

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Marcela Staňková

**Možnosti užití dotazníkových metod
k posouzení spirituality a spirituálních
potřeb pacientů v hospicové péči.**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

2012

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité
informační zdroje uvedla v seznamu literatury.*

.....

Podpis autora práce

Děkuji MUDr. Ondřeji Slámovi, Ph.D. za vstřícné vedení a inspiraci při tvorbě práce. Stejně tak i všem ostatním, kdo se na procesu tvorby jakýmkoli způsobem podíleli.

OBSAH

Úvod.....	5
1 SPIRITUALITA A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY.....	8
1.1 Potřeby člověka	8
1.2 Spirituální potřeby	11
1.3 Spiritualita a náboženství	14
2 PÉČE O SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY JAKO SOUČÁST ZDRAVOTNÍ PÉČE	18
2.1 Současný stav spirituální péče v českých zdravotnických zařízeních	18
2.2 Spirituální potřeby v rámci hospicové péče.....	22
3 MOŽNOSTI A ÚSKALÍ ZJIŠŤOVÁNÍ A HODNOCENÍ SPIRITUALITY A SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB.....	24
3.1 Zjišťování a hodnocení spirituálních potřeb – přehled metod a dotazníkových nástrojů užívaných v zahraničí a v ČR.....	24
3.2 Úskalí dotazníků.....	26
4 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÁ OTÁZKA A OPERACIONALIZACE HYPOTÉZ.....	28
5 POPIS POUŽITÝCH METOD.....	30
6 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	33
6.1 Místa výzkumu	33
6.2 Klienti a pracovníci.....	34
7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT (TVORBA PROMĚNNÝCH, KÓDOVÁNÍ, ZPŮSOB ANALÝZY DAT)	36
7.1 Hodnocení dotazníku pro pacienty/klienty, část „B“- klienti hospice ve Valašském Meziříčí a klienti hospice v Olomouci	37
7.2 Hodnocení dotazníku pro poskytovatele péče, část „B“ Zaměstnanci.....	47
8 POTVRZENÍ NEBO VYVRÁCENÍ HYPOTÉZ:.....	63
9 DISKUSE	65
ZÁVĚR.....	68
SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ.....	70
ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	74
SEZNAM PŘÍLOH	76

Úvod

Motto

„Spiritualita se projevuje v potřebě tvořit, prožívat krásu a uskutečňovat dobro. Přesvědčení, že život má hluboký smysl, vede člověka k odpovědnému jednání a současně představuje zdroj optimismu a nikdy nekončící naděje.“

MUDr. Ondřej Sláma

Již třetí desetiletí pečuji o člověka. Nejprve jsem věnovala své (nejen pracovní) úsilí zdravotní péči – prošla jsem základní oddělení v nemocnici, jako je oddělení interní, chirurgické, gynekologické a nakonec jsem ve zdravotnictví pracovala jako instrumentářka operačních oborů. V těchto oborech jsem se neustále setkávala s pacienty na prahu smrti i se smrtí samotnou. Protože člověk je pro mne především mým bližním, i výše zmíněná skutečnost mne přivedla k zájmu o obory, které se zabývají problematikou pomoci lidem. Přijala jsem proto nabídku uplatnit se v pomoci klientům v sociální oblasti a začala pracovat v Diakonii ČCE – středisku v Rýmařově, kde se ve svých službách snažíme podporovat seniory, aby žili plnohodnotný život. Tato podpora klientů mě natolik profesně i lidsky naplňuje, že se jí věnuji již třináct let a snažím se neustále rozvíjet všechny služby, které jsou, podle názorů klientů, přínosem hlavně pro ně samotné (jednou takovou službou, kterou chceme pomoci, je mobilní hospic). Jelikož se i nyní stále setkávám s člověkem – pacientem či klientem, který prodělává těžkou životní situaci nebo má vážné onemocnění, zvolila jsem si jako téma své diplomové práce Možnosti užití dotazníkových metod k posouzení spirituality a spirituálních potřeb pacientů v hospicové péči.

Smrt jako pojem je v dnešní tzv. západní společnosti, vzývající kult mládí, krásy a produktivity tabu. I přemýšlení o ní a o tom, co a zdali vůbec něco existuje po fyzickém skonu, shledává většinová populace jako nepříjemné a namnoze snad i zbytečné. V ČR je tato tendence ještě umocněna 41letým vlivem ateismu, který duchovní potřeby, jež si mnoho lidí začne vědomě připouštět právě až v okamžiku blížícího se konce fyzické existence, ignoroval, nebo v lepším případě, poplatný marxistickému dualismu, odsunoval do tzv. nadstavby.

Vycházím z faktu, že duchovní anamnéza se týká zejména pacientova přesvědčení a hodnot, které vyznává. Odtud pak vede přímá cesta k otázkám, jakou roli hraje duchovnost a náboženství v jeho životě. Rozhovor, který se zabývá těmito tématy, je

pro těžce nemocné a umírající pacienty velmi důležitý. Nedokáží si často odpovědět na otázky: Co dává mému životu smysl? Proč jsem nemocný? Jak se s tím mám vyrovnat? Co se mnou bude, až tento život skončí? Zdravotní sestry, lékaři či sociální pracovníci nemohou na tyto otázky odpovídat, ale mohou poskytnout pacientům podporu ve chvíli, kdy si je tito sami kladou, a pomáhat jim, aby na ně hledali vlastní odpovědi. Duchovní přesvědčení, náboženská víra a každá vyznávaná hodnota pacientům dodává sílu, kterou potřebují.

V praxi se takřka denně přesvědčuji, že člověk má materiální péči vždy dostatečně zajištěnou, což však nelze říci o jeho duchovních potřebách, neboť ty nebyly a mnohdy ani dnes nejsou vůbec ošetřeny. Kladu si tedy otázku, zdali se jim nevěnujeme z důvodu, že si s nimi neumíme poradit, neumíme je definovat, bojíme se o nich mluvit nebo jen na ně zapomínáme?

Duchovní potřeby patří kromě biologických, sociálních a psychických ke čtyřem základním potřebám člověka. Suma těchto čtyř potřeb vypovídá o tom, že jedince je nutno chápat v jeho celistvosti – holisticky. Pokud nejsou uspokojeny potřeby člověka v duchovní dimenzi, odrazí se to i na jiných jeho potřebách, a to v oblasti potřeb psychických, biologických či sociálních (a naopak).

Mnoho lidí a také pracovníků v oblasti zdravotních a sociálních služeb si spojuje duchovní potřeby s vírou v Boha a příslušností k nějaké církvi, a pokud nejsou sami věřící, vyhýbají se i jen rozhovoru na toto téma. Platí však, jak uvádí Mašát (2006, s. 103): „Spiritualita pomáhá lidem zvládat nejtěžší životní situace. Není to nutně jen vztah k biblickému Bohu, ale ke všemu co nás přesahuje, je to i každé vědomí světového řádu, který přijímáme a s nímž se identifikujeme.“

Proto bych chtěla svou práci poukázat na přetrvávající nedostatky jak ve zjišťování, tak v naplňování spirituálních potřeb klientů a ověřit, zda lze v našich podmínkách použít k posouzení spirituality a spirituálních potřeb pacientů v hospicové péči dotazníkovou metodu, a to především dotazník **FICA**.

Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Část teoretická má tři kapitoly. První kapitola popisuje význam spirituality a spirituálních potřeb v životě člověka, porovnává spiritualitu a náboženství. Ve druhé kapitole se věnuji péči o spirituální potřeby jako součásti zdravotní péče, popisují současný stav spirituální péče v českých zdravotnických zařízeních a spirituální péči v rámci hospicové péče. Ve

třetí kapitole teoretické části se zabývám možnostmi a úskalími zjišťování a hodnocení spirituality a spirituálních potřeb a rámcovým přehledem k tomu užívaných metod.

Praktická část je věnována výzkumnému šetření u klientů a personálu hospiců. Stanovila jsem si cíle a hypotézy a na základě dotazníkového šetření jsem získané odpovědi zhodnotila v tabulkách a grafech s následným vyhodnocením. Zjištěné informace jsem se snažila porovnat s jinými publikovanými pracemi.

V rámci dotazníkového šetření chci ověřit, zda je dotazník **FICA** srozumitelný pro osoby v terminálním stádiu, zda se dá uplatnit v našich podmínkách a zda na klienty v hospicích nepůsobí stresujícím dojmem. Chci také zjistit, zda klienti v hospicích chtějí tento dotazník vyplňovat, zda chtějí, aby se jich někdo ptal na víru, jestli jsou pro ně otázky konkrétní a srozumitelné. Cílem je i ověřit, co si pacienti v terminálním stádiu pod pojmem víra představují, zda rozlišují duchovnost nebo víru, má-li na ně duchovní postoj vůbec vliv (popř. pro ně význam), chtějí-li se vůbec zmiňovat o společenství, které mají, nebo chtějí-li vůbec hovořit o komunitě, kterou navštěvují, či jsou-li členy určité církve.

Cílem výzkumu je tedy zjistit, jaký mají pacienti a pracovníci v hospici názor na význam hodnocení spirituality a spirituálních potřeb u pacientů v hospicové péči, a dále zda považují dotazník FICA za vhodný nástroj k tomuto účelu.

Výzkum prokáže, zda je dotazník srozumitelný, nestresující, vhodný pro pacienty, zdali je vůbec dotazník funkční a počet jeho otázek adekvátní. Pokud zjistím, že dotazník funkční je, vzniká prostor pro jeho využití při šetření spirituality a spirituálních potřeb u pacientů v hospicích. V případě, že dotazník bude shledán nesrozumitelným či stresujícím, otázek v něm bude příliš mnoho nebo naopak málo a nebudou stačit ke zjištění potřebných dat, změním formulace otázek, popř. navrhnu dotazník jiný.

Svým šetřením mohu dojít rovněž k závěru, že zjišťování spirituality a spirituálních potřeb se v našich podmínkách nedá vůbec dotazníkem šetřit, a proto bude nutno změnit kvantitativní metodu za kvalitativní a zvolit jiný výzkumný nástroj (např. rozhovor), aby spiritualitu a spirituální potřeby u pacientů hospice bylo lze zjistit. Pokud výzkum potvrdí, že dotazník FICA je aplikovatelný na naše poměry, doporučím ho cílové skupině k užívání a distribuci.

1 SPIRITUALITA A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

“Nejenom chlebem bude člověk živ, ale každým slovem, které vychází z Božích úst.“ Mt 4,4

1.1 Potřeby člověka

„S pojmem potřeb se setkáváme často. Příkladem může být příroda, kde květiny – a nejen ony – potřebují vodu. Když ji nemají, vadnou. O potřebách hovoříme v ekonomice – tam, kde nám něco chybí a nedá se to sehnat. O potřebách se hovoří i tam, kde se jedná o lidi.“ (Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavazalová, H., Wija, P a kol., 2011, s. 31). Moderní ošetrovatelský systém je charakterizován uspokojováním potřeb zdravého i nemocného člověka. V pomáhajících profesích je důležité poznání nejen vlastních potřeb, ale i potřeb druhých lidí, kteří od nás očekávají pomoc. Chápeme pak lépe jejich orientaci v těžké životní situaci, ale i lépe tolerujeme názor druhého člověka.

Jak vlastně potřebu definuje psychologie?

Podle Trachtové (1999, s. 10) je potřeba projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem.

Šamánková (2011, s 16- 18) píše: „Lidské potřeby jsou jedním ze silných motivačních faktorů v našem životě, a naopak motivace je hybná síla našeho jednání a konání, ženoucí nás k uspokojení našich nenaplněných potřeb.“

Kalvach a kol., (2011, s. 34) uvádí, že v souvislosti s potřebami a motivací lidského jednání se ptáme, co je motivace? Upozorňuje, že slovo je odvozeno od stejného kořene jako motor (latinské moveo, movere – pohybovati, něčím hýbati). A co je to motor? To, co uvede auto do pohybu a udržuje ho v chodu. Přestane-li fungovat, auto se zastaví. Základní charakteristikou lidské potřeby je tedy to, že zvolí zcela určitý druh činnosti (např. žádost najíst se), k němuž se poté zaměří pozornost a snaha dosáhnout ho. Tato volba usměrňuje výdej a tok energie – nastupuje snaha najít potravu a jíst.

Není divu, že si lidé snažili vytvořit a dále předávat přehled, jaké potřeby člověk má.

„Jeden z nejdůkladnějších přehledů lidských potřeb podal dánský psycholog K. B. Madsen v roce 1972. Naznačil celou plejádu lidských potřeb – od tzv. biologických a fyziologických až po potřeby specificky lidské. Do tohoto seznamu lidských potřeb patří hlad, žízeň, sex, mateřský pud, péče o dítě, udržování tělesné teploty, vyhýbání se tělesné bolesti, exkrece, příjem kyslíku, odpočinek a spánek, aktivita, bezpečí, agrese, sociální kontakt, výkon, prestiž vlastnictví“.(Kalvach a kol., 2011, s. 31)

Potřeby dělíme dle různých kritérií, například na:

a) biologické – fyziologické potřeby – potřeby nutné k základnímu přežití jako potraviny, tekutiny, spánek, vylučování, pohyb, oblečení, bydlení, teplo, světlo, aj. Jsou to primární potřeby lidského těla. Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, pak dominují a žádné další potřeby člověka nemotivují. Jakmile jsou fyziologické potřeby uspokojeny, nastupuje další (vyšší) úroveň.

b) psychické – spojeny s prožíváním psychických stavů a jevů, např. citové vyžití. Vznikají se vznikem lidské psychiky, lidského vědomí, se společenským životem člověka.

c) estetické – odvíjejí se od požadavků jedince na estetické hodnoty. Potřeba krásna, umění a příjemného prostředí. Sebeaktualizace: potřeba naplnit svůj potenciál, dostat našim schopnostem.

d) sociální – společenské potřeby- přátelství, partnerství, láska, rodina. Touha po informacích, zajímavostech. Potřeba aktivity, řešit problémy aj.

e) duchovní – jsou spojeny s duchovním zaměřením jedince, religiózním, filozofickým, psychologickým zaměřením a cítěním.

