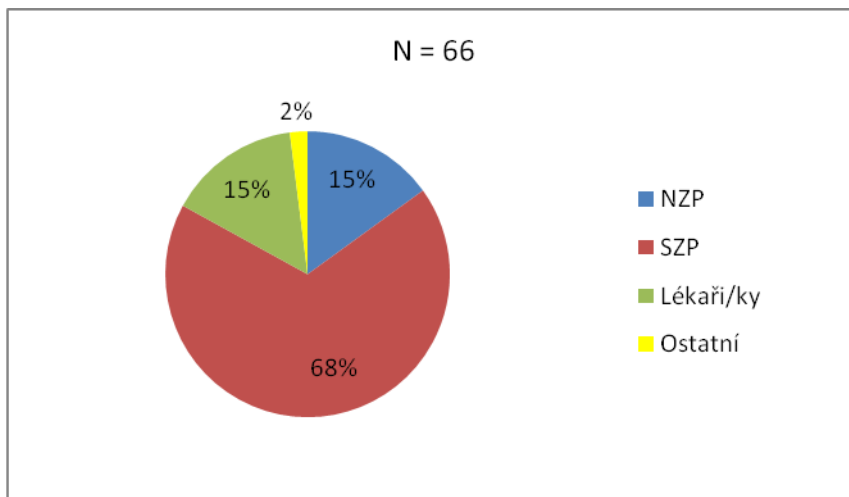


Graf č. 3 Věková struktura respondentů

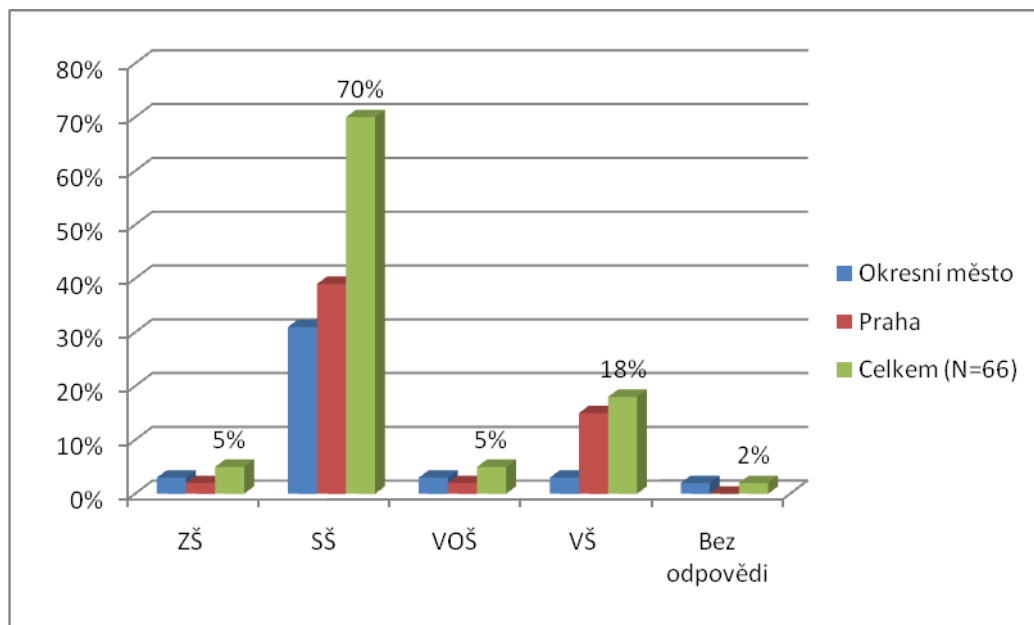
Co se týče pozice ve zdravotnickém týmu, jsou ze statistického hlediska kategorie saniář/ka a ošetřovatel/ka zahrnuty pod dřívější název NZP (nižší zdravotnický pracovník), zdravotní asistent/ka a zdravotní sestra pod dřívější název SZP (střední zdravotnický pracovník). Pod termínem ostatní se skrývá v tomto konkrétním případě sociální pracovnice.

Původním záměrem bylo získat vzorek 20 zaměstnanců na bývalé pozici NZP, 20 SZP, 20 lékařů. Aby byl tento předpoklad splněn, bylo by třeba rozdat víc dotazníků, což nebylo pro

časovou náročnost, ale i pro neochotu vyplňovat větší množství dotazníků ze strany některých pracovišť možné. Soubor 66 respondentů tedy tvoří 10 (15%) NZP, 45 (68%) SZP, 10 (15%) lékařů/ek a 1 (2%) sociální pracovníce.



Graf č. 3 Pozice respondentů ve zdravotnickém týmu



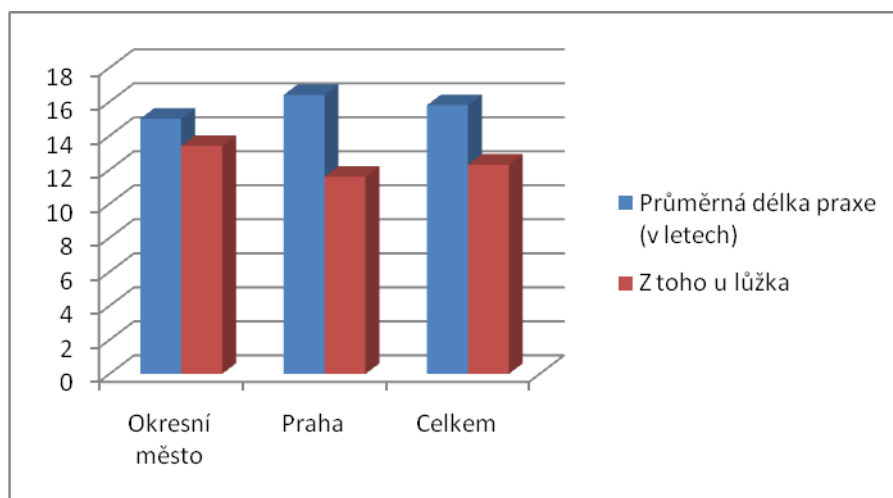
Graf č. 4 Vzdělání respondentů

Základní vzdělání (ZŠ) mají 3 (5%) respondenti, středoškolské 47 (70%), vyšší odborné opět 3 (5%), vysokoškolské 12 (18%) a 1 (2%) dotazovaný na tuto otázku neodpověděl. Poměrně více vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků je v Praze 10 (15%), zatímco v okresním městě to byli pouze 2 lidé (3%).

Průměrná délka praxe činila 15,8 let, z toho u lůžka zdravotníci pracují v průměru 12,3 let. Zatímco v Praze je průměrná délka odpracované doby delší, v okresním městě je naopak téměř delší praxe zdravotníků u lůžka.

	Prům. délka praxe (v letech)	Z toho u lůžka
Okresní město	15,0	13,4
Praha	16,4	11,6
Celkem	15,8	12,3

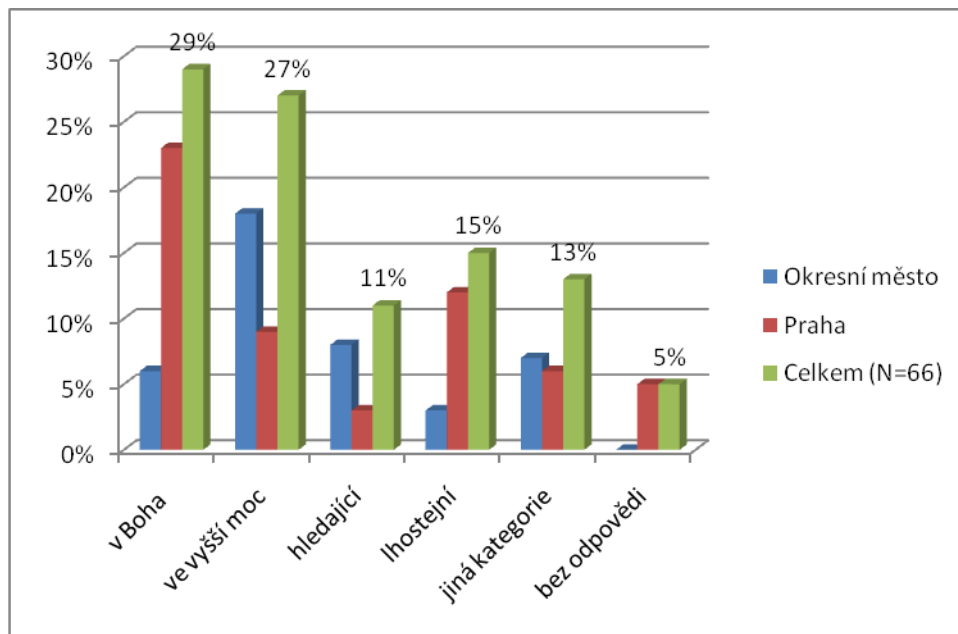
Tabulka č. 5 Průměrná délka praxe respondentů



Graf č. 5 Průměrná délka praxe respondentů

Z celkového počtu 66 lidí věří 19 (29%) respondentů v Boha, 18 (27%) ve vyšší moc nebo vyšší sílu, 7 (11%) se zařadilo do kategorie nevěřících, ale zároveň hledajících odpovědi na spirituální otázky. 10 (15%) respondentů se zařadilo do kategorie nevěřících lidí, kteří jsou

k víře lhostejní. 9 (13%) dotazovaných zaškrtno, že náležejí do jiné kategorie. Na tuto otázku vůbec neodpověděli 3 tázání (5%).



Graf č. 6 Víra respondentů

Z 19 lidí, kteří věří v Boha, se 17 přihlásilo k nějakému vyznání – 14 (82%) věřících v Praze a 3(18%) v okresním městě. Zajímavé je, že 7 z nich pracuje v Praze v LDN, která se nachází při římskokatolické farnosti. Přitom jsou mezi zdejšími zaměstnanci zastoupeny různé denominace, což ukazuje tabulka č. 6 a graf č. 7. Pro malý vzorek respondentů udávám počet jednotlivých věřících v absolutních číslech.

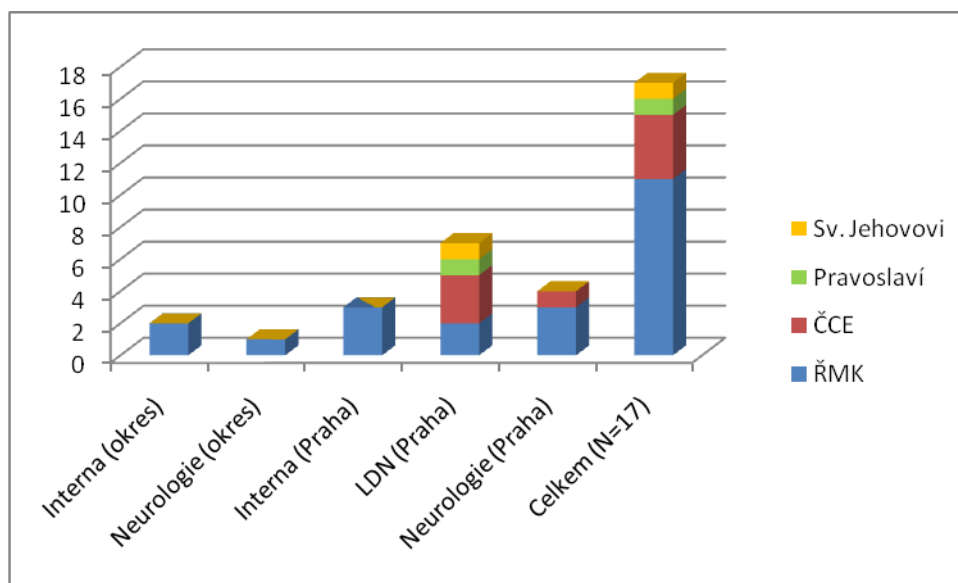
Vyznání	ŘMK	ČCE	Pravoslaví	Sv. Jehovovi	Celkem
Interna (okres)	2	0	0	0	2
Neurologie (okres)	1	0	0	0	1
Interna (Praha)	3	0	0	0	3
LDN (Praha)	2	3	1	1	7
Neurologie (Praha)	3	1	0	0	4
Celkem	11	4	1	1	17