Další, kdo definoval lidské potřeby, je D. McClelland (1917-1998). Upozornil na tři skupiny specificky lidských potřeb, jako je potřeba moci, potřeba něčeho dosáhnout, něco udělat, vytvořit, stvořit a poslední třetí lidskou potřebu definoval jako potřebu organického včlenění do společnosti druhých lidí (Kalvach a kol., 2011, s. 33)

V odborných pojednáních o psychologii potřeb se setkáváme i s pokusem vytyčit to, co je pro člověka nejpodstatnější. V roce 1995 to naznačil M. R. Leary: Jde o univerzální potřebu být „někým“ – být považován za člověka, který má svou

důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí (Kalvach a kol., 2011, s. 33).

K lepšímu pochopení našich potřeb významně přispívá tzv. Maslowova hierarchická teorie potřeb, která poukazuje na to, že potřeby jsou v určitých vztazích.

Mastiliaková (2007, s. 119) uvádí, že podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Lidské potřeby jsou v tomto hierarchickém systému organizovány podle své naléhavosti. Dané uspořádání vede k tomu, že tzv. „nižší“ potřeby (fyziologické) převládají a zvítězí v konfliktu s „vyššími“ (metapotřebami). Teprve po uspokojení nižší potřeby může dominovat potřeba vyšší.

Vyšší potřeby – potřeby seberealizace, uznání, sounáležitosti (metapotřeby)

Nižší potřeby – fyziologické, jistoty a bezpečí.



Obr. č. 1

Z Maslowových tezí o vyšších potřebách mj. vyplývá, že žití na úrovni vyšších potřeb vede k větší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, k hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života, má blíže k seberealizaci.

Podle Šamánkové (2011, s. 36-37) se v těžké nemoci hierarchie potřeb mění na dva základní okruhy. První okruh potřeb tvoří potřeby lásky a pocitu příslušnosti

a sebeúcty, druhý okruh zahrnuje fyziologické potřeby a potřeby jistoty a bezpečí. Šamánková (2011, s. 15) uvádí:

„...nenaplněné potřeby mohou vycházet z vnějších i vnitřních podnětů. Pocit nenaplněné potřeby pak může vyústit ve stres (což je reakce organismu na stresový podnět) nebo distres, čili tzv. špatnou zátěž, která je spojena s negativně laděnými a prožívanými emočními procesy (zklamání, strach). Dalším vyústěním může být frustrace, tj. i když je organismus připraven bojovat s problémy, neustále naráží na neřešitelnost překážky, která odsuzuje člověka k pasivitě. Nenaplněné potřeby se mohou projevit též závažným psychickým stavem – deprivací – strádáním a depresí – dlouhodobou a silnou frustrací.“

Naše práce se zabývá potřebami nemocných lidí, kteří jsou v terminálním stádiu. Opatrný (2004, s. 2) upozorňuje, že průběh nemoci, léčení i cesty ke smrti závisí i na jiných faktorech, než jsou pouze faktory medicínské. Právem se dnes tedy nemluví v souvislosti s umírajícími lidmi jen o potřebách biologických, ale také sociálních, psychologických a v neposlední řadě spirituálních.

Také Křivohlavý (2000, s. 165) píše, že pro člověka je charakteristické, že vedle základních potřeb má i potřeby, které tyto uvedené přesahují. A dále dodává, že k duchovním potřebám patří transcendence čili potřeba nadhledu, pak potřeba krásy, pravdy a spravedlnosti a třetí skupinu tvoří tajemství – mystérium. Člověk v určité situaci něco potřebuje, avšak to, co potřebuje, chápeme často každý jinak. Ukazuje i to, že existuje zřejmě velké množství různých potřeb a že z tohoto souboru, o němž máme přehled, vybíráme některou potřebu, kterou poté považujeme pro daného člověka v dané situaci za dominantní (hlavní, nejdůležitější).

Kutnohorská, (2007, s. 42) popisuje: „Cílem ošetrovatelské etiky je vhodným způsobem usilovat o uspokojení nejen terapeutických, psychických, ale také sociálních, kulturních a duchovních potřeb pacientů. Dle morální koncepce je péče přirozeným stavem lidské existence. Často se identifikuje s morálními atributy, jako například s lidskou potřebou být někým ochraňován, někoho ochraňovat nebo s potřebou lásky. Péče je proto etickým závazkem a ne pouze instrumentálním znakem lidského konání.“

1.2 Spirituální potřeby

Duchovní čili spirituální potřeby se vinou jako červená nit celým životem člověka. Byť pojem „spirituální“ nám může evokovat něco neurčitého, něco „mezi nebem a zemí.“ Třinecký (2011, s. 20) uvádí, „že za spirituální potřeby můžeme

považovat také potřebu smyslu, potřebu vyrovnaní vztahů, odpuštění, smíření, potřebu osobního ztišení, modlitby, meditace.“ Kalvach (2011, s. 85) popisuje spirituální, existenciální potřeby, které se týkají osobních hodnot, smyslu, hodnocení a naplnění života, jeho validace, smířenosti, svědomí, vztahu k Bohu, církevních úkonů.

Třinecký (2011, s. 21) uvádí, „že to, co je považováno za posvátné, je zdrojem síly. Síly, která lidem pomáhá ve chvílích zátěže. I autoři jako Durkheim či Geertz viděli v náboženství odpověď na základní sociální potřeby a smysl života.“

Anandarajan a Hight (2001, s. 82) uvádějí, že studie z nedávné doby ukazují velký vliv náboženství na zdraví člověka, a to jednak jako prevence proti onemocnění, ale i při vyrovnávání se s nemocí a při procesu uzdravování.

Bohužel je smutnou skutečností, že spirituální potřeby v naší společnosti velmi zanedbáváme. Nesouvisí to pouze s bývalým komunistickým režimem, který potíral náboženství a tím i celou spiritualitu, ale určitě také s hédonisticko materialistickým stylem života přetechnizované západní civilizace. Přesto však, i když se většina obyvatel ČR dle sociologických výzkumů nehlásí k žádné oficiální církvi, skutečných ateistů je mezi nimi jen velmi malé procento. Většina lidí se otázkami víry nějakým způsobem zabývá a neodmítá je, spirituální potřeby jsou pro jednotlivce stále významné. Štojdl (2011, s. 19) uvádí: „stejně tak, jako se potřebujeme nadechnout, potřebujeme také cítit vlastní smysl existence. Jde o to, že dnešní moderní péče nedokáže tyto potřeby sama o sobě identifikovat a snažit se je naplňovat. Jsou příliš individuální, skryté, komplikované a především intimní.“

Ve zdravotní i sociální sféře vidíme často člověka pouze jako bytost složenou z mnoha orgánů. Léčíme pouze jednotlivou poruchu funkce určitého orgánu, komunikujeme pouze s přístroji napojenými a sledujícími činnost jednotlivých životních funkcí. I rodinní příslušníci nás nutí, abychom jejich již umírajícího příbuzného neustále léčili, resuscitovali, jakoby se nechtěli smířit s nevyhnutelností blízké a konečné smrti. Kutnohorská (2007,s.72) uvádí: „Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní.“ A přitom všichni zapomínáme, že před námi leží člověk, bytost, která má duši, trpí úzkostí, strachem, osaměním, pokládá si otázky, na něž často nezná odpověď. Věřící člověk má útěchu ve víře a naději, že vše co prožil a prožívá, bude pokračovat v jiné dimenzi na druhém břehu. Ale i ten potřebuje potvrzení své odpovědi na tyto životní otázky.“

Svatošová (1998, s. 30) uvádí: „Ignorování spirituálních potřeb je jeden extrém, druhým je nerespektování svobodné vůle člověka vnučováním vlastních názorů.“ Matka Tereza říkala: „Dříve jsem myslela, že musím lidi obracet. Dnes vím, že je musím milovat, obracet si je bude Pán.“

Podle Opatrného (2004, s. 6-7), by měl personál spirituální potřeby uznat za stejně oprávněné jako potřebu tišit bolest. Nemocný má zvládnout řadu úkolů, které k životu patří, musí se zorientovat v situaci, která je pro něho nová a přijmout novou životní roli. Musí uvést do souvislosti dosavadní život s životem „okleštěným“ nemocí či pomalu hasnoucím, hledá smysl života i v nové situaci a snaží se docenit smysl života dosud živého. Ale zároveň se vyrovnává s obavami o sebe i o bližní, které možná brzy opustí, to ho nutí vyrovnat se s bilancí vlastního života, s životními neúspěchy a s domnělými nebo skutečně utrpenými křivdami, které se učí odpouštět.

Také se musí vyrovnat s manky vlastní odpovědnosti vůči životnímu partnerovi, dětem, Bohu a dospět k odpuštění. Toto jsou zásadní existenciální otázky, které nemocný bude více či méně nucen řešit.

Jak píše Šamánková (2011, s. 37) „pomoc člověku se může odehrávat v následujících rovinách:

- v rovině pohledu do minulosti, do které už není možné aktivně vstupovat a něco v ní měnit. Nemocný se smiřuje s tím, že život proběhl takovým a ne jiným způsobem, smiřuje se s bližními, Bohem, se sebou samotným.
- v rovině pohledu do přítomnosti – zde je možné pomoci při hledání a objevování smyslu prožitků nemocného, odkrývání a nacházení spirituálních hodnot.
- v pohledu do budoucnosti, který spočívá v doprovázení nemocného na cestě, kde se mu tyto hodnoty objevují. Až k základní spirituální hodnotě, kterou je láska.“

1.3 Spiritualita a náboženství

V předchozí kapitole jsme pojednávali o tzv. spirituálních potřebách, které samozřejmě úzce souvisejí s obecnějším pojmem spiritualita. Nyní se pokusíme podrobněji podívat na tento pojem a zamyslet se nad jeho významem (jak ho chápou různí autoři), stejně jako vztahem spirituality a náboženství.

Nejprve tedy, co znamená slovo spiritualita, jaký je původ tohoto pojmu. Slovník spirituality (1999, s. 211) uvádí, že spiritualita je pojmem teologickým a odvozuje se z latinských slov spiritus resp. spirit(u)alis, která mají původ ve slově spirare, které znamená dýchat. Spiritus je vzduch, vánek, dech a také duch, spirit(u)alis můžeme přeložit jako vzduchový, dechový a duchovní.

Spiritualitu někdy česky vyjadřujeme výrazem „duchovnost“ a například podle internetové encyklopedie wikipedie znamená „životní praxi, způsob vnímání a osobního zacházení s tím, co člověka přesahuje: s Bohem, s božským, s transcendencí. Náboženská spiritualita je vnitřní, osobní stránka zbožnosti a náboženství.“ Tento duchovní aspekt vnitřního života je důležitý pro každého člověka. Význam spirituality zdůraznila v nedávné době řada psychologických škol. I u nás je známá logoterapie Viktora Frankla, knihy M. Scott Pecka, C. S. Lewise, Thomase Mertona nebo Anselma Grüna.

Vidíme, že podle předchozí definice je spiritualita úzce spojena s náboženstvím. Ivanová (2005, s. 204) jde dál a definuje spiritualitu jako způsob duchovního života, který je vlastní osobnosti či životní situaci v nějakém náboženství nebo také nezávisle na něm.

Říčan (2007, s. 47) vnímá spiritualitu jako „jednu z integrujících komponent osobnosti.“ Předpokládá, že alespoň pro některé jedince tvoří spiritualita jednotící centrum motivů, postojů, citů, skrze ni člověk nachází sebe sama i smysl svého života.

Také Jaro Křivohlavý (2006b, s. 144) hovoří o spiritualitě v souvislosti s hledáním životního smyslu. Vychází z předpokladu, že „spiritualita je všelidským jevem. Je možné ji diagnostikovat u každého člověka ve všech kulturách, etnických oblastech a vývojových stupních.“ Říká, že spiritualita a religiozita je „antropologickou konstantou“. To znamená, že patří do genetického vybavení člověka, a tudíž každý z nás má tuto charakteristiku osobnosti.

Spiritualita je tedy považována za velmi důležitou složku vnitřního života člověka, která se týká věcí člověka přesahujících, transcendentních – a tím se dostáváme k pojmu náboženství, protože právě náboženství dává odpovědi na otázky v oblasti transcendentna. Jak souvisí pojem spirituality a náboženství? Zdá se, že v průběhu druhé poloviny 20. století došlo k určité změně v chápání a vztahu těchto dvou pojmů.

Blatný (2010, s. 226) ve své knize uvádí:

„...pojem náboženství chápeme jako instituce, nauky, mravní normy, obřady atd. Naproti tomu to, co bylo tradičně, přinejmenším od romantismu, považováno za nedílnou součást, ne-li dokonce za jádro náboženství tedy subjektivní, prožitková stránka náboženství, se nyní nazývá spiritualita. Spiritualita byla tedy z pojmu náboženství vyjmuta a navíc k němu postavena do protikladu. Zajímavé je, že tato polarizace – spiritualita versus náboženství – je spojena s výraznými hodnotovými konotacemi: Náboženství je chápáno jako něco rigidního, zastaralého až reakčního, moralistického, pokrytecky vnějškového, zatímco spiritualita slibuje niternost, autenticitu, svobodu, nedogmaticnost, hloubku citu, originalitu.“

Podobně popisuje vývoj pojmů Říčan (2007, s. 49). Říká, že do psychologie nepronikl pojem spirituality od teologů, duchovních pastýřů či katechetů. Naopak posloužil polemice amerických hippies šedesátých let proti církevně-náboženskému establishmentu. Charakteristické bylo heslo „I am not religious, but I am spiritual“, které se u nás dnes přes svou obtížnou přeložitelnost setkává s živým ohlasem. „S náboženstvím na mě nechod'te, ale duchovno – to беру“, takový je běžný postoj v určitých kruzích, převážně mladých lidí.