Tab. č. 6 Vyznání věřící skupiny respondentů

ŘMK = Církev římskokatolická

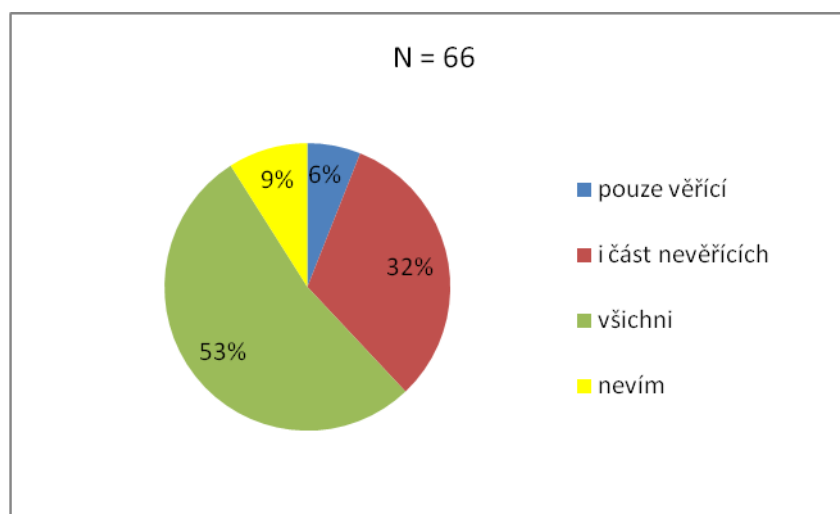
ČCE = Českobratrská církev evangelická

Sv. Jehovovi = Náboženská společnost Svědkové Jehovovi



Graf č. 7 Vyznání věřící skupiny respondentů

Na otázku, zda mají duchovní potřeby pouze věřící lidé, odpovědělo 35 (53%) respondentů, že duchovní potřeby mají všichni lidé. 21 (32%) dotázaných uvedlo, že spirituální potřeby mohou mít také nevěřící lidé, ale pouze někteří. 6 (9%) respondentů, si s touto otázkou nevědělo rady. 4 (6%) uvedli, že duchovní potřeby mají výhradně lidé věřící.



Graf č. 8 Kdo má podle názoru respondentů duchovní potřeby

Na otevřenou otázku: *Co si představujete pod pojmem duchovní potřeby?*, odpovědělo 47 (71%) dotázaných a 19 (21%) nechalo příslušnou kolonku prázdnou. Poměr těch, kdo odpověděli a kdo se odpovědi vyhnuli, byl v obou městech srovnatelný. Z odpovědí jsem získala poměrně pestrou paletu názorů.

Pro jejich roztřídění se nabízelo kritérium četnosti výskytu jednotlivých odpovědí, podle něhož by se však ztratila přehlednost. Zvolila jsem seskupení odpovědí do určitých celků podle příbuznosti potřeb. Přitom se ale jednotlivé okruhy mohou prolínat. Roztřídění je proto orientační, aby poskytlo v množství tolika různých odpovědí nezbytný přehled. V každém okruhu uvádím u jednotlivých potřeb nebo skupiny potřeb četnost výskytu dané odpovědi v závorce. Hodnota odpovídá absolutní četnosti.

A) Potřeby týkající se transcendence a náboženské praxe

- 1) Potřeba víry (16), potřeba lásky (8), potřeba naděje (9)
- 2) Potřeba odpuštění a smíření, tedy i dokázat odpustit (7)
- 3) Potřeba modlitby (6), čtení z Bible (3), čtení literatury s náboženskou tematikou (3)
- 4) Potřeba přijmout svátosti – zpověď a svátost nemocných (5), svaté přijímání (1)
- 5) Potřeba navštívit kostel, bohoslužbu (4), potřeba náboženských rituálů (3)
- 6) Potřeba pocitu Boží blízkosti (1), transcendence (1), něčeho, „co člověka naplňuje a dává mu sílu“ (1), dosažení plnosti (1)

B) Existenciální potřeby

- 1) Potřeba najít smysl, cíl bytí a života (6); smysl utrpení a umírání (2); hledání pravdy (2)
- 2) Potřeba vyrovnat se s těžkou životní situací, nemocí, hledání rovnováhy (6); přehodnocení postojů, hledání životních hodnot (3)
- 3) Potřeba dělat věci s dobrým úmyslem, chovat se dobře (2); zodpovědnosti-desatero (1)
- 4) Touha po klidném a důstojném odchodu (1)
- 5) Víra v uzdravení z nemoci (2)

C) Potřeby zahrnující sociální sféru

- 1) Potřeba rozhovoru – s kýmkoli, kdo naslouchá (10) svěřit se, vypovídat se, vyjádřit emoce, rozhovor s knězem (2)

- 2) Potřeba porozumění, pochopení, soucitu, laskavosti, citlivosti, dobrého slova, pohlázení, útěchy (ať už rodiny či personálu), pokory (9)
- 3) Potřeba sounáležitosti, někam patřit, sociální vazby (3); potřeba blízkosti, přítomnosti člověka (3)
- 4) Potřeba úcty k sobě a k druhým (1)

D) Potřeby zahrnující psychologickou sféru

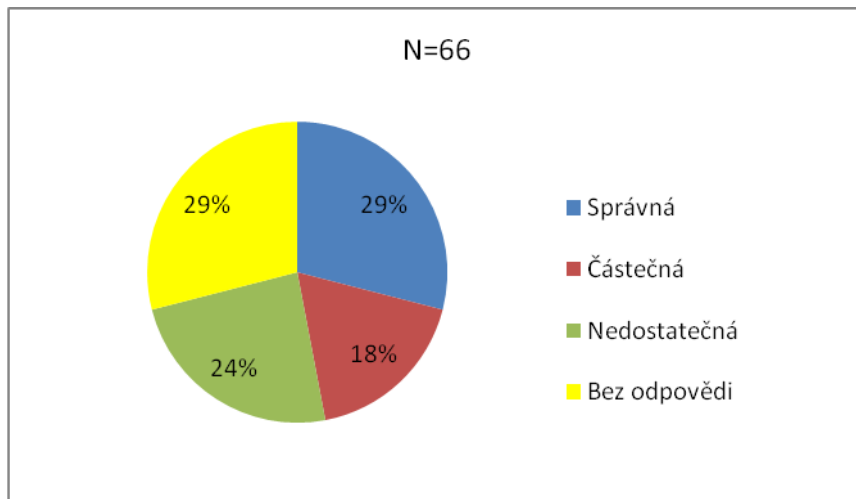
- 1) Pomoc pro duši v těžké situaci, potřeba psychické vyrovnanosti, uklidnění, klidu (7)
- 2) Potřeba zamyšlení se (2)
- 3) Radost ze života (2)

Z celkového množství 147 získaných odpovědí bylo výše roztríděno 133. Ostatních 14 představ již neodpovídá vůbec nebo jen nepřesně na to, co jsou to spirituální potřeby. Z těchto odpovědí uvedu např. tyto: jsou to „obyčejné lidské potřeby, ale pro člověka důležité“, „kulturní vazby“, „prostě bio-psycho-socio-spirituální potřeby“, „potřeba zdraví a soběstačnosti“, „nevím“, „nic“, „stesk, tenze, zoufalství a pocity viny“.

Z výše uvedeného roztrídění však nelze u každé odpovědi jednoznačně určit, že jde o správnou představu. Navíc zde v převážné většině jde o kombinaci několika odpovědí u jednoho respondenta. Proto jsem ze 47 zodpovězených dotazníků nakonec vyčlenila 19 (40%) správných odpovědí na tuto otázku, 12 (26%) částečně správných, v 16 (34%) případech šlo o nedostatečnou představu o tom, co jsou to spirituální potřeby. Jak se to promítlo v procentuálním zastoupení v celku 66 dotazovaných, ukazuje tabulka č. 7 a graf č. 8.

Představa o spirituálních potřebách (N=66)	Správná	Částečná	Nedostatečná	Bez odpovědi
	29%	18%	24%	29%

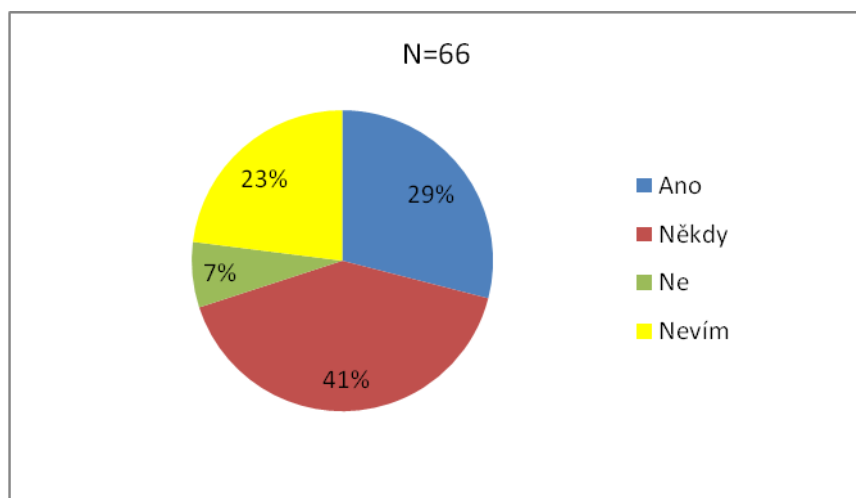
Tab. č. 7 Představa respondentů o duchovních potřebách člověka



Graf č. 8 Představa respondentů o duchovních potřebách člověka

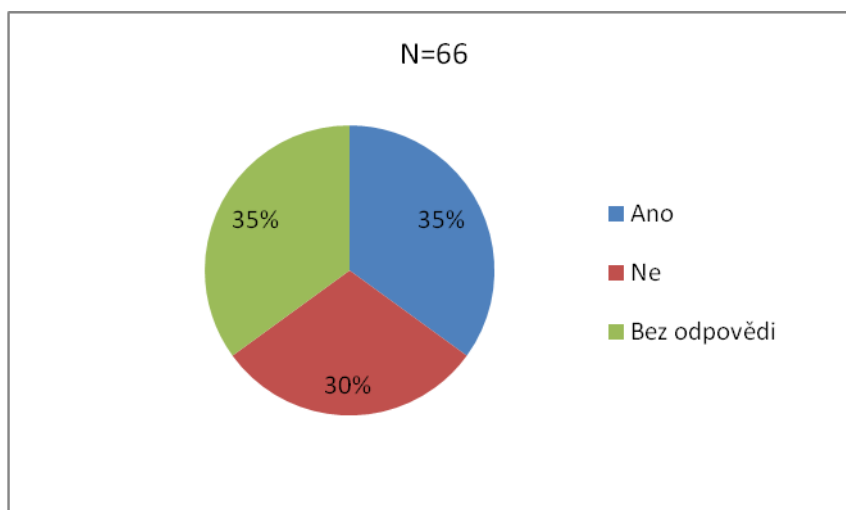
Z 19 lidí, kteří mají správnou představu o tom, co jsou to spirituální potřeby, 10 (53%) věří v Boha a hlásí se k nějaké z církví. 6 (31%) respondentů věří ve vyšší moc a 3 (16%) se prohlašují za nevěřící.

Další otázka zněla: *Myslíte si, že jste schopni/schopna duchovní potřeby u nemocných rozpoznat?* Kladně odpovědělo 19 (29%) dotázaných. Naopak svou neschopnost v této věci si uvědomuje 5 (7%) respondentů. 27 (41%) se vyjádřilo, že spirituální potřeby rozpoznají pouze někdy a 15 (23%) neví, zda by je byli schopni identifikovat.



Graf č. 9: Schopnost respondentů, podle jejich vlastního přesvědčení, rozpoznat duchovní potřeby nemocných

Na otázku: *Vnímáte u sebe nějaké potřeby duchovního rázu?*, odpovědělo 23 (35%) dotázaných kladně, 20 (30%) záporně a 23 (35%) neposkytlo žádnou odpověď. Výsledky demonstruje graf č. 10. Z posledně jmenované skupiny respondentů výslovně odmítlo odpovědět 6 (9%).



Graf č. 10 *Vnímáte u sebe nějaké potřeby duchovního rázu?*

Z této otázky jsem získala 31 odpovědí. Z toho 16 (52%) se týkalo vztahů s druhými lidmi, potřeby komunikovat s nimi, sdílet se, pomáhat jim, milovat je, mít s nimi dobré vztahy, atp. 10 (32%) odpovědí zahrnovalo existenciální potřeby (smyslu, hodnot, pravdy, lásky, vnitřního řádu, atp.) a 5 (16%) směřovalo ke vztahu s Bohem, k víře, potřebě modlitby, atp. To, jaké potřeby spirituálního rázu u sebe respondenti vnímají, odpovídá víceméně tomu, co si pod tímto pojmem představují. Proto zde nebudu jednotlivé výroky znovu rozvádět.

Následovala otázka: *Jak tyto potřeby naplňujete?* Na ní odpověděli ti, co vyplnili i předchozí otázku, tedy 23 (35%) respondentů. Celkem jsem od nich získala 46 odpovědí. Z tohoto souboru odpovědí představuje 24 (53%) uspokojování duchovních potřeb v sociální sféře – v nejbližší rodině (7), v komunikaci a sdílení s lidmi (5), mezi přáteli (4), v pomoci blízkým a nemocným (4), v dobrém chování vůči nim (3), v radosti druhých (1).

15 (33%) odpovědí pak tvořily rozmanité činnosti, jimiž si své duchovní potřeby lidé uspokojují, a to: pobytem v přírodě (4), četbou literatury (3), relaxací (2), poslechem hudby (1), prací (1), péčí o sebe, vzděláváním a sebekontrolou (4).

Zbýlých 7 (15%) odpovědí se týkalo naplňování spirituálních potřeb v rovině existenciální a náboženské – v hledání dobra a v životě podle svědomí, v odpouštění, v lásce, v modlitbě, duchovní četbě a rozhovoru, v kontaktu s farářem, návštěvě bohoslužeb.

Další otázka zněla: *Kde, v čem, nebo v kom čerpáte svou životní sílu a naději?* Na ni odpovědělo z celého souboru 66 dotazovaných 56 (85%) a neodpovědělo 10 (15%).

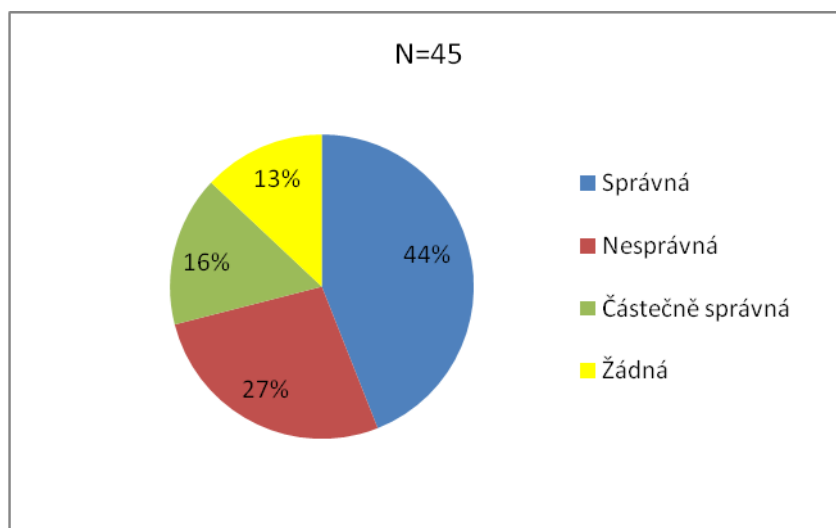
Celkem bylo získáno 133 odpovědí. Jejich přehled ukazuje následující tabulka.

Sociální sféra	počet odp.	relat. počet	Náboženská sféra	počet odp.	relat. počet
rodina	33	24%	vztah s Bohem	9	6%
partner	6	4%	víra	2	2%
domov	2	2%	modlitba	3	2%
přátelé	10	8%	bohoslužba	3	2%
druzí lidé	4	2%	svátosti	1	1%
pracovní kolektiv	5	3%	rozhovor s knězem	2	2%
pomáhající profese	2	2%			
spokojení pacienti	1	1%			
Celkem	63	46%	Celkem	20	15%
Ostatní činnosti	počet odp.	relat. počet	Jiné položky	počet odp.	relat. počet
příroda	17	13%	poznávání krásy	1	1%
odpočinek	6	4%	život. optimismus	2	2%
kultura	2	2%	sám v sobě	4	2%
koníčky	2	2%	sny	1	1%
četba	5	3%	vypovídání se	1	1%
hudba	3	2%	zkušenosti	1	1%
film	3	2%	kdekoli	1	1%
sport	3	2%			
Celkem	41	30%	Celkem	11	9%

Tab. č. 8 Kde čerpají respondenti životní sílu a naději

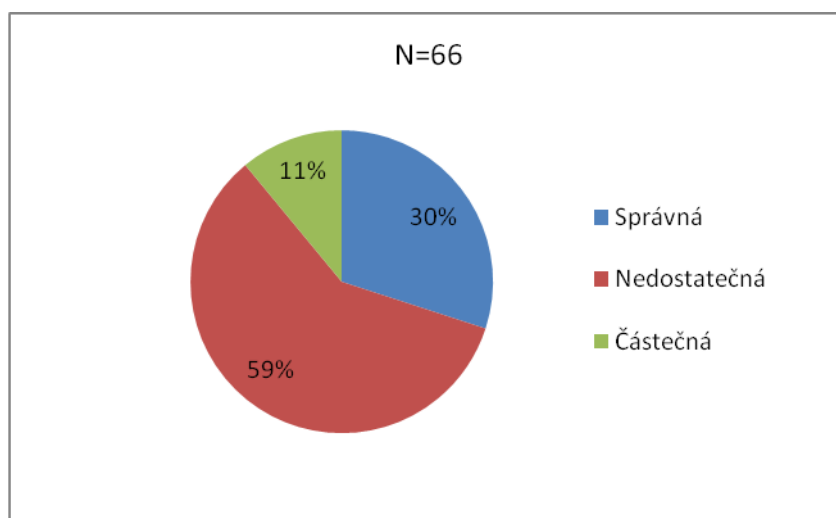
Následující část průzkumu se týká duchovní péče a informovanosti o ni. Otevírá ji otázka: *Co podle Vás znamená pojem duchovní péče, co si pod ní představujete?* Na tuto otázku odpovědělo podobné množství respondentů jako na otázku, co si představují pod pojmem duchovní potřeby, tedy 45 (68%). Neodpovědělo 21 (32%) dotázaných. Ti, kteří odpověděli, poskytli celkem 69 odpovědí. Z tohoto množství bylo 43 (62%) odpovědí správných a 26 (38%) neúplných nebo mylných. Po rozřídění jednotlivých dotazníků jsem došla

k následujícímu výsledku. Ze 45 respondentů mělo 20 (44%) správnou představu o tom, co je to spirituální péče. Dalších 7 (16%) mělo představu jen z části správnou, 12 (27%) nesprávnou a 6 (13%) uvedlo, že o tom nic neví, nebo se nad tím nikdy nezamýšleli. Tyto výsledky jsou zaneseny do grafu č. 11.



Graf č. 11 Představa respondentů o duchovní péči (soubor těch, kteří na otázku odpověděli)

Ti, kteří odpověděli špatně, ti, kdo uvedli, že o tom nic neví, a ti, kteří neodpověděli vůbec, tvoří skupinu, která není dostatečně informována o pojmu spirituální péče, jak je to patrné z grafu č. 12.



Graf č. 12 Představa respondentů o duchovní péči (celý zkoumaný soubor)

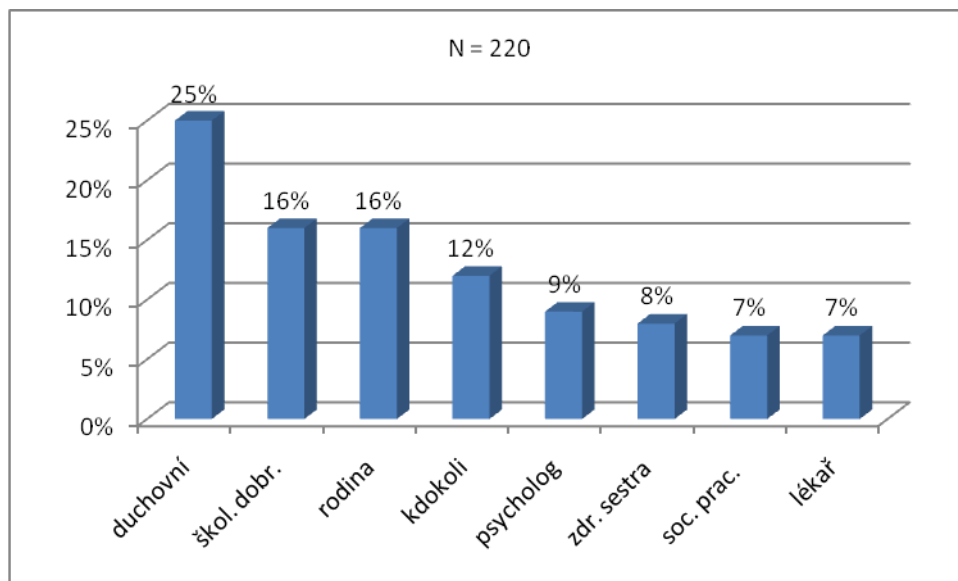
Ze špatných odpovědí pro ilustraci uvádím následující. Duchovní péče je: *péče o klid* (2); *nevím, i psychoterapie* (2); *psychická podpora; modlitebna; jeden přesvědčený přesvědčuje ostatní i sám sebe; pomoc; informovanost; řešení problému; poslední pomazání; něco, čím člověk uspokojuje bio-psycho-sociální potřeby; nepřemýšlím o tom* (5); *víra v Boha; pokora* (2); *víra, že se prostřednictvím Boha člověk uzdraví* (2); aj.

Co si pod pojmem duchovní péče představuje skupina dvaceti respondentů, která o ní má správné představy, ukazuje tabulka č. 9.

Duchovní péče je:	Věřící respondent	Nevěřící respondent
- pastorační péče	2	5
- doprovázení	1	2
- oba druhy péče	7	3
Celkem	10	10

Tab. č. 9 Představy o pojmu duchovní péče u věřících a nevěřících respondentů

Další otázka zněla: *Kdo podle Vás může tuto péči nemocným poskytovat?* Na ni neodpověděli pouze 2 (3%) dotázaní. Zbylých 64 (97%) respondentů poskytlo celkem 220 odpovědí. V nabídce mohli zaškrtnout z předem daných kategorií pracovníků. Výsledek ukazuje graf č. 13. Nejčastější odpovědí (25%) je, že tato péče přísluší duchovním. Ze všech 66 dotázaných si 54 (82%) myslí, že duchovní péče je, mimo jiných pracovníků, kompetence duchovních. 8 (12%) odpovědělo, že je to výhradně jejich pole působnosti. V četnosti odpovědí pak druhou příčku (16%) zaujímají školení dobrovolníci v oblasti spirituální péče a rodina nemocného. 12% odpovědí vyjadřuje názor, že to může být kdokoli, z 9% psycholog a z 8% zdravotní sestra. Nejméně kompetentní jsou k poskytnutí duchovní péče, podle odpovědí respondentů (7%), lékař a sociální pracovnice.



Graf č. 13 Kdo může podle respondentů nemocným poskytnout duchovní péči

Další otázka zní: *Myslíte si, že i Vy ze své pozice můžete nemocným duchovní péči poskytnout?* 38 (58%) respondentů na ni odpovědělo kladně, z toho 34 svoji odpověď dále rozvedlo. 28(42%) dotázaných odpovědělo záporně a svoji odpověď zdůvodnilo 19 z nich.

To, co si respondenti myslí, že mohou pro nemocného učinit, shrnuje tabulka č. 10. 34 dotázaných poskytlo celkem 64 odpovědí. V pravém sloupci jsou uvedeny počty odpovědí v absolutních číslech.

Naslouchat, vyslechnout, vnímat, co nemocný říká	16
Komunikace - poskytnout rozhovor, promluvit si	9
Zprostředkovat službu duchovního	7
Projevit účast a pochopení, udělat si na nemocného čas	7
Věnovat nemocnému vlídné slovo, pohlázení, úsměv	5
Povzbudit, motivovat, vzbudit důvěru a naději	4
Doprovodit nemocného na mši, zajistit mu účast	4
Být na blízku, být s ním	3
Umožnit mu náboženské rituály	2
Pomodlit se s ním	2
Hájit jeho důstojnost, brát ho jako bytost s život. příběhem	2
Umožnit umírajícímu důstojný odchod z tohoto světa	1
Poskytnout oporu rodině nemocného	1
Předčítat nemocnému z Bible	1

Tab. č. 10 Jak mohou respondenti, dle vlastních představ, pomoci nemocným při naplňování jejich duchovních potřeb

Důvody, proč si 19 respondentů myslí, že nemocným naopak v tomto směru pomoci nemohou, shrnuje tabulka č. 11. Roztřídila jsem zde 26 odpovědí. V pravém sloupci opět uvádím absolutní četnost jednotlivých odpovědí.