Spiritualita se dokonce stává pojmem náboženství nadřazeným. Náboženství je na rozdíl od spirituality vírou, která je vztažena ke konkrétní náboženské tradici, často souvisí s církví nebo nějakou denominací. Náboženství má zpravidla jasně organizovaný systém vztažený k Bohu, který má svou věrouku, rituály, praxi i stanovené denní povinnosti věřících. Spiritualita naopak zahrnuje všechny ty, kteří své duchovní prožitky a potřeby praktikují ve vlastním systému religiózních představ. Často i mnohým osobám, které se pokládají za nevěřící, není cizí myšlenka na život po smrti a existenci duše. Mnozí mají svou víru ve formě subjektivního osobního náboženství nebo obecné filozofie života. (Ivanová, 2005, s. 206)

Také Říčan (2007, s. 50) se zaměřuje mimo jiné na spiritualitu lidí nevyznávajících žádné náboženství. Říká, že spiritualita a náboženství jsou v zásadě oddělené entity, které se mohou překrývat, avšak nemusejí. Ve spiritualitě jde o hledání

něčeho, co nás přesahuje, něčeho, co je mimo naši moc – ne vždy se musí jednat o Boha, ale např. o otázku pravdy nebo o hledání smyslu života.

Dr. Christina Puchalski (2010) píše, že o spiritualitě se obvykle hovoří v souvislosti se vztahem k Bohu, ale může se týkat přírody, umění, rodiny nebo společenství – patří k ní každá hodnota a každé přesvědčení, které člověku pomáhá nalézt smysl a cíl života.

Ivanová (2005, s. 205) popisuje spiritualitu jako celé pole projevů motivovaných duchovní (ne tedy ryze a čistě biologickou, psychologickou a sociální) vrstvou jedince nebo kultury. Kondenzačními jádry spirituality se stávají otázky smyslu života, jeho směřování, konečnosti i nekonečnosti, otázky vztahů v interpersonální komunikaci, otázky vztahu k sobě samému i abstraktní hodnoty, jako je láska a nenávisť, dobro a zlo aj. Spiritualita je vlastně životní cesta.

Zajímavé je stanovisko Belzenu (2009, s. 399) který říká, že neexistuje obecná spiritualita, ale pouze zcela konkrétní projevy spirituality – určitá praxe, tj. činy a aktivity, které jsou projevy lidí jako výraz jejich oddání se tomu, co sami považují za transcendentní. Navrhuje proto, aby se mluvilo o spirituálních činech a aktivitách a na ty by se měla psychologie zaměřit.

Vraťme se na chvíli k teologickému chápání spirituality – ostatně bylo řečeno, že z teologie tento pojem pochází. Umlauf (2011) ve své prezentaci Jak porozumět pojmu spiritualita upozorňuje, že Hans Urs von Balthasar rozlišuje tři rozměry spirituality: První rozměr uvádí, že je člověk v protikladu ke hmotnému světu určen duchem, druhý rozměr se týká ducha, který touží po sebeuskutečnění, sebevyjádření ve světě a ten třetí rozměr hovoří o člověku, který ale nemůže sám sebe chápat jako konečnou normu, potřebuje se nechat vést Duchem, absolutním, univerzálním Logem.

Sheldrake (2003, s. 62-63) uvádí: „pro křesťana se pojem duchovní vztahuje k Duchu Svatému čili k Bohu, taková přítomnost Ducha Svatého, která postupně pronikne všechno, čím člověk je a co má.“ Spiritualita se tudíž zabývá spojením teologie, modlitby a křesťanské praxe. Jejím ústředním rysem je fakt, že spiritualita odvozuje svou identitu od křesťanského přesvědčení, že jakožto lidé jsme schopni navázat vztah k Bohu, který je transcendentní, ale současně je také imanentně přítomen v jádru všech stvořených věcí.

Oproti tomu Ivanová (2005, s. 205) konstatuje, že spiritualita bývá popisována jako dvojdimenzionální pojem: První dimenze jako vertikální je vztah

s transcendentnem – Bohem nebo jinou nejvyšší mocí řídící lidský život. Druhá dimenze horizontální je vztah jedince k sobě samému, k jiným a k prostředí, ve kterém žije. Mezi těmito dvěma dimenzemi je nepřetržitý vztah.

Vidíme, že se pojetí teologické – spiritualita úzce souvisejí s třetí Božskou osobou – a pojetí uvedených autorů značně odlišují. Protože podle nich nejen, že spiritualita nesouvisí s Duchem svatým, ale téměř nemá co dělat s náboženstvím vůbec. Přesto však tyto autoři poukazují na důležitost spirituality – ve smyslu hledání životních hodnot, vztahů k jiným lidem a smyslu života vůbec. A co je zajímavé, míra duchovní zkušenosti se podle Říčana dá měřit. Zkoumáním a měřením spirituality a jejich úskalími se budeme zabývat ve třetí kapitole této práce.

2 PÉČE O SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY JAKO SOUČÁST ZDRAVOTNÍ PÉČE

2.1 Současný stav spirituální péče v českých zdravotnických zařízeních

Odjakživa provázely nemocného člověka modlitby a další náboženské praktiky, protože náboženství a medicína byly spolu úzce spjaty a nikdo si tehdy nedokázal představit, že by k nějakému oddělení či rozkolu mohlo dojít. A přece. Věda způsobila, že došlo ke vzdalování obou disciplín. V současné době se snažíme tuto propast přemostit spiritualitou.

Náboženská víra povzbuzuje nebo naopak znemožňuje určité chování, jež má vliv na zdravotní péči. Lidé, kteří nemají náboženskou víru, zaměřují svou pozornost k jiné formě transcendence. Všichni ale sdílí existenciální potřeby a obavy. Mnoho lidí, jak víme, svědčí o hlubokých zkušenostech obrácení na nějaký typ víry. Dozvídáme se tak o tom, jak se jejich život stal smysluplným a plným naděje.

Zdravotnické a sociální instituce, které ignorují tuto duchovní dimenzi ve své činnosti, tak zvětšují riziko, že stanou pouhými poskytovateli materiální péče, čili biologickými servisy či opravami.

Kde se současná duchovní péče vzala? Ve své novodobé historii byla nejdříve praktikována v USA, které se tak staly kolébkou pastorační péče. Vznik je spojován se jménem kaplana Antona Boiseny, který si během hospitalizace uvědomil, že je nutno zbourat zeď, která stojí mezi medicínou a náboženstvím. Jeho činnost později přerostla až k vytvoření tzv. Asociace pro klinické a pastorační vzdělávání (Association for Clinical Pastoral Education) v r. 1967. V dnešní době má již APCE asi 3 300 členů, sdružuje 350 vzdělávacích center, má 600 certifikovaných supervizorů, 118 teologických škol a 21 náboženských skupin. Profesionální kaplani v těchto institucích se ujímají různých životních krizí či fází života prostřednictvím duchovní péče. Regulační a akreditační orgány zdravotnických organizací vyžadují velkou pozornost k duchovním potřebám. Taková pozornost plyne z víry, že péče o tělo nemůže být efektivní, pokud dochází k ignorování srdce, mysli a duše pacienta. Odborníci stále navíc zjišťují, že se pacienti chtějí celistvě přiblížit ke své spokojenosti.

Kdo poskytuje tuto duchovní péči? Základní duchovní péči mohou poskytovat dobrovolníci, duchovní místních komunit či profesionální nemocniční kaplan. Tento

kaplan nenahrazuje místní náboženské představitele, ale vyplňuje speciální potřeby, které jsou zahrnuty ve zdravotnických prostředích. Mnoho lidí nemá žádnou náboženskou komunitu, mnoho pacientů nesdělí svému duchovnímu svou hospitalizaci, jiní jsou zase daleko od domova. Kaplani nabízejí služby všem pacientům a poskytují takové prostředí, aby se pacient zbavil svých duchovních problémů.

V Evropě je situace různá. Např. v Nizozemí je kaplanství, duchovní a pastorační péče běžnou součástí péče zdravotnické a situace je zde velmi dobrá (na rozdíl od východoněmeckých spolkových zemí, kde se dá říci, že kaplanství je tam teprve v začátcích).

Jaká je situace v Čechách a na Moravě?

Je nepochybné, že i u nás se situace mění k lepšímu a problematikou duchovní péče o pacienty zabývají odborníci na paliativní lékařství. Například Sláma poukazuje na potřebu zaměřit se také na spirituální dimenzi lidské osoby: Potřeba navazovat vztah k transcendentálním skutečnostem je zakotvena v lidské přirozenosti, jak o tom svědčí vývoj náboženských představ od prehistorických dob až k současným světovým náboženstvím – s jejich specifickými cestami niterné duchovní zkušenosti. (Sláma, 2004, s. 449)

Mnoho vážně nemocných (podle něj) nalézá ve spirituální dimenzi zdroj vnitřní síly a spojuje ji s potřebou smíření, odpuštění, uznání nároků absolutního bytí. Zkušenosti lékaři nepochybují o tom, že spirituální faktory mohou mít významný podíl na uzdravení z těžké nemoci a přispívají k zachování dobrého zdravotního stavu. (Sláma, 2004, s. 450) Proto je nutné, aby zdravotničtí pracovníci se svými pacienty hovořili o jejich duchovních hodnotách, a to zvláště v terminálním období nemoci.

Sláma (s. 451) velmi výstižně říká:

„někteří zdravotničtí pracovníci považují smrt svého pacienta za osobní prohru a omezují kontakt s umírajícím na nezbytné minimum. Díky šíření zásad paliativní medicíny se způsob profesního chování k vážně nemocným začíná měnit. Zvláště v lůžkových zařízeních zdravotní a sociální péče přibývá mezi lékaři, sestrami a dalšími zaměstnanci těch, kdo si uvědomují velikost duchovní nouze v terminální fázi nemoci a chtějí přispět k jejímu zmírnění.“

Sláma (s. 454) kladně hodnotí, že v paliativní medicíně se dnes plně doceňuje, jak velký význam má vnitřně prožívaná náboženská víra pro pacienta i jeho blízké. Víra dává odpověď na znepokojivé existenciální otázky a dovoluje, aby těžce nemocný prožíval poslední období svého života v metafyzickém bezpečí.

Marková (2010, s. 90) píše, že zdravotník má dva úkoly:

„1. Nevyhýbat se duchovním tématům, i když se sám považuje za nevěřícího. Spíše je jeho úkolem být partnerem v rozhovoru, podpořit nemocného v hledání vlastních odpovědí na tyto otázky.

2. Pokud má nemocný přání účastnit se nějakým způsobem náboženského života, umožnit mu to. To s sebou nese nutnost orientovat se v základních náboženských pojmech.“

Teoreticky tedy je spirituální péče o pacienty přijímána v odborných kruzích jako nezbytná. Jaké to ovšem je po praktické stránce? Ve zdravotnických zařízeních je zatím péče o duchovní potřeby přesouvána hlavně na představitele křesťanských církví a zaměřuje se pouze na lidi, kteří tzv. „chodí do kostela“.

Eva Kalvínská ze Sekce krizové asistence Společnosti lékařské etiky ČLS JEP uvádí ve své prezentaci na Konferenci ve vzdělávání z r. 2007: „Spirituální péče v českých nemocnicích je dosud chápána jako součást církevní péče o lidi nábožensky orientované“.

Z posledního sčítání obyvatel přitom vyplývá, že praktikujících věřících je pouze několik procent, příslušnost k nějaké církvi má pouze několik desítek procent osob. Ať jsou již výsledky sčítání jakékoliv, je duchovní péče nezbytná pro většinu pacientů, protože i ti nepraktikující věřící potřebují pastorační péči.

Jak dále uvádí dr. Kalvínská: Doporučení Rady Evropy 1418/1999 – tzv. „Charta práv umírajících“ varuje, že „Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných či umírajících osob jsou ohrožena mnoha faktory, mj. i nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby“.

Duchovní péči ve zdravotnické a sociální sféře se zabývají tyto organizace:

- Komise pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních ERC v ČR
- Rada pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních při České biskupské konferenci
- Sekce krizové asistence v rámci Společnosti lékařské etiky ČLS JEP
- Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
- Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče

Celkově ale situace u nás není vůbec dobrá. Samozřejmě duchovní přichází k praktikujícím věřícím do zdravotnických zařízení, kde slouží mše, podává eucharistii..., v několika nemocnicích pracují tzv. pastorační asistentky (Praha, Brno, Havířov, Třinec) – jde o zaměstnankyně církví, které zde působí na základě dohody mezi církví a nemocnicí. Pro některé nemocnice jsou určeni duchovní (Praha, Brno,

Hradec Králové), kteří též nejsou zaměstnanci nemocnic. V Ústřední vojenské nemocnici v Praze pracuje na plný úvazek nemocniční kaplan jako člen týmu, jeho činnost je hrazena Ministerstvem obrany ČR. V současné době existuje v některých dalších nemocnicích funkce duchovního, je ale otázkou, do jaké míry je tato funkce uskutečňována a naplňována.

Kalvínská navrhuje tyto cesty ke zlepšení situace: Na prvním místě je třeba zajistit informovanost lékařů, sester a ostatních zdravotníků o smyslu, náplni a provádění spirituální péče v rámci nemocnic v rámci pregraduálního i postgraduálního studia. Dále musí být odborně vyškoleni krizoví asistenti a nemocniční duchovní, kteří mají spirituální pomoc profesionálně poskytovat a organizovat a budou součástí týmů zdravotnických zařízení. Bylo by třeba vyvolat legislativní změny, které by umožnily zařazení pracovníků poskytujících spirituální pomoc mezi personál zdravotnických zařízení tak, aby byli uznanou součástí týmu pečujícího o vážně nemocné osoby. V neposlední řadě je nutné informovat veřejnost o možnostech poskytování spirituální péče ve zdravotnictví. Kalvínská také doporučuje rozšířit etické a duchovní aspekty péče o umírající a zemřelé ve zdravotnických zařízeních i na jejich rodiny a nezapomíná ani na duchovní podporu ošetřujícímu personálu v nemocnicích.

Na konci loňského roku se ministr zdravotnictví Leoš Heger se setkal s pražským arcibiskupem Dominikem Dukou, předsedou České biskupské konference, a synodním seniorem ČCE Joelem Rumlem, předsedou Ekumenické rady církví, ohledně duchovní služby v nemocnicích (tzv. nemocničních kaplanů). Při společné schůzce se zúčastněné strany dohodly, že Ministerstvo zdravotnictví ČR převezme oficiální záštitu nad duchovní službou v nemocnicích a ve spolupráci s církvemi vypracuje právní zakotvení přítomnosti nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních.

Že by tedy začalo svítat na lepší časy? Je pravda, že ještě před několika lety nebylo slovo spiritualita ve zdravotnictví vůbec známé. A dnes v roce 2012 již nemocnice i nejvyšší místa uskutečňování těchto potřeb kvitují.