Nízký stupeň informovanosti o DS a nedostatek zkušeností	9
Nedostatek času, vysoké pracovní vytížení a stres	7
"Nejsem věřící"	7
Nevhodné prostředí a málo intimity	1
Nedostatek finančních prostředků	1
"Nevím, co mi v tom vlastně brání"	1

Tab. č. 11 Co brání respondentům, podle jejich mínění, v duchovním doprovázení nemocných

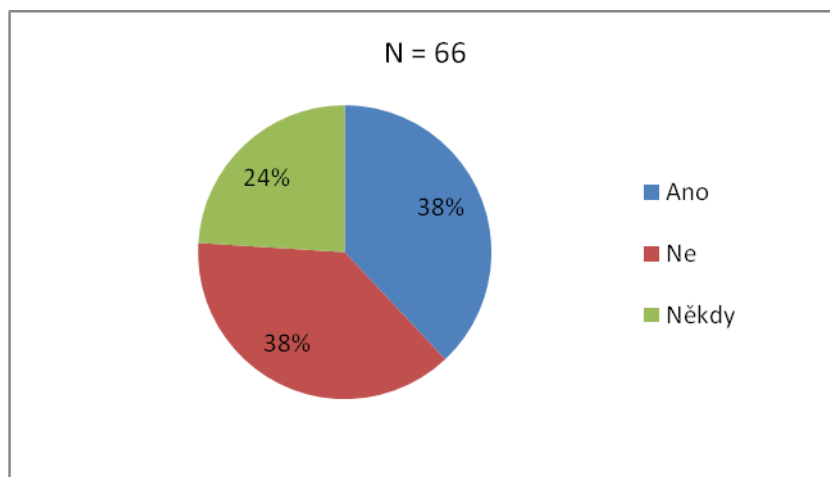
Abych zjistila, jak jsou zaměstnanci informováni o duchovní službě v zařízení, v němž pracují, následovala kolonka: *Duchovní služba ve vaší nemocnici je zajištěna způsobem:...* Zde měli respondenti na výběr z několika možností.

	kaplan interně	kaplan externě	jiní pracov. církví	jiná forma	nevím	Nezajištěna
Okresní město	4%	19%	13%	8%	2%	0%
Praha	10%	27%	5%	2%	5%	5%
Celkem	14%	46%	18%	10%	7%	5%

Tab. č. 12 Zajištění duchovní služby v nemocnici
(Pozn. jiní pracov. církví – jiní pracovníci církví)

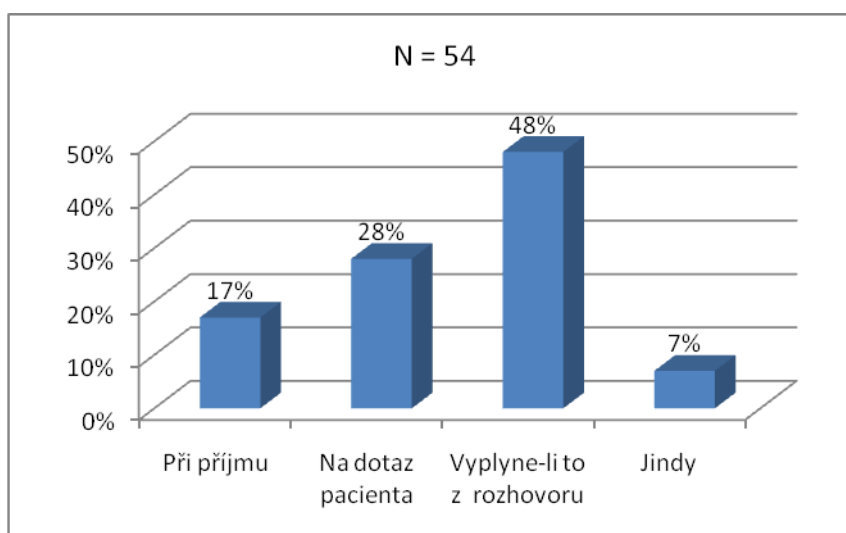
Ze 79 odpovědí je v 46% duchovní služba zajištěna tak, že nemocniční kaplan nebo jiný duchovní, dojde na žádost do nemocnice. 18% odpovědí uvádí, že sem docházejí také jiní pracovníci církví, nejen duchovní. Ze 14% odpovědí je zřejmé, že duchovní je v nemocnici přítomný pravidelně. 10% odpovědí se týká zajištění jiné formy duchovní péče, než je příchod duchovního k lůžku nemocného. 7% odpovědí vyjadřuje nejistotu ohledně způsobu fungování duchovní služby v nemocnici. Toto číslo představuje 6 (9%) respondentů. 5% odpovědí je od 4 (6%) respondentů. Ti tvrdí, že duchovní služba v jejich nemocnici není zajištěna vůbec.

K tomu, zda informují své pacienty o možnosti duchovní péče v nemocnici, se 25 (38%) dotazovaných vyjádřilo kladně, stejné množství záporně a 16 (24%) nabídne tuto službu nemocným pouze někdy.



Graf č. 14 Informujete o možnosti využít duchovní službu své pacienty?

Alespoň někdy tedy nemocné o možnosti využít duchovní službu informuje 62% dotázaných. Ti dále rozvedli svou odpověď v podotázkách: *Kdy a jak nemocné o této službě informujete?* V rámci první podotázky, tedy kdy nemocné informují, se shromáždilo 54 odpovědí, jejichž přehled ukazuje graf č. 15.



Graf č. 15 Kdy, při jaké příležitosti, respondenti informují nemocné o duchovní službě v nemocnici

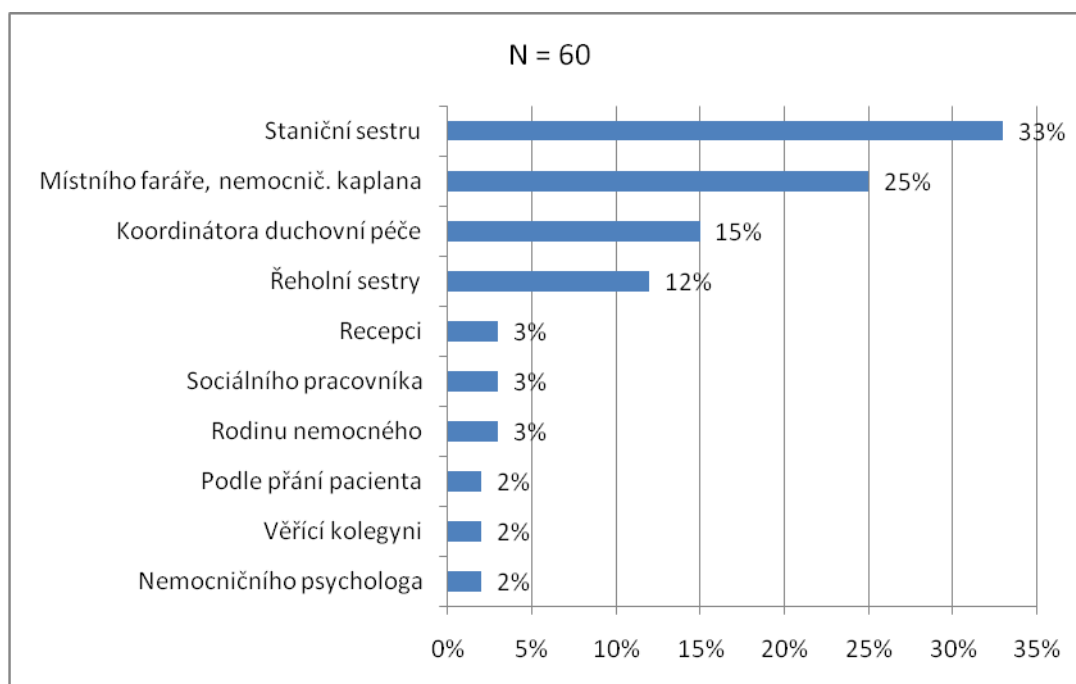
Co se týče způsobu, jakým dotazovaní nemocným informace o duchovní službě (dále jen DS) poskytují, uvádějí nejčastěji: „kdybyste chtěl/a, je zde možnost kontaktovat nemocničního kaplana/faráře“ (8), „pokud byste měl/a zájem, můžete využít DS“ (7), „je zde možnost zajít na mši“ (4), „na chodbě je informativní nástěnka o DS“ (4), „tady jsou letáčky o DS, pokud by Vás to zajímalo“ (2). Koordinátorka v okresním městě pravidelně osobně obchází nemocné a nabízí jim možnost DS využít. Jedna dotazovaná se příležitostně obrací s touto informací na příbuzné pacientů a jedna odkazuje na věřící kolegyni na oddělení, s níž si mohou nemocní o těchto věcech promluvit.

Z 25 (38%) dotázaných, kteří o DS své pacienty neinformují, zdůvodnilo svoji odpověď 18. V závorce opět uvádím počet odpovědí. Důvody jsou následující: „nemám o DS dostatek informací“ (5), „nejsem věřící“ (1), „informace se podávají rozhlasem“ (1), „informace jsou na nástěnce“ (1), „DS zde není k dispozici“ (1), „moji nadřízení nesouhlasí s tímto typem péče, neklade se zde na to důraz“ (2), „to je záležitost rodiny a pacienta“ (1), „nemocní o tom nechtějí nic vědět“ (2), „nemám na to čas“ (1). Jedna zdravotní sestra uvedla, že k tomu ještě neměla příležitost (pracuje u lůžka 20 let!). Dva lékaři napsali, že o této službě mají nemocné informovat sestry.

Další otázka zněla: *Na koho se obrátíte v případě, že pacient projeví přání o duchovní službu (např. modlitbu, četbu z bible, svátosti, atp.)?* Odpovědělo na ni 60 (91%) respondentů a neodpovědělo 6 (9%). Přehled odpovědí ukazuje tabulka č. 13 a graf č. 16.

Respondenti v případě zájmu o DS kontaktují	abs. četnost	rel. četnost
Staniční sestru	20	33%
Místního faráře, nemocničního kaplana	15	25%
Koordinátora duchovní péče	9	15%
Řeholní sestry	7	12%
Rodinu nemocného	2	3%
Sociálního pracovníka	2	3%
Recepce	2	3%
Nemocničního psychologa	1	2%
Věřící kolegyni	1	2%
Podle přání pacienta	1	2%
Celkem	60	100%

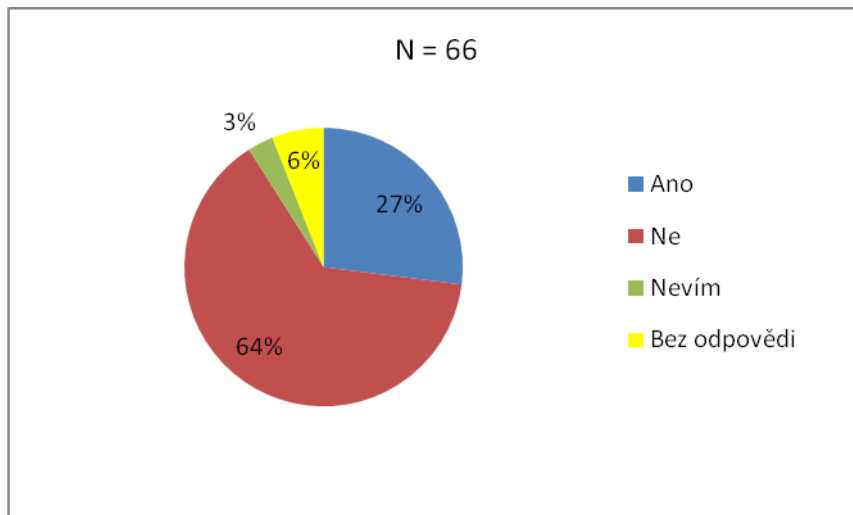
Tab. č. 13 Koho kontaktujete, projeví-li pacient zájem o duchovní službu?