2.2 Spirituální potřeby v rámci hospicové péče

Nejprve si vysvětlíme termín hospic. Slovo hospic pochází z latinského hospitium – útulek. Hospice existovaly již za Římské říše a ve středověku, v té době se jednalo o útulky či přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se uzdravit a pokračovat v cestě, nebo v klidu zemřít. Vyskytují se dokonce názory, že první hospic byl popsán již v podobenství o milosrdném Samaritánovi (Munzarová, 2005, s. 41).

Haškovcová (2007, s. 45) uvádí:

„Hospic většinou vedl člověk, který byl schopný vést nejen hostinec, ale který se vyznal i v ranhojičství. Ne náhodou mají dnešní hostinec a nemocnice (hospital) stejný etymologický původ. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co můžeme moderní terminologií nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem.“

Moderní hnutí pro obnovu hospiců je spjato se jménem dr. Cecílie Saundersové, Angličanky, která stojí za otevřením prvního hospice nového typu v Londýně v roce 1967. Hlavním úkolem těchto hospiců je zlepšit kvalitu života v jeho poslední fázi a umožnit důstojné umírání. V okamžiku, kdy je jasné, že se život vinou chorobného procesu blíží ke svému závěru, snaží se, aby pacientům byly poskytnuty veškeré možnosti, zajišťující fyzický, psychický a spirituální komfort. Munzarová (2005, s. 69-70) uvádí, že úsilí zakladatelky moderního hospicového hnutí bylo korunováno úspěchem, protože dnes pouze v Anglii působí cca 220 hospiců, v světě pak více než 2000.

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká. Zasloužila se o ně lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí pod názvem Ecce homo. Prvním úspěšným činem sdružení bylo vybudování našeho prvního hospice Sv. Anežky České v Červeném Kostelci v r. 1995. Dnes u nás působí 14 hospiců a též několik tzv. mobilních hospiců.

Vácha (2009) upozorňuje na fakt, že dle statistik umírá v ČR ročně cca 105 000 obyvatel, z toho 70 000 na chronická nevléčitelná onemocnění, čili přesně tolik pacientů potřebuje v závěru života paliativní péči. Soustavnou specializovanou paliativní péči potřebuje cca 7 – 14 000 pacientů ročně, kvalitní paliativní péče je však v ČR dostupná pouze asi 2 % terminálně nemocných a umírajících.

Zmíněná paliativní péče je definována r. 2002 Světovou zdravotnickou organizací takto:

„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho častým zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“.

Svatošová (1999, s. 123) popisuje, že myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen

Hospicová péče může být z časového hlediska dělena následovně:

- období *prae finem* – péče o nemocného a jeho blízké do nástupu terminálního stavu
- období *in finem* – péče o nemocného a jeho blízké v terminálním stavu
- období *post finem* – péče o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých až po dobu 1 roku. (Svatošová, 2009, s. 132).

V hospicové péči usilují zaměstnanci i pacienti o uspokojování spirituálních potřeb. Spirituální potřeby pacienta však nejsou totožné s potřebami psychologickými, s nimiž bývají často zaměňovány. Jde o hlubší a osobnější angažovanost ve sdílení se s pacientem na té nejhlubší úrovni. To samozřejmě vyžaduje i větší míru soukromí. I z toho důvodu nejsou jednolůžkové pokoje v hospici přepychem, ale naprostou nutností. Na druhé straně však nemocní přicházejí do této péče poměrně pozdě – v preterminálním stádiu, takže již někdy není možné s nimi navázat smysluplnou spirituální komunikaci (Svatošová, 1998, s. 29).

Podle Neumannové (2012, s. 18) je spirituální péče nedílnou součástí péče v hospicích od počátku jejich fungování v České republice. V listopadu 2011 byl proveden průzkum mezi členy Asociace. Výsledky potvrdily, že členové využívají možnost podpořit nejen pacienty, ale i pracovníky v péči o duchovní část osobnosti. Ve třech hospicích je duchovní přítomen každý den, v pěti hospicích 3-7x týdně, pouze v jednom 1x měsíčně. Je třeba ale opakovaně uvádět, že spirituální péče je nabídkou, která patří všem bez ohledu na členství či aktivitu v církevním životě. Jak v tomto článku uvádí P. Kofroň, duchovní pražského hospice Štrasburk: „Nevěřím v nevěřící, každý má své bazální víry. Za celé mé působení, když jsem řekl pacientovi, že se za něj budu modlit, nikdo neřekl ne.“

3 MOŽNOSTI A ÚSKALÍ ZJIŠŤOVÁNÍ A HODNOCENÍ SPIRITUALITY A SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB

3.1 Zjišťování a hodnocení spirituálních potřeb – přehled metod a dotazníkových nástrojů užívaných v zahraničí a v ČR

V této kapitole se dotkneme tématu možnosti „zjišťování“ spirituality. Na toto téma je možné se dívat ze dvou různých hledisek, buď zjišťujeme spirituální život jednotlivého člověka, respektive pacienta, aby bylo možné jeho duchovní potřeby naplnit, nebo nás zajímá spiritualita kvůli například psychologickému výzkumu. První skupina dotazníků se tedy používá v praxi, kdežto druhá slouží jako metoda sběru dat důležitých pro vytváření nějakých teoretických závěrů.

Hlavní téma této diplomové práce je dotazník FICA, který patří k první zmíněné skupině. Autorkou *Dotazníku k hodnocení duchovních aspektů osobnosti* (Spiritual Assessment) známý pod akronymem **FICA**, který odkazuje ke čtyřem základním otázkám – 1) víře (**F**aith); 2) dopadu na život (**I**mportace); 3) vztahu ke společenství (**C**ommunity); 4) způsobu přístupu (**A**dress) – je Dr. Christina Puchalski (dále je popsán ve čtvrté kapitole, která se zabývá přímo zkoumáním použitelnosti dotazníku FICA).

Podobný dotazník vytvořily autorky Gowri Anandarajah a Ellen Hight. Nazývá se **HOPE** (česky naděje) a má sloužit jako nástroj pro formální posouzení spirituality používaný při lékařském rozhovoru.

Otázky dotazníku HOPE

H: Zdroje naděje (Hope), smyslu, útěchy, síly, míru, lásky a vztahů

O: Organizované náboženství (Organized religion)

P: Osobní spiritualita a praktiky (Personal spirituality and practices)

E: Vliv (Effects) na lékařskou péči a záležitosti konce života ,end of life)

Tyto otázky pomáhají studentům medicíny a lékařům začít zapojovat spirituální hledisko do lékařského rozhovoru. Zatím však nebyly předmětem výzkumu. Autorky zdůrazňují, že výhody jejich dotazníku spočívají v tom, že poskytují možnost navázat

diskusi s pacientem a přitom neobsahují přímo slova jako spiritualita nebo náboženství, a tak nevytvoří možnou jazykovou bariéru.

První písmeno této mnemotechnické pomůcky se zabývá základními spirituálními zdroji pacienta, jako je naděje, bez přímého zaměření na náboženství či spiritualitu. Tento přístup umožňuje smysluplný rozhovor s různými pacienty včetně těch, jejichž spiritualita leží mimo hranice tradičního náboženství. Zároveň však mohou pacienti, pro které je Bůh a náboženství důležité, k tomuto tématu plynule přejít.

Druhé a třetí písmeno se týká významu organizovaného náboženství pro život pacienta (jeho vlivu na něj) a specifických aspektů jeho osobní spirituality; také zkoumají, které praktiky, jako třeba osobní modlitba či meditace, jsou pro pacienta užitečné.

Poslední bod se vztahuje k otázkám vlivu pacientovy víry či spirituality na lékařskou péči a může pomoci vrátit rozhovor zpět k organizaci léčebného procesu. Nyní se jen velmi stručně zmíníme o modelovém typu dotazníku z druhé skupiny zmíněné v úvodu kapitoly, vytvořeném v českém prostředí.

Říčan a Janošová (2004, 2005) vytvořili na základě převzetí a úpravy položek Hoodovy (1975) Škály mysticismu, Piedmontovy (1999) Škály spirituální transcedence a McDonaldova (2000) Inventáře vyjádření spirituality nový nástroj, tzv. **Pražský dotazník spirituality (PSQ)**. Při jeho tvorbě však také autoři vycházeli velkou měrou z rozhovorů s vysokoškolskými studenty a dalšími lidmi, na jejichž základě pak rozšířili PSQ o další originální témata (hlubinná ekologie, etický patos apod.), která byla v dotaznících spirituality dosud opomíjena. Jeho třicetipoložková verze (PSQ 30) obsahuje otázky zaměřené převážně na zkušenost (prožívání – „Prožil/a jsem někdy úplné sjednocení se Zemí a veškerým životem?“) nebo na přesvědčení („Smrt je návrat někam domů“). Na základě výzkumu provedeného převážně na vysokoškolských studentech došli autoři tohoto dotazníku k existenci pěti spirituálních faktorů, které považují za samostatné spirituální roviny:

- mystická zkušenost
- eko-spiritualita
- svědomitá starostlivost
- sounáležitost
- latentní monoteistická orientace.

Racionálně byl ještě dotazník doplněn o škálu šestou, nazvanou etické zaujetí.

3.2 Úskalí dotazníků

K úskalím dotazníku **FICA** se vyjádřím v závěru své práce.

Dotazník **HOPE** ještě nebyl podrobněji vědecky prozkoumán, ale je třeba říct, že jeho autorky jej považují především za pomocný nástroj při zjišťování spirituálních potřeb pacienta (aby toto zjišťování mohlo probíhat méně formální cestou). Oba dotazníky, **FICA** i **HOPE**, se zabývají nemocnými lidmi, případně lidmi v poslední fázi života, a mají sloužit k praktické pomoci pacientům.

Hlásková ve své diplomové práci uvádí (2011, s. 47), že Pražský dotazník spirituality vznikl jako nástroj k teoretickému zjišťování spirituality. Konstatuje, že podle Říčana (2007) jde o metodu k mapování spirituálního života lidí, kteří se odklonili od křesťanského náboženství, nebo s ním nikdy nesetkali či jej lhostejně mívají. Říčan pracuje s dobrovolníky bez ohledu na jejich církevní příslušnost, proto pro jeho potřeby nevyhovoval žádný ze zahraničních dotazníků, které jsou příliš determinovány křesťansky používanou terminologií i cílem otázek (což by mohlo mnohé respondenty odradit hned zpočátku). Při vývoji dotazníku byl pro jeho potřeby přeložen Piedmontův dotazník spirituální transcendence (**STS**) – jeho položky však pilotnímu vzorku zněly cize a dotazník věnoval také málo pozornosti emočnímu aspektu spirituality. Tento dotazník byl navíc sestaven za účelem změřit spiritualitu jako šestou vlastnost osobnosti k doplnění „velké pětky“ (**NEO Big Five**), proto autoři začali s vlastním dotazníkem od nuly (v teoretickém pojetí navazují autoři také na tradici Hoodovy diagnostiky mystických jevů a na myšlenku Elkinse (Říčan2007), že v centru humanistické spirituality stojí láska a soucit).

Říčan (podle Hlásková, 2011, s. 47) popisuje svůj dotazník doslova takto: „Při tvorbě položek jsme akcentovali obraznost, metaforu, patos, prožitky tajemství a fascinace, jež považujeme za charakteristické pro spiritualitu; dotazy na relevantní názory a přesvědčení mohou také zjišťovat spiritualitu, ale spíše „oklikou“.

Jandásková (2009) ve své disertační práci k Pražskému dotazník spirituality uvádí, že co se týká stability skóre dotazníku a jeho faktorové struktury v čase, ukázalo se, že ženy některé položky při druhé administraci interpretovaly v opačném směru. U chronicky nemocného pacienta však může dojít postupem času k oslabení víry, proto nízká test-retestová reliabilita v tomto případě nutně neznamená, že je dotazník málo kvalitní. Teprve další studie, které nebudou provedeny pouze na populaci

středoškolských a vysokoškolských studentů (Říčan & Janošová, 2005), mohou ukázat, do jaké míry se může struktura a obsah konceptu spirituality měnit s věkem, v závislosti na osobní zkušenosti a dosaženém vzdělání.

O určitých omezeních empirického výzkumu spirituality píše Jacob Belzen. Říká, že mnoho výzkumů psychologie náboženství není ničím jiným než aplikováním běžných psychologických výzkumů na religiózní lidi. Belzen odmítá tezi, že všichni lidé jsou spirituální bytosti, podle něj není tento předpoklad potřeba, naopak doporučuje, aby badatel zůstal ve svých předpokladech neutrální. Navrhuje, aby se psychologie zabývala tím, jaký význam mají spirituální činy či aktivity pro jednotlivého člověka. Autor uvádí doporučení pro empirický výzkum – je vhodné studovat případy, kde je zkoumaný jev extrémně vyvinut a přijít s ním do bezprostředního kontaktu, snažit se zažít to, co se zkoumá; badatel by měl brát v úvahu socio-kulturní prostředí. Při všech psychologických výzkumech jde podle autora o to, dostat se nejbližší k dotazovanému, vybudovat si důvěru zkoumaných osob a přesto si udržet určitý odstup. Z výše řečeného se zdá být jasné, že dotazník není pro empirický výzkum spirituality nejvhodnějším nástrojem.

Vidíme, že na zkoumání spirituality je možné pohlížet různě, a co se týče empirického výzkumu, názory se zde střetávají. Nás však nyní bude zajímat použitelnost a vhodnost dotazníku FICA při zjišťování spirituálních potřeb pacientů.