Graf č. 16 Koho kontaktujete, projeví-li pacient zájem o duchovní službu?

Dále jsem zjišťovala, zda se již respondenti setkali na oddělení s někým, kdo duchovní službu nemocným poskytoval. 44 (66%) dotázaných odpovědělo kladně, 15 (23%) záporně a 7 (11%) neodpovědělo vůbec. Z těch, kteří odpověděli kladně, má 20 (30%) přímou zkušenost se zprostředkováním duchovní služby nemocnému. 24 (36%) respondentů si někoho, kdo tuto službu na oddělení poskytoval, náhodně všimlo. Tuto zkušenost naopak nemá 11 (17%) respondentů, ale duchovní potřeby nemocných jim nejsou lhostejné. 4 (6%) respondenti navíc ani nevědí o tyto potřeby u nemocných zájem.

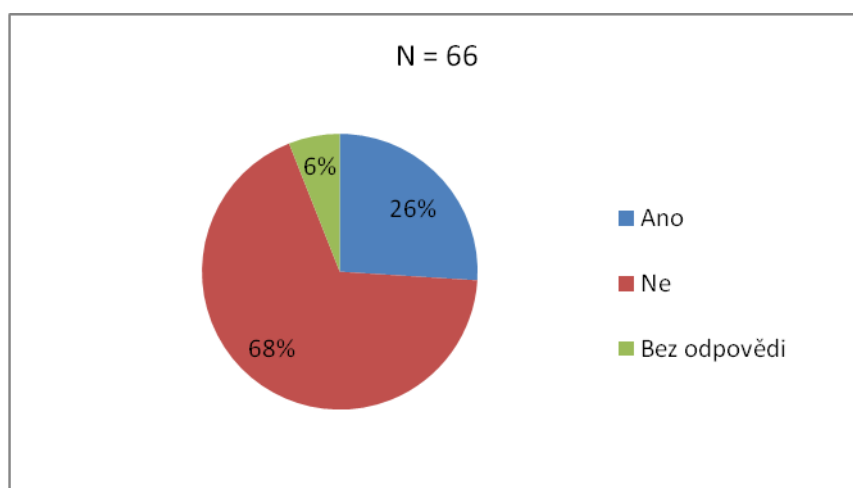
Na otázku, zda (by) někdy duchovní péči sami využili, odpovědělo ze všech 66 dotázaných 18 (27%) kladně, 42 (64%) záporně, 2 (3%) respondenti nevědí a 4 (6%) neodpověděli.



Graf č. 17 Využil/a jste někdy nebo byste rád/ráda využil/a služeb, které se týkají duchovních potřeb?

12 z 18 dotázaných, kteří odpověděli kladně, se podělilo, o co konkrétně (by) se jednalo. Odpovědi byly následující: mše svatá v nemocnici (2), svátosti (1), duchovní podpora (1), rozhovor (1), modlitba u lůžka nemocného/umírajícího (2), vlastní hospitalizace/hospitalizace blízkých osob (2), úmrtí blízkého člověka (1), přání pacienta být při setkání s duchovním (1), seminář v nemocnici na téma „Duchovní potřeby nemocných“ (1).

Dotazník uzavírá otázka: *Cítíte potřebu se nějak dále vzdělávat v oblasti duchovní péče o nemocné?* Odpovědi prezentuje graf č. 18.



Graf č. 18 Cítíte potřebu se nějak dále vzdělávat v oblasti duchovní péče o nemocné?

Potřebu dále se vzdělávat v oblasti duchovní péče o nemocné vnímá 17 (26%) dotázaných. Naopak 45 (68%) tuto potřebu necítí. 4 (6%) neodpověděli. Zajímalo mě, jaká forma dalšího vzdělávání by byla pro respondenty přijatelná. Od 17 dotázaných jsem získala 23 odpovědí, které shrnuje tabulka č. 14.

Forma dalšího vzdělávání o duchovní péči	abs. počet
Semináře, školení, kurzy, konference	12
Literatura	4
Konzultace s odborníky, předávání zkušeností	4
Vlastní duchovní život	2
Jakákoliv forma	1
Celkem	23

Tab. č. 14 Přijatelné formy dalšího vzdělávání o duchovní péči

6. DISKUSE

Bakalářská práce se věnuje tématu Informovanosti zdravotnických pracovníků o spirituální péči v nemocnicích. Tomuto tématu se podle mně dostupných informací ještě nikdo nevěnoval, ačkoli o tématu spirituálních potřeb a spirituální péče již několik prací pojednává.

Při interpretaci dat, které jsem zmíněným empirickým šetřením získala, je třeba pamatovat, že téma spirituální péče není měřitelné pohledem exaktních věd.

Z prvního grafu je patrná návratnost dotazníků, která činila v úhrnu 75%. V okresním městě byla nižší (62%), než v Praze (88%). Připisuji to různé míře ochoty zaměstnanců se na dotazníkovém šetření podílet.

Z 66 dotazovaných osob bylo 5 mužů (8%) a 61 žen (92%). Tento poměr souvisí jednak s převahou zdravotních sester mezi respondenty, odpovídá ale také podmínkám v našem zdravotnictví, kde zejména na pozici zdravotních sester pracuje drtivá většina žen.

Co se týče věkové struktury zkoumaného souboru, tvoří nejpočetnější skupinu kategorie od 31 do 45 let s 27 (41%) respondenty, dalších 19 (29%) se nachází v rozmezí mezi 46 až 60 lety, 17 (26%) osob spadá do věkové kategorie do 30 let a věku 61 let a více dosáhli 3 dotazovaní (4%). Věková skupina pracovníků do 30 let tvoří v Praze větší soubor (11 respondentů, tj. 17%) v porovnání s okresním městem (6 respondentů, tj. 9%). Souvisí to s tím, že v Praze je jednak větší množství pracovních míst a obecně větší fluktuace zaměstnanců, než v okresním městě, pak také více obyvatel a zejména mladých lidí, kteří sem přichází za prací.

Co se týče pozice ve zdravotnickém týmu, jeví se ze statistického hlediska vhodnější sloučit pracovní pozice, jak jsou uvedeny v dotazníku, do větších, a tím i ucelenějších kategorií. Proto je saniář/ka a ošetřovatel/ka zařazen/a v kategorii označené dřívějším názvem NZP (nižší zdravotnický pracovník), zdravotní asistent/ka a zdravotní sestra v kategorii s označením SZP (střední zdravotnický pracovník). Pod termínem ostatní se skrývá v tomto konkrétním případě sociální pracovnice. Původním záměrem bylo získat vzorek 20 zaměstnanců na bývalé pozici NZP, 20 SZP, 20 lékařů. Soubor 66 respondentů však nakonec tvoří 10 (15%) NZP, 45 (68%) SZP, 10 (15%) lékařů/ek a 1 (2%) sociální pracovnice. Odůvodňuji si to neochotou některých pracovišť, s níž jsem se setkala, přijmout větší množství dotazníků, které by bylo třeba distribuovat po odděleních. Proto by bylo zároveň potřeba k šetření více času, aby se vyseletoval soubor požadované struktury.

Podle vzdělání jsou nejvíce zastoupenou skupinou středoškolsky vzdělaní respondenti, celkem 47 (70%). Tento výsledek kopíruje strukturu zkoumaného souboru, kde v naprosté většině převažují zdravotní sestry, jak bylo uvedeno výše. Následuje 12 (18%) vysokoškoláků, 3 (5%) respondenti s vyšším odporným vzděláním a 3 (5%) se základním. 1 (2%) na tuto otázku neodpověděl. Více vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků je v Praze, a to 10 (15%), zatímco v okresním městě pouze 2 (3%). Tento výsledek je ovlivněn také tím, že v Praze na dotazník odpovědělo více lékařů, než v okresním městě.

Průměrná délka praxe zdravotníků činí 15,8 let, z toho u lůžka pracují v průměru 12,3 let. Zatímco v Praze je průměrná délka odpracované doby o 1,4 let delší než v okresním městě, tam je naopak téměř o dva roky (1,8 let) delší praxe zdravotníků u lůžka.

Z celkového počtu 66 lidí věří 19 (29%) respondentů v Boha, 18 (27%) ve vyšší moc nebo vyšší sílu, 7 (11%) se označilo za nevěřící, ale zároveň hledající odpovědi na spirituální otázky. 10 (15%) respondentů se zařadilo do kategorie nevěřících lidí, kteří jsou k víře lhostejní. 9 (13%) dotazovaných zaškrtnulo, že náležejí do jiné kategorie, přičemž k tomu čtyři dopsali, že jsou „prostě jenom nevěřící“ nebo se považují za „ateistu“. Na tuto otázku vůbec neodpověděli 3 (5%) tazání. Graf č. 6 ukazuje, jak se toto zastoupení liší v okresním městě a jak v Praze. V Praze věří 23% respondentů v Boha a ostatní se hlásí k jiným kategoriím. V okresním městě v Boha věří jen 6% dotázaných. Zajímat nás bude, ovlivní-li proklamovaná víra nějak chápání pojmů duchovní potřeby a spirituální péče. Budeme-li to chápat tak, že ostatní kategorie tvoří jednu velmi rozmanitou skupinu lidí, kteří ale nejsou věřící ve vlastním slova smyslu, to znamená, že nevěří v osobního Boha, bude tato skupina činit 71% z celku všech dotázaných. To odpovídá tvrzení MUDr. Kalvínské, že 70% lidí i více v naší společnosti v Boha nevěří, přesto však mohou v určitém období svého života spirituální péči potřebovat.⁶³ Pod tímto úhlem pohledu se také dále zmiňuji o věřících a nevěřících ve vlastním výzkumu a v této diskusi.

Z 19 lidí, kteří věří v Boha, se 17 přihlásilo k nějakému vyznání. 14 (82%) věřících je v Praze a 3 (18%) v okresním městě. Zajímavé je, že 7 z nich pracuje v Praze v LDN, která se nachází

⁶³ Srov. Kalvínská Eva, Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích? *Diagnóza*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 111. ISSN 1801-1349.

při římskokatolické farnosti. Přitom jsou mezi zdejšími zaměstnanci zastoupeny různé denominace, jak to ukazuje tabulka č. 6.

Na otázku č. 8, zda mají duchovní potřeby pouze věřící lidé, se v poměru svých odpovědí shodovali jak respondenti z Prahy, tak z okresního města. Nadpoloviční většina všech dotazovaných (53%), tj. 35 respondentů, si myslí, že duchovní potřeby mají všichni lidé. Třetina (32%), což bylo 21 tázaných, uvedla, že spirituální potřeby mohou mít také nevěřící lidé, ale pouze někteří. 9%, tedy 6 respondentů, si s touto otázkou nevědělo rady. Není bez zajímavosti, že většina z nich (5) pracuje právě ve výše uvedené LDN, kde se k víře přihlásila polovina dotazovaných. Dalo by se tedy předpokládat, že nějakou představu o tom, kteří lidé mohou mít duchovní potřeby, mají. Dochází zde však ke střetu třech proměnných, jež tady působí. Jednak je otázkou, na kolik sami tyto respondenti vnímají své vlastní duchovní potřeby, nebo žijí svou víru. Dále dva z nich uvedli, že s tímto typem péče nesouhlasí jejich nadřízení. Třetí faktor je ten, že na oddělení docházejí řeholní sestry, které se snaží nabízet opačný přístup. Zbylých 6%, tedy 4 tázaní, uvedlo, že duchovní potřeby mají výhradně věřící lidé. Byli to lidé, kteří se sami označili za nevěřící.