4 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÁ OTÁZKA A OPERACIONALIZACE HYPOTÉZ

Cílem výzkumu je zjistit, jaký mají pacienti a pracovníci v hospici názor na význam hodnocení spirituality a spirituálních potřeb u pacientů v hospicové péči a dále, zda považují dotazník FICA za vhodný nástroj k tomuto účelu. Vycházím přitom z následujících tezí:

- hospicová péče je péčí komplexní, která má ambici naplňovat všechny, tedy i spirituální potřeby
- aby mohli pracovníci v hospici na spirituální potřeby adekvátně reagovat, musí je nějakým způsobem zhodnotit
- jsou různé možnosti hodnocení duchovního stavu a duchovních potřeb, jedním z nich je využití dotazníku na začátku, po přijetí do péče
- jedním z dotazníků užívaných v zahraničí je dotazník FICA
- popis dotazníku FICA
- náš výzkum hodnotí formou dotazníku názory pacientů a pracovníků v hospicích na dotazník FICA

Hypotézy:

H1

Pacienti v hospicích jsou schopni vyplnit dotazník FICA

H2

Pacienti v hospicích považují hodnocení spirituality a spirituálních potřeb za důležité

H3

Pracovníci v hospicích považují hodnocení spirituality a spirituálních potřeb za důležité

H4

Pacienti v hospicích budou považovat zhodnocení spirituality formou vyplnění dotazníku za problematické

H5

Pracovníci v hospicích budou považovat zhodnocení spirituality formou vyplnění dotazníku za možné

H6

Pacienti budou považovat otázky dotazníku FICA za srozumitelné a jednoznačné

H7

Pracovníci v hospicích budou považovat otázky v dotazníku FICA za srozumitelné a jednoznačné

5 POPIS POUŽITÝCH METOD

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu dotazníku. Byly vytvořeny dva dotazníky – jednak pro zaměstnance, jednak pro klienty dvou hospiců. Těmito dotazníky jsem ověřovala použitelnost dotazníku FICA.

Dotazník FICA, jak uvádí jeho autorka Dr. Puchalski, začíná otázkou označenou písmenem **F** a týká se pacientovy víry (**F**aith). U této otázky však nejede jen o to zjistit, zda pacient věří v Boha nebo je jinak duchovně založený. Ve druhé otázce se tazající snaží zjistit, jaký význam či vliv má pacientovo duchovní přesvědčení – ať už se týká přírody, hudby, výtvarného umění nebo určitého náboženství – na způsob, jakým pacient žije. Této části odpovídá písmeno **I** v názvu dotazníku (jako zkratka slova „Importance“ nebo „Influence“). Jde o to, jaký význam či vliv má pacientův duchovní postoj pro něj samotného. Třetí otázka je označována písmenem **C**, se proto týká pacientovy komunity (**C**ommunity). Mohou být členy, určité církve nebo patřit k jinému druhu společenství. Cílem čtvrté otázky dotazníku FICA, kterou v názvu zastupuje písmeno **A** (podle „App**A**lication“ nebo „Add**A**ress“), je zjistit „Co mohou v této situaci udělat? Nebo „Jak se mám postavit (address) k tomu, co mi pacient sdělil?“

Abych ověřila, jestli lze spiritualitu a spirituální potřeby zjišťovat pomocí dotazníku FICA, oslovila jsem klienty hospice v Olomouci a hospice ve Valašském Meziříčí, stejně jako zaměstnance těchto hospiců s profesí ošetřovatel, zdravotní sestra, lékař, sociální pracovník, psycholog a pastorační pracovník. Požádala jsem je o vyplnění dvojdílného dotazníku.

Klienty jsem poprosila o vyplnění dotazníku se zdůvodněním, že bych chtěla svým výzkumem ověřit, zda spiritualita a zjišťování spirituálních potřeb je pro ně důležité či nikoliv a zda by jim tato má zjištění mohla pomoci v naplňování jejich potřeb, v získání pozitivního přístupu ke smíření s jejich obtížemi. Nejprve si měli pozorně přečíst část „A“ dotazníku a pravdivě na ni odpovědět. Poté měli přejít k části „B“, jež je zaměřena na hodnocení části „A“ dotazníku. Část B hodnotí vhodnost či nevhodnost dotazů a celkovou srozumitelnost dotazníku.

Obdobným způsobem jsem požádala respondenty za řad personálu s tím rozdílem, že se měli zamyslet nad tím, zdali může část „A“ dotazníku být jejich klientům (uživatelům péče) nápomocna. Respondenty jsem vyzvala, aby odpovídali pravdivě, byť by jejich odpovědi byly kritické a negativní.

Dotazník pro klienty zahrnuje identifikační otázky – věk a pohlaví. Další otázky uvedené v dotazníku označeném písmenem „B“ pro klienty se dotýkají tématu mé diplomové práce, tedy zjišťují, zda se klienti hospice považují za věřícího člověka, zda se hlásí k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské organizaci, zda je podle nich hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve zdravotnickém zařízení hospicového typu potřebné. Zároveň v dotazníku kladu otázku, která má za úkol zjistit, zda lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem. Abych ověřila, zda je dotazník FICA použitelný pro praxi, musela jsem zároveň do dotazníku zahrnout dotazy ověřující, zda otázky v dotazníku SAT zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta, zda nejsou položeny tak, že by je mohly uvést do rozpaků, urazit nebo zranit.

Dotazník pro zaměstnance zahrnuje identifikační otázky – věk, pohlaví, profese. Další otázky uvedené v dotazníku označeném písmenem „B“ pro zaměstnance se dotýkají tématu mé diplomové práce, tedy zjišťují, zda se zaměstnanci hospice považují za věřícího člověka, zda se hlásí k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské organizaci. Následovaly otázky, které byly sice směřovány k zaměstnancům, ale týkaly se klientů hospice a směřovaly k ověření, zda jsou klienti schopni dotazník FICA vyplnit. V dotazníku pro zaměstnance se objevila také otázka, zda je systematické hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve zdravotnickém zařízení hospicového typu potřebné, zda lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem (standardizovaným souborem otázek). Abych zjistila, zda se dá použít dotazník FICA v zařízeních hospicového typu, zahrnuje do svého dotazníku i následující otázky: Jsou otázky v dotazníku SAT položeny tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta? Jsou otázky v dotazníku SAT položeny tak, že pacient/klient jednoznačně pochopí na co je tázán? Jsou otázky v dotazníku SAT položeny tak, že by mohly pacienta urazit nebo zranit? Považujete dotazník SAT za užitečný pro rutinní použití ve zdravotnickém zařízení hospicového typu?

Abych ověřila použitelnost dotazníku FICA v českých podmínkách (v analyzovaných hospicích), pracovala jsem v dotazníku s pětiškálovými možnostmi odpovědí (1. ano, 2. spíše ano, 3. nevím, 4. spíše ne, 5. ne). Zároveň byla dána možnost otevřených odpovědí. Otázky byly použity jak uzavřené, tak i otevřené s možností vlastních odpovědí.

Zvolila jsem dotazníkové šetření přímo na místě v Hospici Olomouc a v Citadele – hospici ve Valašském Meziříčí. Pokud by někdo nerozuměl významu otázky, byla jsem připravena ji přímo na místě při vyplňování vysvětlit, abych docílila co nejpřesnějšího vyhodnocení dotazníků. Dotazníky byly opět na místě sesbírány a následně došlo k vyřazení těch, které nebyly úplné nebo čitelné. Dotazník byl anonymní, informace od respondentů jsem použila pouze pro tuto práci. Délka sběru dat byla asi pět měsíců, a to od října 2011 do února 2012.

Dotazník byl ve většině případů vyplněn respondenty samotnými, jen několik respondentů potřebovalo s vyplňováním pomoci. V několika případech jsem se setkala s odmítnutím vyplnění dotazníku.

Oba druhy dotazníků byly ještě před distribucí předloženy čtyřem osobám vykazujícím stejné znaky, jež měla vykazovat cílová skupina. Tímto postupem jsem si ověřila, zda jsou otázky dobře položeny, zda jsou cílovým skupinám srozumitelné, a proto se mohlo začít s jejich distribucí a s realizací samotného dotazníkového šetření. Dotazníky byly napsány a vyhodnoceny v počítačových programech Microsoft Excel a Microsoft Word, pracujících v rámci operačního systému Microsoft Windows XP Professional.

Údaje jsou prezentovány pomocí tabulek zhotovených v programu Microsoft Excel s udáním absolutní (N) a relativní (%) četnosti. Pod každou tabulkou je slovně zhodnocen výsledek k dané položce. Vyhodnocení některých položek je pro lepší názornost doplněno grafem. Data byla shrnuta do tabulek a transformována do grafů.

6 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

6.1 Místa výzkumu

Prvním zařízením, kde jsem prováděla dotazníkové šetření, byl hospic na Svatém Kopečku u Olomouce. Ten byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc v bývalém poutním domě a byl slavnostně otevřen 28. listopadu 2002 za přítomnosti arcibiskupa Jana Graubnera (tomuto předcházely zhruba čtyřleté přípravy). První klienty hospice přivítal počátkem prosince 2002. Během více než 6 roků existence hospice zde pobývalo asi 1 800 klientů, o které se stará multidisciplinární tým.

Hospic na Svatém Kopečku je jediným zařízením tohoto typu v Olomouckém kraji. Projekt navazuje na zkušenosti získané v hospicích v celé České republice i v zahraničí.

V Hospici na Svatém Kopečku je 25 ubytovacích jednotek pro 30 klientů. Klienti jsou ubytováni v 5 dvoulůžkových pokojích a 20 pokojích jednolůžkových. Na jednolůžkových pokojích je přistýlka pro rodinného příslušníka. Všechny pokoje mají vlastní hygienické zázemí. Dále je v hospici klientům a rodinným příslušníkům k dispozici jídelna, zimní zahrada, kaple, terasa. Celý objekt je bezbariérový, pokoje jsou vybaveny signalizací, polohovacími lůžky a dalším moderním zdravotnickým zařízením – antidekubitálními pomůckami, kontinuálními dávkovači léků, přístroji k aplikaci kyslíku apod. Další prostory slouží k zajištění provozu hospice (recepcce, sesterny, pracovna lékaře, šatny, sklady, kuchyňky, centrální kuchyně, dílna atd.). Jediným kritériem přijetí klienta do hospice je jeho zdravotní stav. Pobyt a zdravotní péče v hospici jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Druhým zařízením, kde jsem prováděla dotazníkové šetření, se stalo samostatné středisko Diakonie ČCE – hospic CITADELA (zaregistrované 1. srpna 2003). Název CITADELA odkazuje k uvažování o hlubokém smyslu života, jak ho ve své stejnojmenné knize nabízí Antoine de Saint-Exupéry. V závěru roku byla stavba hospice dokončena, byly získány všechny potřebné registrace a schválení pro zahájení zkušebního provozu. Dne 30. dubna 2004 byl ukončen zkušební provoz a hospic byl slavnostně uveden do provozu řádného.

Hospicová specializovaná paliativní péče s lůžkovou kapacitou 28 lůžek je určena umírajícím lidem, kteří nechtějí poslední dny svého života trávit v nemocnici a nemohou být pro svůj vážný stav doma v péči svých nejbližších. Hospic jim nabízí zdravotní péči zaměřenou na odstraňování bolesti a fyzických obtíží, psychickou podporu a podle přání i péči duchovní. Zařízení pokojů i denní provoz zařízení počítá s trvalou přítomností rodinných příslušníků. I jim je nabízena pomoc a podpora. Jako všechna další střediska Diakonie ČCE, i hospic CITADELA nabízí svoje služby všem lidem bez rozdílu vyznání.

6.2 Klienti a pracovníci

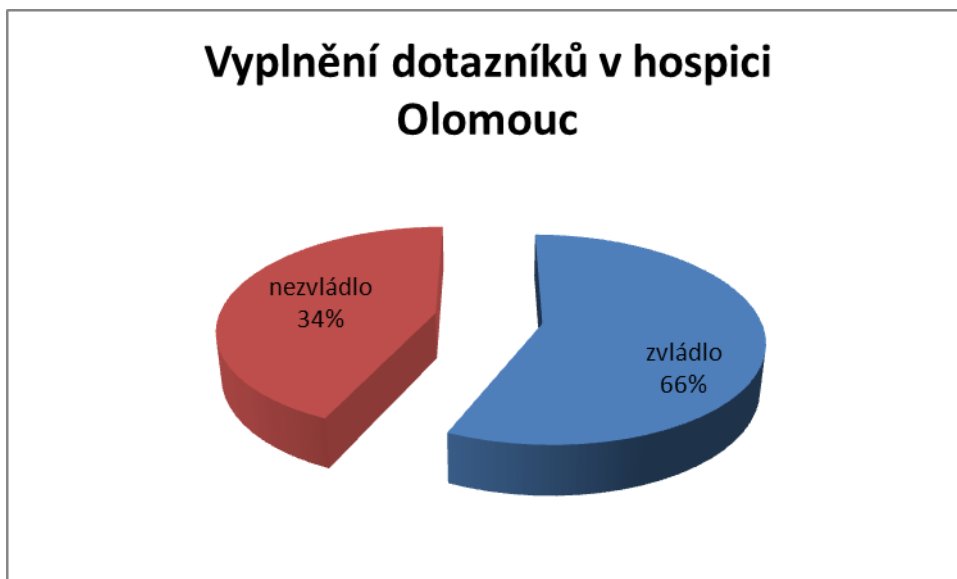
Celkem bylo rozdáno 65 dotazníků, vrátilo se 65 dotazníků, pro účely této práce byl vzorek 65 respondentů považován za 100 %. Započítávány byly jak respondenty (pacienty) vyplněné, taky ty, které vyplněny nebyly, povětšinou kvůli nemoci pacientů (nedokáží již komunikovat, a tudíž dotazník vyplnit). Snažili jsme se domluvit si i jiný, alternativní způsob dorozumívání než verbální komunikaci, např. neverbálně komunikovat pomocí mrknutí nebo stiskem ruky, ale bohužel mnohdy jsou již pacienti přivezeni do hospice v terminálním stádiu nemoci, kdy nejsou schopni komunikovat ani neverbálně.

Předmětem šetření byly dvě skupiny respondentů.