Na otevřenou otázku č. 9, co si respondenti představují pod pojmem spirituální potřeby člověka, odpovědělo 47 (71%), 19 (21%) ponechalo místo k odpovědi prázdné. Tento poměr byl opět v obou městech srovnatelný. Z celkového množství 147 získaných odpovědí bylo 133 roztrženo do větších celků. Zbylých 14 neodpovídalo správné představě o pojmu duchovní potřeby. Z uvedeného roztržení potřeb do přehlednějších kategorií však nelze u každé odpovědi jednoznačně určit, že jde o správnou představu o spirituálních potřebách. Zřejmé je to např. u kategorie svátostí. Pro ilustraci uvedu pár příkladů. Jedna respondentka tvrdí, že pod pojmem duchovní potřeby si představuje „poslední pomazání a rozloučení s Bohem“. Jiná uvádí, že jde o „zpověď v terminálním stadiu nemoci“. To ukazuje na velmi zúžené chápání této tematiky. Nebo například tam, kde se jednalo o potřebu rozhovoru, šlo z některých odpovědí, dle způsobu formulace, vnímat sdělení, že nemocný člověk se potřebuje „prostě jen někomu vypovídat“. V převážné většině jde navíc o kombinaci několika odpovědí u jednoho respondenta. Proto jsem ze 47 zodpovězených dotazníků nakonec vyčlenila 19 (40%) správných odpovědí na tuto otázku, 12 (26%) částečně správných a 16 (34%) nedostatečných. Procentuální zastoupení tohoto rozdělení v celku zkoumaného souboru ukazuje tabulka č. 7 a graf č. 8. Ten demonstruje, že 29% všech respondentů má správnou představu o pojmu duchovní potřeby, 18% jen částečnou, 24% nedostatečnou a 29% na tuto

otázku neodpovědělo. Pokud bychom vzali v úvahu, že ti, co neodpověděli, tak neučinili proto, že nemají představu o tom, co se pod daným pojmem skrývá, znamenalo by to, že více jak polovina (53%) zdravotnických pracovníků duchovní potřeby svých klientů není schopna identifikovat. Částečně by to pak dokázalo jen 18% respondentů a pouze necelá třetina (29%) tyto potřeby opravdu rozpozná.

Z 19 lidí, kteří mají správnou představu o tom, co jsou to spirituální potřeby, 10 (53%) věří v Boha a hlásí se k nějaké církvi. 6 (31%) respondentů věří ve vyšší moc a 3 (16%) se prohlašují za nevěřící. Dva z těchto tří nevěřících a pět z výše uvedených šesti, kteří věří ve vyšší moc, pracují na odděleních okresní nemocnice, kde se povědomí o duchovních potřebách nemocných a jejich naplňování, snaží zařadit do celkové péče staniční sestra neurologického oddělení. Ta zde zároveň zastává úlohu koordinátora duchovní péče pro celé zařízení, zajišťuje odborná školení na toto téma a snaží se v něm vzdělávat své kolegy.

Pokud bychom se podívali pouze na skupinu respondentů, kteří věří v Boha (19 lidí), možnosti odpovědět na tuto otázku využilo 15 (79%) z nich. 10 (53%) z těchto 19 respondentů má správnou představu o pojmu spirituální potřeby, 1 (5%) částečně správnou a 4 (21%) nedostačující. Zbývají 4 (21%) věřící respondenti, kteří se nevyjádřili. Pokud usoudím, že důvodem byla jejich nevědomost v této oblasti a tudíž i neschopnost duchovní potřeby rozlišit, pak by to znamenalo, že necelá polovina věřících toho není schopna (44%), větší polovina (53%) pak ano. Toto tvrzení, zakládající se na rozboru tak malého vzorku, však nemůže být zobecněno. V praxi velmi záleží na tom, pokud je člověk věřící, do jaké míry žije životem z víry, a stává se tak citlivým nejen pro vlastní spirituální potřeby, ale i pro tyto potřeby u svých bližních. Zároveň z předchozího odstavce vysvítá, že i lidé takzvaně nevěřící, pokud je jim nabídnuto vzdělávání v této oblasti, dokážou identifikovat duchovní potřeby nemocných. Tím se otevírá prostor pro to, aby byla nemocným zajištěna skutečně komplexní péče, zahrnující celého člověka.

Výše jsem došla k závěru, že větší polovina (53%) zdravotnických pracovníků duchovní potřeby svých klientů nedokáže identifikovat, z části to dokáže jen 18% a necelá třetina je skutečně rozpozná. Nyní se dostávám k porovnání tohoto tvrzení s další otázkou (č. 10), která zněla: *Myslíte si, že jste schopni/schopna duchovní potřeby u nemocných rozpoznat?* Zde odpovědělo kladně 19 (29%) dotázaných. Procento těch, kdo si myslí, že duchovní potřeby nemocných rozeznají a těch, kdo jsou toho opravdu schopni, je tedy shodné. Naopak svou

neschopnost v této věci si uvědomuje pouze 5 (7%) dotázaných, což je v porovnání se skutečností (24%) minimálně třetina. Pokud bychom totiž vzali v úvahu i ty, kteří k předchozí otázce mlčeli, pak by to z 53% byla necelá jedna osmina dotazovaných. 27 (41%) respondentů k této otázce uvedlo, že spirituální potřeby rozpoznají pouze někdy a 15 (23%) neví.

Na otázku č. 11: *Vnímáte u sebe nějaké potřeby duchovního rázu?*, odpovědělo 23 (35%) dotázaných kladně, 20 (30%) záporně a 23 (35%) neposkytlo žádnou odpověď. Z této poslední skupiny lidí jich 6 (9%) výslovně odmítlo odpovědět. Z toho však nelze učinit závěr, že by žádné duchovní potřeby nevnímalo 65% dotazovaných. Jak vyplynulo z reakcí staničních sester, které zajistily distribuci dotazníků na oddělení, zaměstnanci se vyjadřovali, že některé otázky, jako např. tato, jsou příliš osobní, tudíž je nebyli ochotni vyplnit. Jedna staniční sestra, o níž jsem se zmínila výše v souvislosti s koordinací duchovní péče v příslušné nemocnici, poskytla svým kolegyním k dotazníkům obálky s možností odevzdat je po vyplnění dotazníku zalepené přímo do jejich rukou. Příslušné dotazníky tak nebyly vystaveny očím kolegů, kteří se střídají ve směnách. Uvážím-li, že složka s dotazníky ležela na oddělení v průměru týden, pak je nápad s obálkami výborným postupem, jak uchránit soukromí každého dotazovaného. Z tohoto oddělení se vrátily dotazníky téměř plně zodpovězené.

Z výše uvedené otázky jsem získala 31 odpovědí. To, jaké potřeby spirituálního rázu u sebe respondenti vnímají, odpovídá víceméně tomu, co si pod tímto pojmem představují. 23 (35%) respondentů, kteří na ni odpověděli, rozvedlo i následující dotazníkovou položku (č. 12), týkající se toho, jak tyto potřeby ve svém životě naplňují. K této otázce se nashromáždilo 46 odpovědí. Je zajímavé, že v odpovědích na obě posledně zmíněné otázky dominují potřeby a činnosti k jejich saturaci, které mají silně sociální a vztahový rámeček. Tyto tvoří větší polovinu (52%) a z větší poloviny (53%) jsou také naplňovány. Mezi odpověďmi figurují v 16% náboženské potřeby, které jsou v 15% saturovány. Z ostatních potřeb jsou to potřeby existenciální (32%). Tyto zbylé potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími činnostmi, jež z celku 46 odpovědí tvoří 33%. Zůstává otázkou, zda jsou tyto duchovní potřeby, zejména existenciální povahy, u té třetiny dotázaných, která se o jejich vnímání podělila, saturovány odpovídajícím způsobem. Ještě naléhavěji tato otázka vyvstává u těch respondentů, kteří své spirituální potřeby nevnímají, nebo si je neuvědomují.

Mnohem větší procento respondentů (85%) odpovědělo na otázku č. 13: *Kde, v čem, nebo v kom čerpáte svou životní sílu a naději?* To souvisí s tím, že tyto potřeby a jejich naplňování jsou pro většinu lidí zřejmé. Každý člověk žije z určité naděje, která je hnacím motorem jeho jednání. Proto tato odpověď byla pro respondenty jednodušší. Celkem se podařilo získat 133 odpovědí. Ukazuje je tabulka č. 8.

V další části interpretace získaných dat se přesunu k tématu spirituální péče. Otázka č. 14, která toto téma otvírá, zní: *Co podle Vás znamená pojem duchovní péče, co si pod ní představujete?* Na tuto otázku odpovědělo podobné množství respondentů jako na otázku, co si představují pod pojmem duchovní potřeby. Vyplnilo ji tedy 45 (68%) a nevyplnilo 21 (32%) dotázaných. Ti, kteří odpověděli, poskytli celkem 69 odpovědí. Z tohoto množství bylo 43 (62%) odpovědí správných a 26 (38%) neúplných nebo mylných. Dotazovaní se k tomuto tématu vyjadřovali stručněji, než k tématu duchovních potřeb. Z přehledu samotných odpovědí si nelze udělat bližší představu o skutečné znalosti pojmu duchovní péče u jednotlivých respondentů. Proto jsem je ve výsledcích neuváděla. Pouze pro ilustraci jsem vyjmenovala některé mylné názory respondentů. Pokud však byly jejich názory správné, odpovídaly tomu, o čem se zmiňuji v teoretické části práce v kapitole o duchovní péči. Roztřídila jsem tedy zodpovězené dotazníky ještě jednou a došla k následujícím výsledkům, které prezentuje graf č. 11. Ze 45 respondentů jich 20 (44%) mělo správnou představu o tom, co je to spirituální péče. Dalších 7 (16%) mělo představu jen z části správnou, 12 (27%) nesprávnou a 6 (13%) uvedlo, že o tom nic neví, nebo se nad tím nikdy nezamýšleli. Vystávají zde do popředí tři skupiny dotázaných – ti, kteří odpověděli špatně, ti, kdo uvedli, že o tom nic neví, a ti, kteří neodpověděli vůbec. Spojím-li je v jednu skupinu a připustím, že tato skupina ve skutečnosti neví, co duchovní péče představuje, budou tito respondenti tvořit 59% všech dotázaných, jak vidíme v grafu č. 12. Pokud bych trvala na úplné správnosti odpovědí, musela bych k této skupině přičíst ještě respondenty, kteří mají o duchovní péči představu jen částečnou. Tím by množství těch, kteří o ni nemají správnou představu, vzrostlo na 70%. *Výše uvedené závěry potvrzují hypotézu č. 1: Zdravotničtí pracovníci nemají správnou představu o spirituální péči o nemocné.*

Z dvaceti respondentů, kteří odpověděli správně, však nemá každý stejný názor na to, co pojem duchovní péče znamená. Část z nich si pod ním představuje úzce specifickou pastorační péči duchovních věřícím pacientům. Další část spirituální péči chápe spíše jako doprovázení, kterého je schopen víceméně každý zralý člověk, jenž se zorientuje v tom, jaké

jsou duchovní potřeby toho kterého nemocného a, je-li to v jeho silách, může mu poskytnout duchovní oporu. Případně to přenechá školenému odborníkovi, který ale nemusí být nutně z církve. Zbytek respondentů vnímá pod pojmem duchovní péče obě výše uvedené složky. Přitom jsem si všímala i toho, zda má na toto chápání duchovní péče vliv víra respondentů. Výsledek shrnuje tabulka č. 9. Věřící lidé obvykle chápou duchovní péči komplexněji. Naopak nevěřící spíš jako péči duchovních o své ovečky.

Tento názor odráží také spektrum odpovědí na následující otázku (č. 15): *Kdo podle Vás může tuto péči nemocným poskytovat?* Nevyjádřili se k ní pouze 2 (3%) dotázaní. Zbýlých 64 (97%) respondentů poskytlo celkem 220 odpovědí. V nabídce mohli zaškrtnout z předem daných kategorií pracovníků. Výsledky ukazuje graf č. 13. Z něho je patrné, že mezi odpověďmi dominuje v 25% poskytování spirituální péče odborníky z nějaké církve. Ze všech 66 dotázaných si 54 (82%) myslí, že duchovní péče je, mimo jiných pracovníků, kompetencí duchovních. 8 (12%) odpovědělo, že je to výhradně pole působnosti duchovních. Na druhém místě co do četnosti odpovědí (16%) pak následuje školený dobrovolník pro spirituální péči a rodina nemocného. Z 12% se mezi odpověďmi objevuje položka kdokoli, což představuje 25 odpovědí. To znamená, že ji uvedlo 38% všech dotázaných. Tento názor samozřejmě není správný a souvisí se stále ještě nedostatečnou informovaností o tomto tématu mezi zdravotnickými pracovníky. Tuto péči dokáže nemocným poskytnout jen odborně připravený a osobnostně disponovaný jedinec. Podle respondentů je to dále v 9% psycholog a v 8% zdravotní sestra. Nejméně kompetencí (7%) pro ni má podle nich lékař a sociální pracovníce. Tento výsledek může souviset s tím, jak jsou tyto pozice vnímány ve zdravotnickém týmu a jak je vnímán jejich přístup k nemocným z hlediska komplexnosti péče o jejich různé potřeby.

Otázka č. 16 zkoumala, zda si respondenti myslí, že i oni mohou ze své pozice duchovní péči nemocným poskytnout. 58% si myslí, že může. Z toho 52% rozvedlo svou představu slovně, jak to přehledně uvádí tab. č. 10. Převažuje zde ochota naslouchat klientům, také vést s nimi rozhovor, projevit pochopení jejich situaci, udělat si na ně čas, zprostředkovat v případě potřeby duchovního z jejich církve, atp. Respondenti mají v tomto ohledu správnou představu o tom, jak mohou nemocným pomoci v jejich duchovní tísní nebo projevených potřebách. 42% dotázaných uvedlo, že spirituální péči nemohou poskytnout. Mezi důvody, které uváděli, převažují hlavně nízká informovanost a nedostatek zkušeností, málo času, stres, vysoké pracovní vytížení a názor, že pokud nejsou věřící, nemohou nemocným v duchovní oblasti nijak pomoci. Všechny důvody jsou zaneseny v tab č. 11.

Srovnám-li výsledky odpovědí na otázku č. 16 a s interpretací odpovědí na otázku č. 14, dostávám se k následujícímu závěru. Z otázky č. 14 vyplynulo, že 59% respondentů neví, co znamená pojem duchovní péče, jelikož o tom má nedostatečné nebo zkreslené představy. Na druhou stranu 41% dotázaných má o této péči správnou, nebo alespoň částečně správnou, představu. Z předchozí otázky však vysvítá, že „pouze“ 42% respondentů si myslí, že duchovní péči nemůže nemocným poskytnout, naopak 58% se k tomu cítí disponováno. Z těchto 58% má 52% správnou představu o tom, co pro nemocného sami mohou udělat a co v praxi také dělají. To znamená, že je zde minimálně 11% (až 17%) těch, kteří sice nemají teoretickou představu o náplni spirituální péče, ale jsou schopni nemocným sloužit svým doprovázením podle míry vlastních schopností. A to aniž by si mnohdy uvědomovali, že tím právě přispívají k naplňování duchovních potřeb nemocného. Otázkou zůstává, zda tomu tak není, alespoň z části, také u těch, kteří si myslí, že v tom nemocným nemohou nijak posloužit. Rozhodně se zde ale otevírá již řadu let velké pole k proškolení a zvýšení informovanosti zdravotníků, u nichž je povědomí o spirituální péči stále ještě nízké. K pomoci pacientům v této sféře se tak nachází velký nevyužitý potenciál. Procento těch, kteří jsou totiž skutečně lhostejní k duchovní oblasti nemocných, je nízké, avšak ne zanedbatelné, jak to vyplývá z odpovědí na otázku č. 20. Jejich odpor pramení opět z toho, že o tom nic nevědí, ale i z předsudků, jimiž jsou zatíženi.

Otázka č. 17 měla poskytnout pohled na to, jak jsou zdravotničtí pracovníci informováni o tom, zda a jakou formou je v místě jejich pracoviště duchovní služba nemocným zajišťována. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. Pouze zlomek z nich (9%) uvedl, že neví, zda je tato služba v nemocnici zajištěna a 6% dotázaných tvrdí, že není zajištěna vůbec. Odpovědi mapují skutečnost tak, jak jsem si ji mohla ověřit. Pouze v jedné z pražských nemocnic, jíž se průzkum týká, je pravidelně každý týden k dispozici kaplan, který tam slouží mši svatou a obejde nemocné. V okresním městě se slouží v nemocnici mše jednou za měsíc. Do ostatních nemocnic dojde na žádost nemocniční kaplan pro Prahu nebo farář místní církve. Z jiné formy duchovní služby respondenti uvedli v 5 případech pravidelné mše, v 1 službu řeholních sester, v 1 dobrovolníka a 2 respondenti zmínili přítomnost koordinátora duchovní péče.

V otázce č. 18 jsem se ptala, zda zdravotníci o možnosti využít duchovní službu v nemocnici své pacienty informují. 38% tak činí, 38% ne a 24% podá tuto informaci pouze někdy. Alespoň někdy tedy nemocné o této možnosti informuje 62% dotázaných. Informaci poskytnou i ti, kdo o ní mají neúplnou nebo zkreslenou představu. Těchto 41 (62%)

respondentů blíže specifikovalo svoji odpověď v podotázkách: *Kdy a jak nemocné o této službě informujete?* V rámci první podotázky, tedy kdy nemocné informují, se shromáždilo 54 odpovědí. Jejich přehled uvádí graf č. 15. Nejčastěji k tomu dojde, vyplyne-li tato potřeba z rozhovoru s nemocným, nebo ji zdravotníci u něho vycítí (48% odpovědí), dále až když se pacient na tuto formu pomoci cíleně zeptá (28% odpovědí), méně často již při příjmu pacienta na oddělení (17% odpovědí). 7% odpovědí hovoří o tom, že zdravotníci nemocné informují při jiné příležitosti, a to zejména v souvislosti s pravidelnými bohoslužbami, které se v nemocnici konají, dále pak přeje-li si to rodina. Jedna respondentka uvedla, že se ptá klientů, zda by si duchovní službu (dále jen DS) přáli, pouze o velikonočních a vánočních svátcích.

O tom, jakým způsobem respondenti nemocné informují o DS a z jakého důvodu je neinformují, jsem se již zmínila v části prezentující výsledky průzkumu. Podotknu k tomu jen to, že fakt, že jsou nemocní o možnosti DS informováni, až když to vyplyne z rozhovoru, nebo o to sami požádají, je stále ještě smutnou skutečností. Na druhou stranu se již ale ledasco změnilo a je velkým pozitivem, že zdravotníci tuto informaci nemocným poskytnou, ačkoli zatím nemají odvahu otevřeně nabízet DS jako běžnou součást péče. Dokazuje to, že v myšlení společnosti se ještě ani po více než dvaceti letech od pádu komunismu, kdy bylo toto téma tabu, nezbouraly jisté předsudky o všem, co souvisí s vírou a spiritualitou člověka. To podtrhují výroky typu „moji nadřízení nesouhlasí s tímto typem péče, neklade se zde na to důraz“, anebo „nemocní o tom nechtějí nic vědět“. Může k tomu přispívat i stále ještě malá informovanost společnosti o duchovní dimenzi člověka jako integrální složce osobnosti, o spirituální péči a jejím komplexnějším začlenění do péče o nemocné. Jiným úhlem pohledu je následující zdůvodnění. Míra informovanosti je sice v dnešní společnosti, prosceně rozsáhlou paletou spirituálních nabídek, poměrně vysoká, ale tato osobní spiritualita podléhá jistě privatizaci, do níž nemá mít nikdo jiný přístup, natož v instituci, jakou je nemocnice. S tím také může souviset stoupající odklon od monoteistických náboženství ve prospěch alternativní spirituality, upřednostňující neosobní božství jako univerzální kosmický princip. V církvích samotných není a ani do budoucna nebude dostatek erudovaných lidí, kteří by DS byli schopni pokrýt. Zároveň zde nejsou připraveny podmínky ani pro to, aby se ve větší míře mohli proškolit lidé, kteří nevzejdou z církví, ale duchovní pomoc by nemocným mohli nabídnout svým doprovázením, jak o to usilují někteří propagátoři zavedení tohoto typu duchovní péče do nemocnic.

Další otázka (č. 19) zněla: *Na koho se obrátíte v případě, že pacient projeví přání o duchovní službu (např. modlitbu, četbu z bible, svátosti, atp.)?* Odpovědělo na ni 91% respondentů, což jsem neočekávala. Z jejich odpovědí je patrná ochota vyjít nemocnému vstříc a tuto službu mu zajistit. Nejčastěji by se přitom obrátili na staniční sestru oddělení (20% dotázaných), která by kontaktovala příslušné odborníky, dále na nemocničního kaplana nebo místního faráře z příslušné církve (15%), případně koordinátora duchovní péče (9%), aj. Odpovědi přibližuje tabulka č. 13 a graf č. 16. Z nich je zřejmé, že 91% respondentů pacientům na jejich žádost vyhoví a také, že vědí, na koho se při zprostředkování této péče obrátit. *Tím je potvrzena hypotéza č. 2 : Zdravotníci pracovníci vědí, na jaké odborníky se obrátit v péči o duchovní potřeby nemocných.*

Dále jsem zjišťovala, zda se už zdravotníci na oddělení s někým, kdo duchovní službu nemocným poskytoval, setkali. Na otázku č. 20 odpovědělo 66% dotázaných kladně. 1/3 z nich má přímou zkušenost se zprostředkováním duchovní služby nemocnému a 1/3 respondentů si někoho, kdo tuto službu na oddělení poskytoval, náhodně všimla. 23% žádnou podobnou zkušenost nemá, přičemž 6% z nich navíc ani nejeví o tyto potřeby u nemocných zájem. 11% dotázaných na tuto otázku neodpovědělo.

Na otázku č. 21, zda (by) někdy duchovní péči sami využili, odpovědělo ze všech 66 dotázaných 18 (27%) kladně. 12 z nich se pak v následující kolonce podělilo, o co konkrétněji (by) se jednalo. 64% respondentů odpovědělo na otázku č. 21 záporně, 3% nevědí a 6% neodpovědělo.

Otázka č. 23 zní: *Cítíte potřebu se nějak dále vzdělávat v oblasti duchovní péče o nemocné?* Odpovědi prezentuje graf č. 18. Tuto potřebu vnímá necelá třetina (26%) dotázaných. Naopak dvě třetiny (68%) se v této problematice nechtějí dále vzdělávat a 6% neodpovědělo.

V poslední otázce dotazníku mě zajímalo, jaká forma dalšího vzdělávání by byla pro respondenty přijatelná, což shrnuje tabulka č. 14. Nedá se však říci, že by o tyto informace projevovali zájem pouze ti, kteří jich mají o duchovní péči nejméně. Je to zhruba polovina z každé skupiny, tedy jak těch, kteří jsou informováni dobře, tak těch, kteří jsou o spirituální péči zpraveni nedostatečně. Přece jen se ale řádově jedná pouze několik lidí, celkem 17, což je málo. Čekala jsem, že o tuto problematiku bude mezi zdravotníky větší zájem.

ZÁVĚR

Shrnu-li nejzávažnější výsledky výzkumu, pak z něj vyplývá, že pouze necelá třetina zdravotnických pracovníků dokáže rozpoznat duchovní potřeby nemocných. Mnohdy však pracují s duchovní složkou člověka, aniž by si toho byli vědomi. Přímo to vyplývá z odpovědí poloviny dotázaných. O ostatních se to můžeme jen domýšlet. Dále více než dvě třetiny zdravotnických pracovníků nevědí, nebo jen částečně, čím se zabývá spirituální péče o nemocné. Jsou však informováni o tom, že je zde možnost tuto péči zprostředkovat, vědí, na koho se v tomto případě mají obrátit a pokud je o to pacient požádá, vyjdou mu v této potřebě vstříc. Často zde však chybí větší angažovanost zapojit tuto složku do celkové péče o nemocné. Stále tady panuje řada mylných představ a předsudků, které se váží k době nedávno minulé.

Z výzkumu mimo jiné vyplynulo, že ani takzvaně věřící lidé, kteří se hlásí k nějaké církvi, nemusejí mít správnou představu o spirituální složce nemocných, o jejich potřebách v této oblasti a tom, jak jim pomoci je naplňovat. I u nich záleží nejen na vlastním duchovním životě, ale právě tak na dostatku kvalitních informací. Na druhou stranu je potěšujícím zjištěním, že tam, kde se z nadšení, byť původně jen jednoho, vedoucího pracovníka (za podpory managementu nemocnice) zprostředkuje zaměstnancům přístup k těmto informacím, je následně větší šance, že i nemocným bude poskytnuta komplexnější péče, která ve výsledku může mít pozitivní vliv na jejich zdravotní stav.

Přála bych si, aby se duchovní dimenzi člověka věnovala v péči o nemocné větší a systematictější pozornost. Především pak, aby nově vzdělávané sestry nesetrvávaly jen u teoretických poznatků, které si o spirituální péči o nemocné odnesou do praxe, ale aby si všímaly projevů nemocného a měly odvahu umět se k němu taktním způsobem přiblížit ve chvílích, kdy to bude potřebovat. Myslím si totiž, že i přes nedostatek času a mnohdy hektické pracovní podmínky, nepřestal platit krásný výrok profesora Pacovského, že *sestra je profesionál, který s pacientem zůstává, když všichni ostatní odejdou.*

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY, OSTATNÍ ZDROJE

Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona. Ekumenický překlad. 6. vyd. Praha: Česká biblická společnost, 1995. ISBN 80-85810-08-5.