1. První skupinu tvořilo 35 respondentů (54 %) z hospice v Olomouci a 30 respondentů (46 %) z hospice ve Valašském Meziříčí. V olomouckém hospici zvládlo dotazník vyplnit 23 pacientů, 12 již z důvodu nemoci nebylo schopno dotazník vyplnit ani za pomoci použité alternativní metody. Ve Valašském Meziříčí dotazník zvládlo vyplnit pouze 17 respondentů s dopomocí výzkumníka, 13 respondentů nebylo schopno dotazník vyplnit ani s dopomocí. Pro lepší názornost, kolik klientů zvládlo v obou hospicích dotazník vyplnit, jsem daná čísla znázornila grafy:

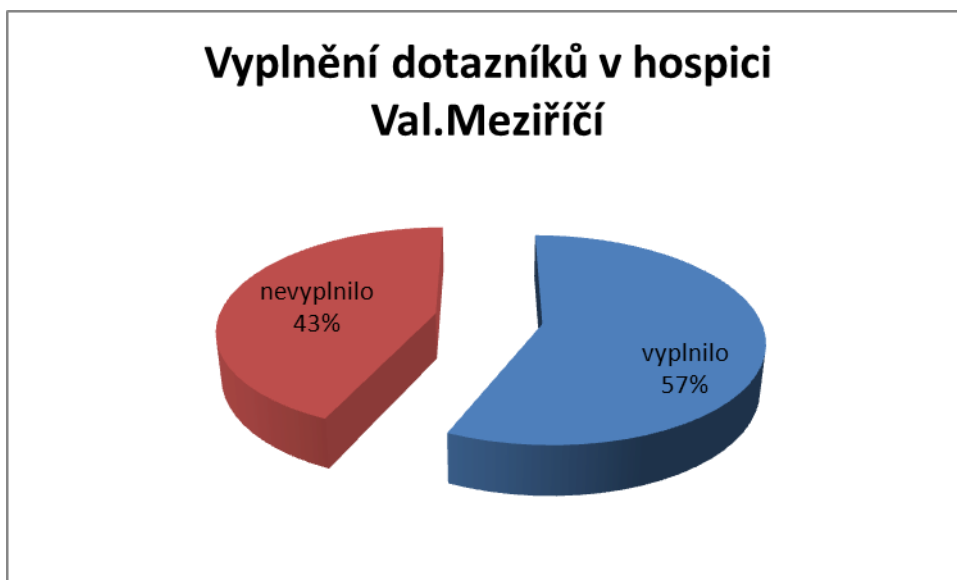
Graf č. 1

Vyplnění dotazníku v hospici Olomouc



Graf č. 2

Vyplnění dotazníku v hospici Valašské Meziříčí



2. Druhou skupinu tvořilo 20 zaměstnanců – lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelek, sociálních pracovníků (50 %) z hospice v Olomouci a 20 zaměstnanců – lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelek sociálních pracovníků (50 %) z hospice ve Valašském Meziříčí (zde graf z pochopitelných důvodů neuvádím).

7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT (TVORBA PROMĚNNÝCH, KÓDOVÁNÍ, ZPŮSOB ANALÝZY DAT)

Použila jsem jednoduchou deskriptivní statistiku rozložení odpovědí na jednotlivé otázky. Zajímalo mě, jaký byl u dané otázky názor většinový. Pro ilustraci v práci uvádím vybrané odpovědi na otevřené otázky a krátce je komentuji.

7.1 Hodnocení dotazníku pro pacienty/klienty, část „B“ - klienti hospice ve Valašském Meziříčí a klienti hospice v Olomouci

Tabulka č. 1

Věk

Věk	n	%
49 - 54	3	7,5 %
55 - 60	14	35 %
61 - 65	16	40 %
66 - 75	7	17,5 %

Do našeho výzkumu se zapojili:

3 respondenti (což odpovídá 7,5 %) ve věku **49 – 54 let**,

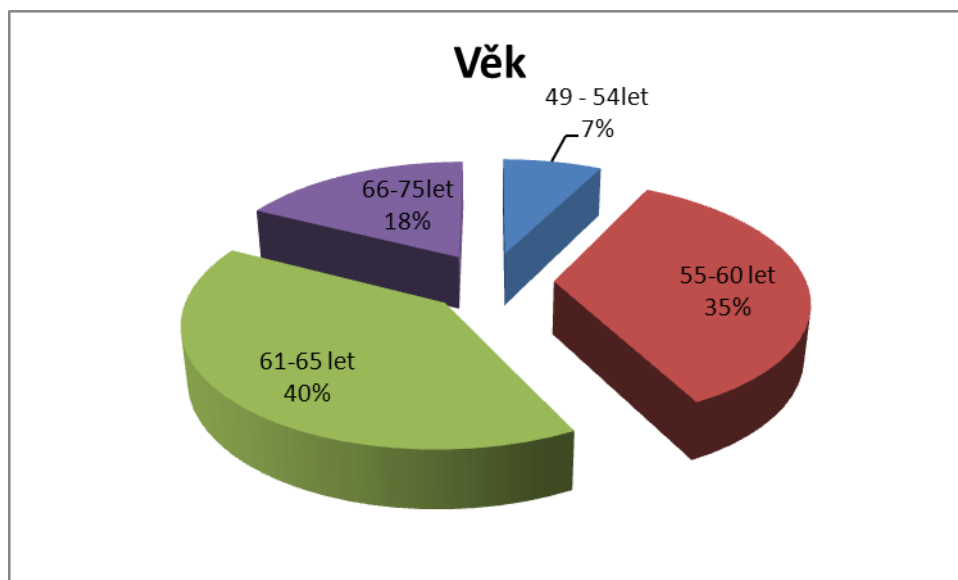
14 respondentů (což odpovídá 35 %) ve věku **55 – 60 let**,

16 respondentů (což odpovídá 40 %) ve věku **61 – 65 let**,

7 respondentů (což odpovídá 17,5 %) ve věku **66 – 75 let**.

Graf č. 3

Věk



Tabulka č. 2

Pohlaví

klienti	n	%
ženy	23	57 %
muži	17	43 %

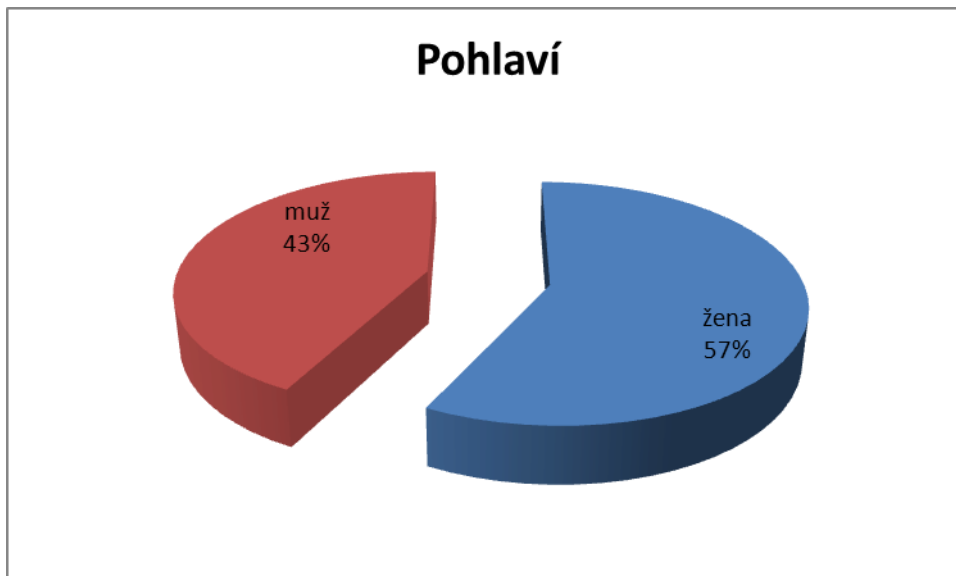
Dotazník vyplnilo 23 žen a 17 mužů,

respondentů mužského pohlaví je celkem 17 (43 %),

respondentek ženského pohlaví je celkem 23 (57 %).

Graf č. 4

Pohlaví



Tabulka č. 3

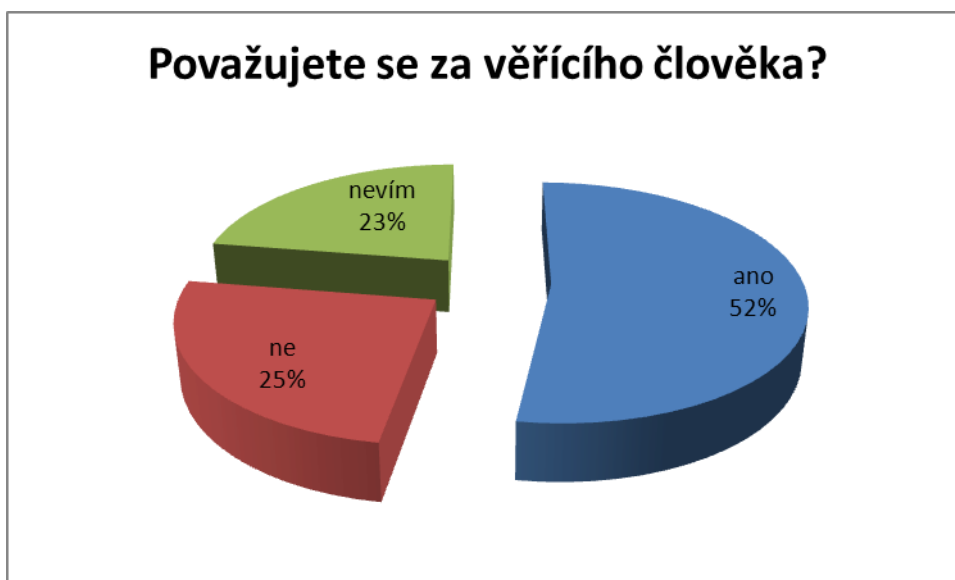
Považujete se za věřícího člověka?

Považujete se za věřícího člověka?	n	%
ano	21	52 %
ne	10	25 %
nevím	9	23 %

Na tuto otázku odpovědělo 21 respondentů, že se za věřící považují, za nevěřící se nepovažuje 10 respondentů. 9 klientů hospice vůbec neví, zda se mají považovat za věřící.

Graf č. 5

Považujete se za věřícího člověka?



Tabulka č. 4

Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi?

Hlásíte se ke konkrétní církvi nebo náboženské organizaci?	n	%
ano	19	47 %
ne	9	23 %
nevím	12	30 %

19 respondentů uvádí, že se ke konkrétní církvi hlásí, 9 se k žádné církvi nehlásí a 12 vůbec neví, zda se k nějaké církvi hlásí.

Graf č. 6

Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi?



Tabulka č. 5

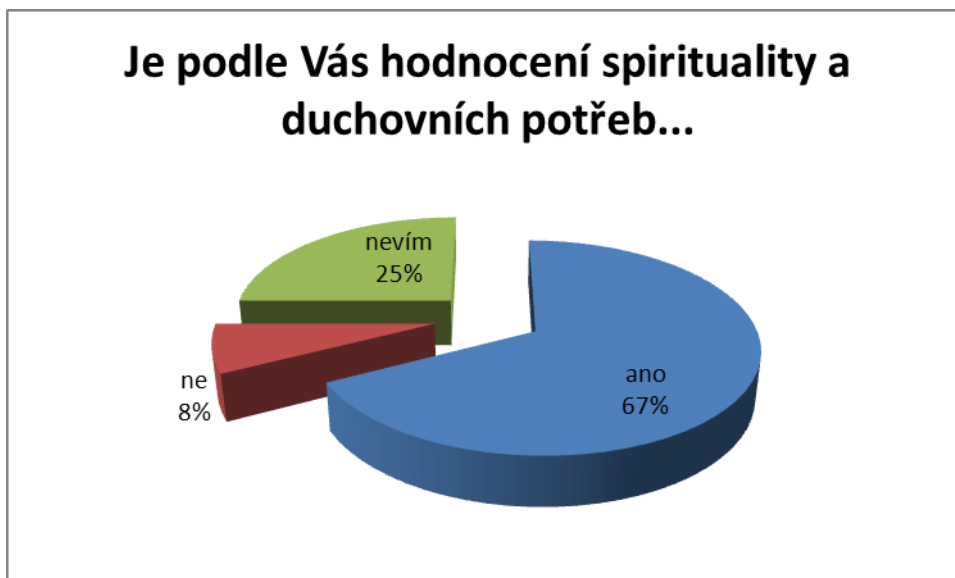
Je podle Vás hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve zdravotnickém zařízení hospicového typu potřebné?

Je podle Vás hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve ZZ potřebné?	n	%
ano	27	67 %
ne	3	8 %
nevím	10	25 %

27 respondentů uvedlo, že je podle nich hodnocení spirituality důležité, 3 respondenti uvedli, že ne, a 10 uvedlo, že neví.

Graf č. 7

Je podle Vás hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve zdravotnickém zařízení hospicového typu potřebné?



Tabulka č. 6

Lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem?

Lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem?	n	%
ano	10	25 %
ne	17	42 %
nevím	13	33 %

10 respondentů uvedlo, že lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem, odpověď ne byla v dotazníku uvedena 17x a nevím zaškrtnulo 13 respondentů.

Graf č. 8

Lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem?



Tabulka č. 7

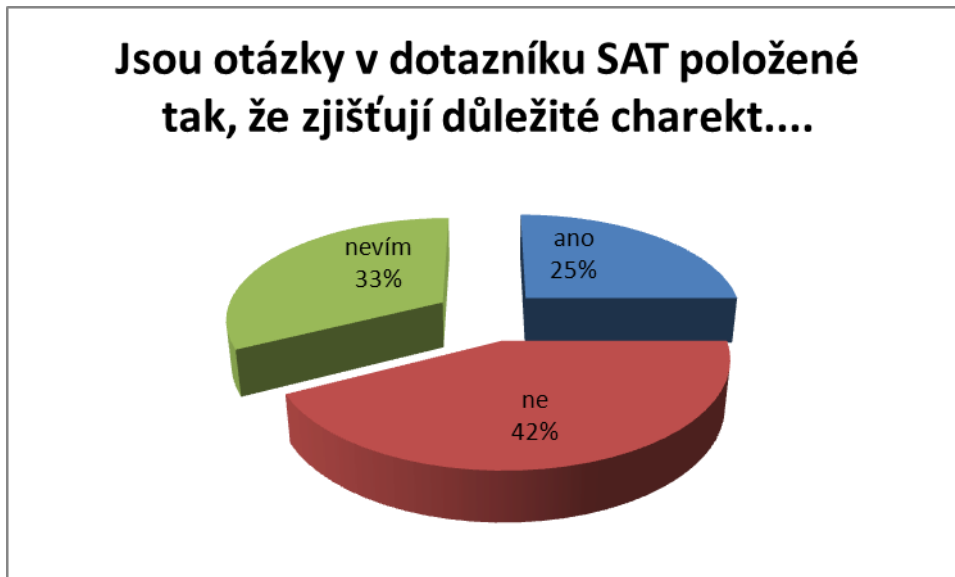
Jsou otázky v dotazníku v SAT položené tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta?

Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta?	n	%
ano	10	25 %
ne	17	42 %
nevím	13	33 %

Na otázku zda jsou otázky v dotazníku SAT položeny tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta, odpovědělo 10 ano, 17 ne, nevím 13 respondentů.

Graf č. 9

Jsou otázky v dotazníku v SAT položené tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta?



Tabulka č. 8

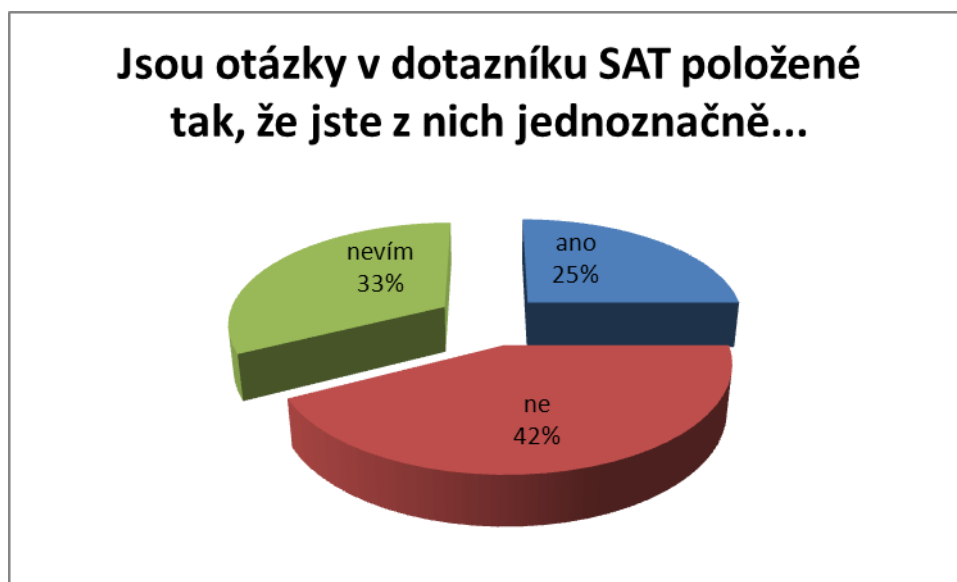
Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že jste z nich jednoznačně pochopil/a na co jste tázán/a?

Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že jste z nich jednoznačně pochopil/a, na co jste tázán/a?	n	%
ano	10	25 %
ne	17	42 %
nevím	13	33 %

Na otázku zda jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že jste z nich jednoznačně pochopil/a, na co jste tázán, odpovědělo 10 ano, ne 17 a nevím 13.

Graf č. 10

Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že jste z nich jednoznačně pochopil/a na co jste tázán/a?



Zajímalo mě, jaký byl u dané otázky názor většinový. Pro ilustraci v práci uvádím vybrané odpovědi na otevřené otázky a krátce je komentuji:

„Jaká je vaše víra? V co věříte?“

19 respondentů odpovědělo na tuto otázku přibližně ve stejném významu, a to následujícím vyjádřením, že neumějí jednou větou vyjádřit, co je víra a v co věří. Zároveň se nejsou schopni vyjádřit, zda jsou křesťané či nikoliv. Někdy nedokáží identifikovat vůbec, v co věří a co to vůbec víra je.

Naopak praktikující věřící, kteří se pokládají za křesťany, odpovídali, že vědí co je víra – spočívá v osobním rozhodnutí přijmout Ježíše Krista jako Spasitele (jako toho, kdo nás má moc zachránit a přivést k naplněnému životu) a vydat se v jeho šlépějích až ke vzkříšení. Křesťan věří, že Ježíš Kristus je spasitel (tedy ten, kdo nás zachraňuje z moci hříchu a zla pro Boha), že tento Ježíš je synem Božím, který těm, kdo v něho uvěřili, dává svého svatého Ducha a účast na svém životě.

„Považujete se za duchovně nebo nábožensky založeného člověka?“

13 respondentů odpovědělo následujícím vyjádřením – „nerozumějí tomu významu.“ „Pokud nejsem nábožensky založen, dráždí mě tento význam,“ uvádí jeden z respondentů.

„Čemu věříte, co dává vašemu životu smysl?“

8 respondentů odpovídá následovně: „Těžká otázka, kdybych na ni měl/a odpovědět, zabrala by mi půl dne. „Jiná respondentka uvádí: „Jak to mám uchopit? Věřím, že je Bůh dobrý, ale v podstatě otázce nerozumím, nevím, jak mám odpovědět, je na mě složitá.“ Další odpověď: „Nevím, co bych na to řekl v dotazníku jednou větou, co mi dává smysl, nevím, zda je myšlena víra v Boha, nebo rodina. Nevím, jak mám jednoduše odpovědět.“

„Jaký má Vaše víra vliv na to, jak prožíváte svou nemoc?“

12 respondentů odpovídá takto: „Je pro mě nevhodně postavena, víra mě ovlivňuje po celý můj život, nyní nevím, zda mě ovlivňuje v pozitivním slova smyslu, nevím, jestli ještě stále věřím, i když jsem celý svůj život věřil v Boha. Nyní vůbec nevím, zda ještě v Boha věřím, jsem ještě mladý a mám rakovinu, mám doma dvě děti a mladou ženu a musím zemřít a přitom jsem tolik věřil, že se uzdravím, že Bůh přece nedopustí, abych zemřel.“

„Jste členem nějakého duchovního nebo náboženského společenství?“

6 respondentů se vyjádřilo následujícím způsobem: „Nevím, zda bych vůbec odpovídal, proč bych se měl svěřovat, kam docházím, nebudu to vůbec o sobě vykládat.“ 14 respondentů uvedlo: „Nechtějí o tom mluvit, proč by to měli vykládat.“ Další respondent uvádí: „Co když mě budou, nálepkovat – jsem „evangelík“ nebo „katolík“ – a nebudu mít takovou pomoc, kterou by měli jiní – třeba nevěřící?“ „Bál bych se to přiznat,“ uváděli ve svých odpovědích jiní klienti. Další respondent uvedl, že

zodpovězení otázky ohledně příslušnosti k duchovnímu nebo náboženskému společenství mu přijde zbytečné, protože v jeho situaci (terminální stádium) zodpovězení této otázky nic neřeší.

„Existuje osoba nebo skupina osob, které máte opravdu rád, nebo kteří jsou pro vás v současné situaci důležití?“

14 respondentů se nechtělo k tomuto tématu vůbec vyjádřit, tudíž na tuto otázku neuváděli odpověď.

„Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že by Vás mohly uvést do rozpaků, urazit nebo zranit?“

U této otázky jsem nevytvořila graf, protože třicet pět respondentů ze čtyřiceti, kteří dotazník vyplnili, odpovědělo, že je otázky v dotazníku SAT neuvádí do rozpaků, ani je neuráží a ani je nezraňují.

7.2 Hodnocení dotazníku pro poskytovatele péče, část „B“ Zaměstnanci

Tabulka č. 9

Věk

věk	n	%
20 - 25	3	7,5 %
26 - 35	14	35 %
36 – 45	16	40 %
46 – 57	7	17,5 %

Věk:

3 respondenti (což odpovídá 7,5 %) ve věku **20 – 25 let**,

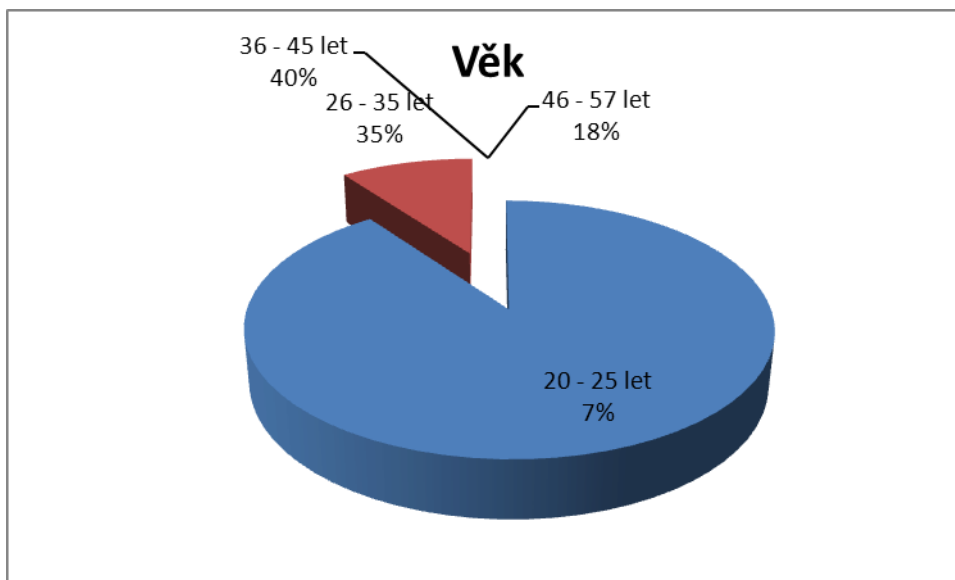
14 respondentů (což odpovídá 35 %) ve věku **26 – 35 let**,

16 respondentů (což odpovídá 40 %) ve věku **36 – 45 let**,

7 respondentů (což odpovídá 17,5 %) ve věku **46 – 57 let**.

Graf č. 11

Věk



Tabulka č. 10

Pohlaví

zaměstnanci	n	%
ženy	36	90 %
muži	4	10 %

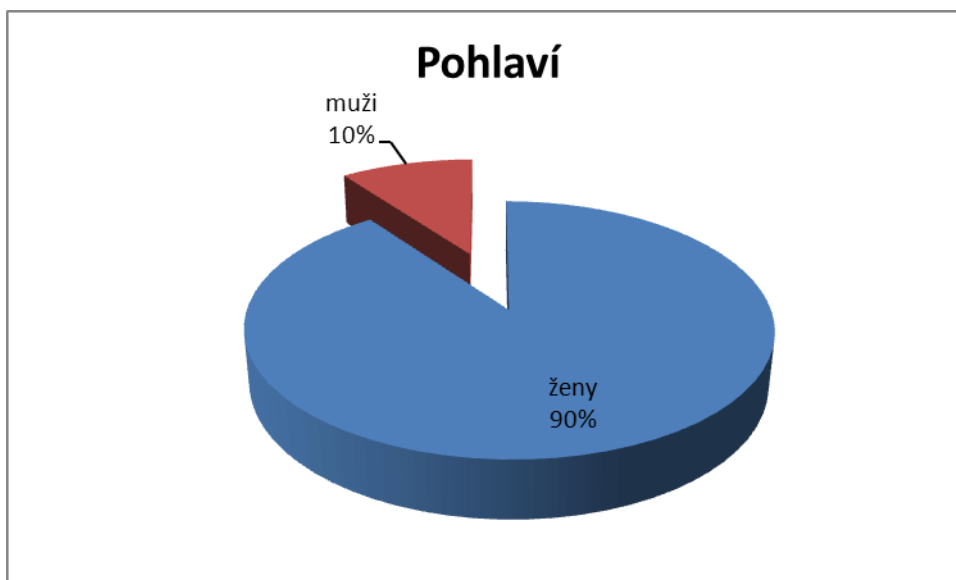
Dotazník vyplnilo 36 žen a 4 muži,

respondentů mužského pohlaví je celkem 4 (10 %),

respondentek ženského pohlaví je celkem 36 (90 %).

Graf č. 12

Pohlaví



Tabulka č. 11

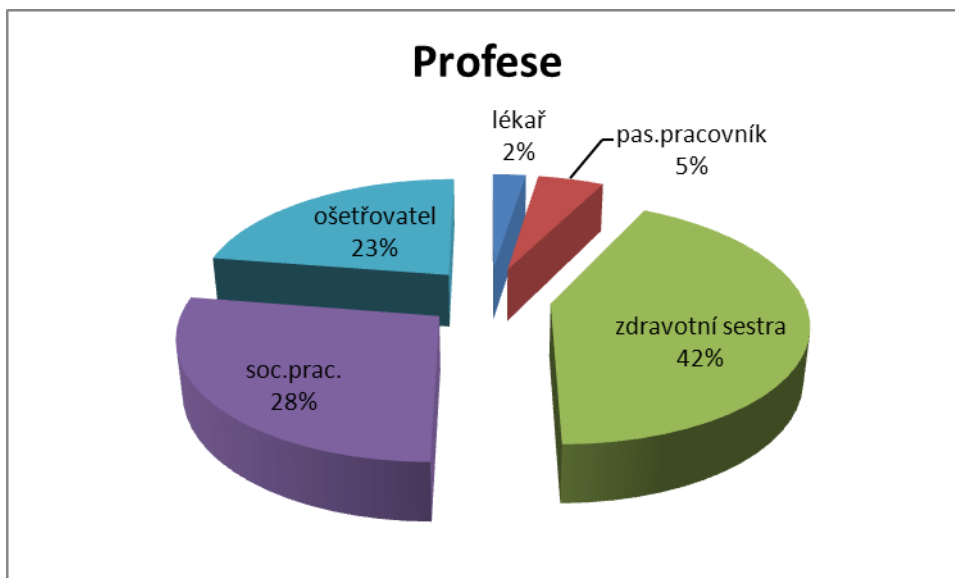
Profese

profese	n	%
lékař	1	2 %
pastorační pracovník	2	5 %
zdravotní sestry	17	42 %
sociální pracovníci	11	28 %
ošetřovatelé	9	23 %

Na otázky položené k dotazníku FICA odpovídali z obou hospicových zařízení jeden lékař, dva pastorační pracovníci, 17 zdravotních sester, 11 sociálních pracovníků a 9 ošetřovatelů.

Graf č. 13

Profese



Tabulka č. 12

Považujete se za věřícího člověka?