BROŽ, Vojtěch. *Základy fundamentální teologie.* Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové. Pedagogická fakulta, 2003. 114 s. Skripta pro vnitřní potřebu; nepublikováno.

Codex iuris canonici – Kodex kanonického práva. 1. vyd. Praha: Zvon, 1994. s. 812. ISBN 80-7113-082-6.

Encyklopedie náboženství. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. 407 s. ISBN 80-7192-188-2.

FRANKL, Viktor E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 88 s. ISBN 80-901601-4-X.

FRANKL, Viktor E. *Lékařská péče o duši.* 1. vyd. Brno: Cesta, 1996. 237 s. ISBN 80-85319-50-0.

FRANKL, Viktor E. *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu.* 1. vyd. Brno: Cesta, 2007. 87 s. ISBN 80-7295-088-6.

FRANZEN, August. *Malé dějiny církve.* 3.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. 398 s. ISBN 80-7195-082-3.

HELLER, Jan; MRÁZEK, Milan. *Nástin religionistiky.* 1. vyd. Praha: Kalich, Ústřední církevní nakladatelství, 1988. 349 s. ISBN neuvedeno.

IVANOVÁ, Kateřina et al. *Multikulturní ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

KABELKA, Ladislav; SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

KALVÍNSKÁ, Eva. Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích? *Diagnóza v*

ošetřovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky. 2006, roč. 2, č. 3, s. 111-112. ISSN 1801-1349.

LÄNGLE, Alfried. *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta, 2002. 79 s. ISBN 80-7295-037-1.

MAŠÁT, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetřovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 103-104. ISSN 1801-1349.

NEŠPOR, Z. R. Ústřední vývojové trendy současné české religiozity. In *Jaká víra? Současná česká religiozita/spiritualita v pohledu kvalitativní sociologie náboženství*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004. 115 s. ISBN 80-7330-061-3.

O'CONNOR, Margaret; SANCHIA, Aranda. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

OPATRNÁ, Marie. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetřovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 105-108. ISSN 1801-1349.

OPATRNÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. vyd. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003. 53 s. ISBN neuvedeno.

RUML, Pavel. Kaplan členem zdravotnického týmu v ÚVN. *Diagnóza v ošetřovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 135. ISSN 1801-1349.

SKALICKÝ, Karel. *Po stopách neznámého Boha*. 1. vyd. Praha: Aula, 1994. 207 s. ISBN 80-901626-4-9.

SLABÝ, Adolf. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1991. 186 s. ISBN 80-7066-411-8.

SMOLÍK, Josef. *Pastýřská péče*. 1. vyd. Praha: Kalich, Evangelické nakladatelství, 1991. 264 s. ISBN 80-7017-276-2.

SVOBODOVÁ, Hana; ZVONÍČKOVÁ, Marie. Pomoc nemocnému při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersonové. *Diagnóza v ošetřovatelství:*

nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 133. ISSN 1801-1349.

ŠIMEK, Jiří. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství: nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 102. ISSN 1801-1349.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

ŠTAMPACH, Ivan O. *Přehled religionistiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-384-0.

TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice: náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 440 s. ISBN 80-7178-798-1.

VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Nová náboženská hnutí a jak jim porozumět*. 1. vyd. Praha: Beta Books, Alfa Publishing, 2007. 210 s. ISBN 978-80-86851-64-8.

Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, díl 3 m/r. Praha: Nakladatelský dům OP, Diderot, 1997, 740 s. ISBN 80-85841-35-5.

Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, díl 4 ř/ž. Praha: Nakladatelský dům OP, Diderot, 1998, 717 s. ISBN 80-85841-37-1.

Internetové zdroje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Náboženské vyznání obyvatelstva*. [online]. 2007. [cit. 2011-04-15]. Dostupné z URL:

http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04

EVROPSKÁ SÍŤ NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. *Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě*. [online]. 2009. [cit. 2011-05-05]. Dostupné z URL:

http://www.eurochaplains.org/turku_standards_czech.pdf

FOITZIG, Alexander. *Víra, anebo jen – „spiritualita“?* [online]. 2011. [cit. 2011-04-30]. Dostupné z URL: <http://www.areopag.cz/content/vira-anebo-jen-spiritualita>

KATOLICKÁ CÍRKEV V ČESKÉ REPUBLICE. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR.* [online]. 2011. [cit. 2011-04-28]. Dostupné z URL: <http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1>

MINISTERSTVO KULTURY ČR. *Rejstřík církví a náboženských společností.* [online]. 2007. [cit. 2011-04-30]. Dostupné z URL: http://www3.mkcr.cz/cns_internet/

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Národní akreditační standardy pro nemocnice.* [online]. 2010. [cit. 2011-05-06]. Dostupné z URL: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Pacient má právo na náboženské aktivity.* [online]. 2010. [cit. 2011-04-26]. Dostupné z URL: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2010/pacient-ma-pravo-na-nabozenske-aktivity-.26/>

ÚSTŘEDÍ MUSLIMSKÝCH OBCÍ V ČESKÉ REPUBLICE. *Ústředí muslimských obcí – Historie a současnost.* [online]. 2009. [cit. 2011-05-03]. Dostupné z URL: <http://www.umocr.cz/historiecz.pdf>

VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Spiritualita jako touha po prožitku.* [online]. 2011. [cit. 2011-04-30]. Dostupné z URL: http://www.dingir.cz/spiritualita_jako_touha_po_prozitku.shtml

Materiály z kurzů

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Duchovní potřeby a duchovní zdroje.* Kurz IPVZ: Spirituální potřeby ve zdravotnictví. Praha, 7. 4. 2011.

KALVÍNSKÁ, Eva. *Odebírání spirituální anamnézy.* Kurz IPVZ: Spirituální potřeby ve zdravotnictví. Praha, 4. 5. 2011.

VURST, Vítězslav. *Spirituální podpora v nemocnicích*. Kurz IPVZ: Spirituální potřeby ve zdravotnictví. Praha. 7. 4. 2011.

ZACHOVAL, Jan. *Pracovní definice pojmu „duchovní služba nemocným“*. Kurz Biskupství brněnského: Pastorační péče o nemocné pro dobrovolníky. Brno, říjen 2010.

PŘÍLOHA č. 1: DOTAZNÍK

Vážená paní/slečno, vážený pane,

jmenuji se Martina Kateřina Boržiková, jsem studentkou bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Dotazník, který se Vám dostává do rukou, je součástí mé bakalářské práce na téma *Informovanost zdravotnických pracovníků o spirituální péči v nemocnicích*. Tento dotazník je zcela anonymní, jeho údaje poslouží pouze pro účely mé bakalářské práce. Obracím se proto na Vás s prosbou o jeho vyplnění.

Odpovědi prosím zaškrtněte tak, aby co nejvíce odpovídaly skutečnosti. Můžete k nim případně doplnit své připomínky a názory. Věnujte prosím pozornost také otevřeným otázkám.

Předem Vám děkuji za Váš čas a trpělivost.

Informovanost zdravotnických pracovníků o spirituální péči v nemocnicích

DOTAZNÍK

Část A – Informativní otázky

- 1. Pohlaví:** muž žena
- 2. Věk:** do 30 let 31-45 let 46-60 let 61 a více let
- 3. Jaká je Vaše pozice ve zdravotnickém týmu?**
 sanitář/ka ošetřovatel/ka zdravotní asistent/ka zdravotní sestra lékař/ka
 jiné: _____
- 4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 základní středoškolské vyšší odborné vysokoškolské
- 5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví (uvedte počet let):** _____
z toho u lůžka (uvedte počet let): _____
- 6. Považujete se za člověka:**
 věřícího v Boha věřícího ve vyšší moc, vyšší sílu nevěřícího, ale hledajícího
 nevěřícího lhostejného jiná kategorie: _____

7. Pokud jste věřící, k jakému vyznání se hlásíte (příslušnost ke konkrétní církvi, případně náboženství): _____

Část B – Spirituální (duchovní) potřeby

8. Mají podle Vás duchovní potřeby pouze takzvaně věřící lidé?

- ANO, VÝHRADNĚ VĚŘÍCÍ NE, I NEVĚŘÍCÍ, ALE POUZE NĚKTEŘÍ
 NE, MAJÍ JE VŠICHNI LIDÉ NEVÍM

9. Co si představujete pod pojmem spirituální (duchovní) potřeby člověka?

(Můžete se rozepsat dle vlastních představ. Zamyslete se nad tím, jak různě se tyto potřeby mohou v různých životních situacích projevovat. Vyjmenujte, co všechno mezi duchovní potřeby člověka patří.)

10. Myslíte si, že jste schopen/schopna duchovní potřeby u nemocných rozpoznat?

- ANO NE NEVÍM NĚKDY, ZÁLEŽÍ NA SITUACI

11. Vnímáte u sebe nějaké potřeby spirituálního (duchovního) rázu? Pokud ano, jaké?

(Můžete se rozepsat zcela konkrétně.)

12. Jak tyto potřeby naplňujete? Co Vám pomáhá? (opět konkrétně)

13. Kde, v čem, nebo v kom čerpáte svou životní sílu a naději?

Část C – Spirituální (duchovní) péče

14. Co podle Vás znamená pojem duchovní péče, co si pod ní představujete?

15. Kdo podle Vás může tuto péči nemocným poskytovat? (Můžete zatrhnout i více variant.)

- duchovní (farář, pastor, jáhen, kněz, atp.)
 psycholog sociální pracovník lékař zdravotní sestra
 dobrovolník proškolený v poskytování duchovní péče
 rodina nebo přátelé nemocného
 kdokoli

16. Myslíte si, že i Vy ze své pozice můžete nemocným duchovní péči poskytnout?

- ANO NE

a) Pokud ANO – napište, co konkrétně můžete v tomto ohledu pro pacienta udělat:

b) Pokud NE – napište, co Vám v tom brání:

17. Duchovní služba ve vaší nemocnici je zajištěna způsobem:

- nemocniční kaplan interně (je pravidelně přítomen v nemocnici)
 nemocniční kaplan externě (na žádost dojde do nemocnice, případně pravidelně dochází)
 jiní pracovníci místních církví (farář, pastorační pracovník, jiná pověřená osoba)
 jiná forma nabídky duchovní péče:

-
- nevím, zda je duchovní služba v naší nemocnici zajištěna
 tato služba není v naší nemocnici zajištěna vůbec

18. Informujete Vy osobně o této možnosti své pacienty?

- ANO NE NĚKDY ANO, NĚKDY NE

a) Pokud NE – z jakého důvodu pacienty o této možnosti neinformujete?

b) Pokud ANO – jak o ní pacienty informujete?

c) Pokud ANO – kdy je informujete?

- při příjmu a sepisování anamnézy
- až když se pacient cíleně zeptá
- pokud vycítím, nebo vyplýne z rozhovoru s nemocným, že by mohl mít o službu zájem
- při jiné příležitosti, např. _____
- nikdy

19. Na koho se obrátíte v případě, že pacient projeví přání o duchovní službu (např. modlitbu, četbu z bible, svátosti, atp.)?

20. Setkal/a jste se někdy na oddělení osobně s někým, kdo pomáhá nemocným při naplňování jejich duchovních potřeb:

- ANO, cíleně jsem na přání pacienta kontaktoval/a takovouto osobu
- ANO, náhodně jsem si toho všiml/a
- NE, zatím jsem se s nikým takovým neseťkal/a, ale duchovní potřeby pacientů mi nejsou lhostejné
- NE, nikdy jsem se s nikým takovým neseťkal/a, ani mě to nezajímá

21. Využil/a jste někdy nebo byste rád/ráda využil/a služeb, které se týkají duchovních potřeb?

- ANO NE

22. Pokud ANO, můžete se podělit, o co se konkrétně jednalo nebo o co by se jednat mohlo?

23. Cítíte potřebu se nějak dále vzdělávat v oblasti duchovní péče o nemocné?

- ANO NE

24. Jestliže ANO, jakým způsobem?

Děkuji Vám ještě jednou za Váš čas a ochotu.