Považujete se za věřícího člověka?	n	%
ano	14	35 %
spíše ano	12	30 %
nevím	3	7,5 %
spíše ne	5	12,5 %
ne	6	15 %

Za věřícího člověka se považuje 14 zaměstnanců, spíše ano uvedlo 12 zaměstnanců, že neví, uvedli 3 zaměstnanci, spíše ne 5 zaměstnanců a že v nic nevěří, uvedlo 6 zaměstnanců.

Graf č. 14

Považujete se za věřícího člověka?



Tabulka č. 13

Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi?

Hlásíte se ke konkrétní církvi nebo náboženské organizaci?	n	%
ano	8	20 %
spíše ano	9	22 %
nevím	12	30 %
spíše ne	6	15 %
ne	5	13 %

Na otázku, zda se hlásí, k nějaké konkrétní církvi, odpovědělo ano 8 zaměstnanců, spíše ano 9 zaměstnanců, nevím odpovědělo 12 zaměstnanců, spíše ne 6, ne odpovědělo 5 zaměstnanců.

Graf č. 15

Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi?



Tabulka č. 14

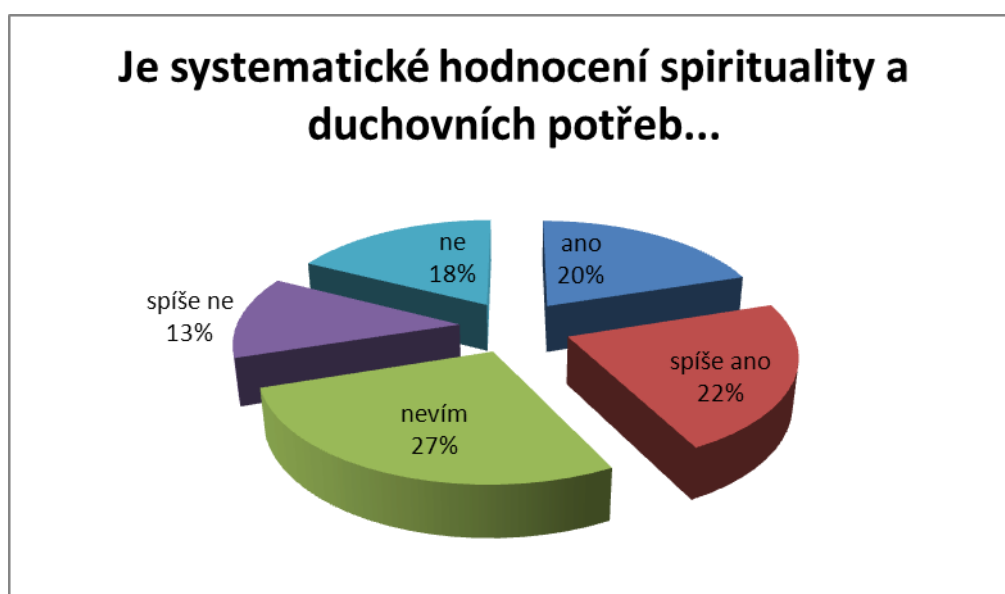
Je systematické hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve zdravotnickém zařízení hospicového typu potřebné?

Je systematické hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve ZZ hospicového typu potřebné?	n	%
ano	8	20 %
spíše ano	9	22 %
nevím	11	27 %
spíše ne	5	13 %
ne	7	18 %

Na otázku, je-li systematické hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve zdravotnickém zařízení hospicového typu potřebné, odpovědělo ze 40 respondentů analyzované skupiny 8 zaměstnanců ano, spíše ano odpovědělo 9 zaměstnanců, nevím odpovědělo 11 zaměstnanců, spíše ne 5 zaměstnanců a ne odpovědělo 7 zaměstnanců.

Graf č. 16

Je systematické hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve zdravotnickém zařízení hospicového typu potřebné?



Tabulka č. 15

Lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem?

Lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem?	n	%
ano	8	20 %
spíše ano	9	22 %
nevím	11	28 %
spíše ne	4	10 %
ne	8	20 %

Na otázku, zda lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem (standardizovaným souborem otázek), odpověděli respondenti takto: ano odpovědělo 8 zaměstnanců, 9 zaměstnanců odpovědělo spíše ano, nevím odpovědělo 11 zaměstnanců, spíše ne odpověděli 4 zaměstnanci a ne odpovědělo 8 zaměstnanců.

Graf č. 17

Lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem?



Tabulka č. 16

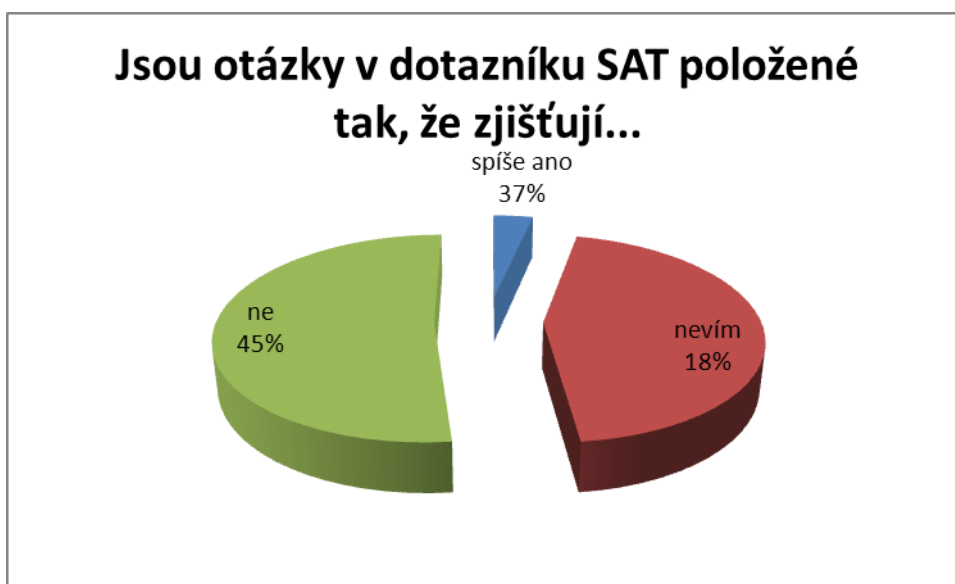
Jsou otázky v dotazníku v SAT položené tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta?

Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituálních a duchovních potřeb pacienta?	n	%
ano	0	0 %
spíše ano	15	37 %
nevím	7	18 %
spíše ne	0	0 %
ne	18	45 %

Na otázku, zda jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta, odpověděli respondenti z řad zaměstnanců následujícím způsobem: 15 odpovědělo spíše ano, nevím odpovědělo 7 zaměstnanců a ne odpovědělo 18 zaměstnanců.

Graf č. 18

Jsou otázky v dotazníku v SAT položené tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta?



Tabulka č. 17

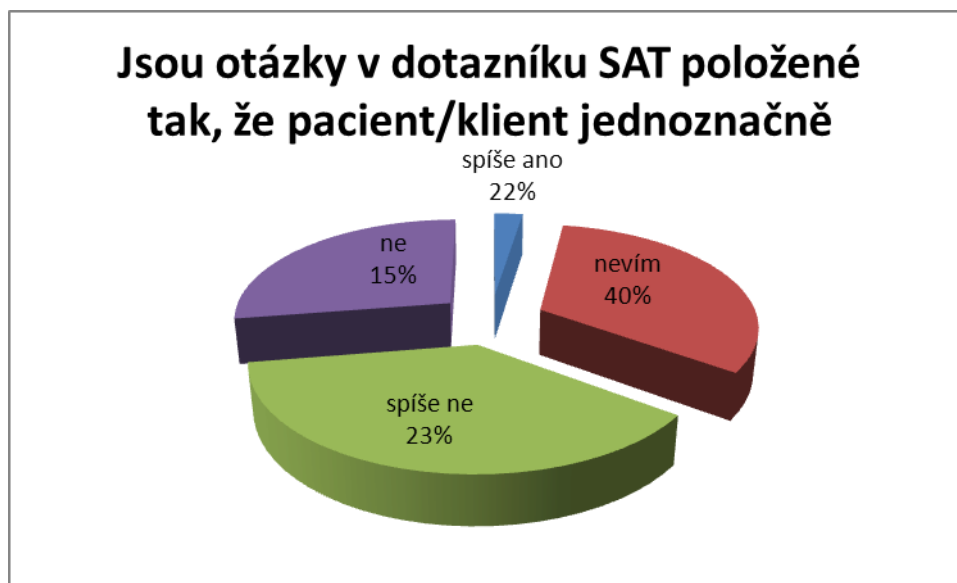
Jsou otázky v dotazníku SAT položeny tak, že pacient/klient jednoznačně pochopí, na co je tázán?

Jsou otázky v dotazníku SAT položeny tak, že pacienti pochopí, na co je tázán?	n	%
ano	0	0 %
spíše ano	9	22 %
nevím	16	40 %
spíše ne	9	23 %
ne	6	15 %

Na otázku jsou otázky v dotazníku SAT položeny tak, že pacient/klient jednoznačně pochopí, na co je tázán odpověděli zaměstnanci takto: 9 zaměstnanců odpovědělo spíše ano, nevím odpovědělo 16 z nich, spíše ne odpovědělo 9 zaměstnanců a ne odpovědělo 6 zaměstnanců.

Graf č. 19

Jsou otázky v dotazníku SAT položeny tak, že pacient/klient jednoznačně pochopí na co je tázán?



Tabulka č. 18

Jsou otázky v dotazníku položeny tak, že by mohly pacienta urazit nebo zranit?

Jsou otázky v dotazníku položeny tak, že by mohly pacienta urazit nebo zranit?	n	%
ano	2	5 %
spíše ano	4	10 %
nevím	12	30 %
spíše ne	8	20 %
ne	14	35 %

Na otázku, zda jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že by mohly pacienta urazit nebo zranit, odpověděli ano 2 zaměstnanci, spíše ano odpověděli 4 zaměstnanci, nevím odpovědělo 12 zaměstnanců, spíše ne odpovědělo 8 zaměstnanců, ne odpovědělo 14 zaměstnanců.

Graf č. 20

Jsou otázky v dotazníku položeny tak, že by mohli pacienta urazit nebo zranit?



Tabulka č. 19

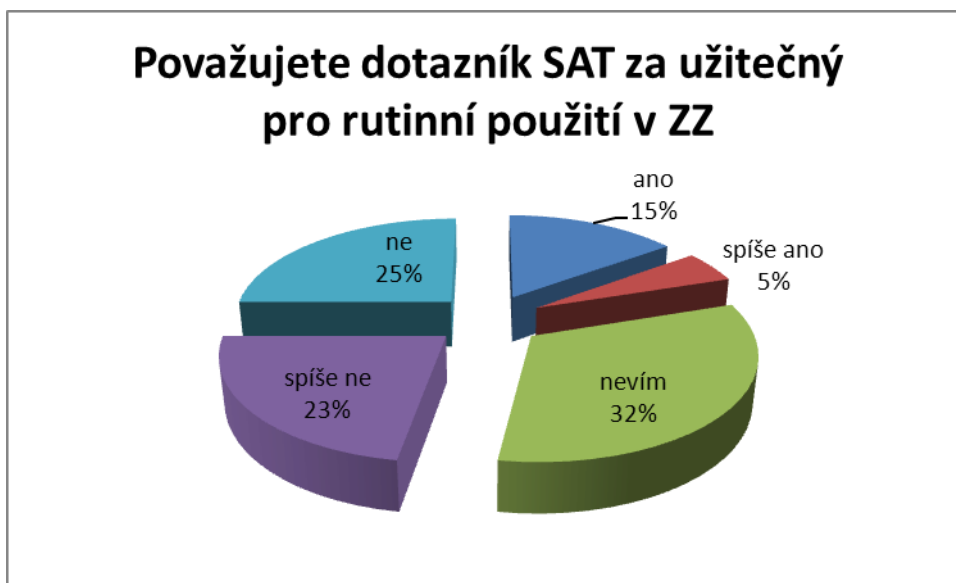
Považujete dotazník SAT za užitečný pro rutinní použití ve zdravotnickém zařízení hospicového typu?

Považujete dotazník SAT za užitečný pro rutinní použití ve ZZ hospicového typu?	n	%
ano	6	15 %
spíše ano	2	5 %
nevím	13	32 %
spíše ne	9	23 %
ne	10	25 %

Na otázku, zda považují dotazník SAT za užitečný pro rutinní použití ve ZZ, odpovědělo z řad zaměstnanců ano 6 zaměstnanců, spíše ano odpověděli 2 zaměstnanci, nevím odpovědělo 13 zaměstnanců, spíše ne odpovědělo 9 zaměstnanců a ne odpovědělo 10 zaměstnanců.

Graf č. 21

Považujete dotazník SAT za užitečný pro rutinní použití ve zdravotnickém zařízení hospicového typu?



I u zaměstnanců mě zajímalo, jaký byl u dané otázky názor většinový. Pro ilustraci v práci uvádím vybrané odpovědi na otevřené otázky a krátce je komentuji:

„Je systematické hodnocení spirituality a duchovních potřeb u pacientů ve zdravotnickém zařízení hospicového typu potřebné?“

Jeden ze sociálních pracovníků uvádí: „uvažuji jako sociální pracovník, který je potom připraven na základě zjištěného, s člověkem dál pracovat. Pokud by šlo jen o statistiku, bez připravené následné péče, byla by zbytečná.“ Dalších 10 pracovníků odpovědělo obdobně.

„Lze spiritualitu a duchovní potřeby u pacientů zhodnotit dotazníkem (standardizovaným souborem otázek)?“

K výše uvedené uzavřené otázce se zaměstnanci vyjadřovali hodně otevřeně. Svě odpovědi uváděli na druhou stranu dotazníku. Z toho je vidět, že mnohým záleželo na výstupu z dotazníku.

Ošetřovatelka, která pracuje pět let v hospici, uvádí: „Pohled na věci ohledně víry a duchovna se během nemoci mění, je tedy třeba brát zjištěné odpovědi s rezervou, a spíše komunikovat s rodinou o těchto věcech, jak daný pacient žil, zda byl věřící či nikoliv. V mnohých případech o víře s námi rodina nechce mluvit.“

Do hospice přicházejí osoby, které ve většině případů již nekomunikují, jedna sociální pracovníce uvádí. „V nemocnici by se možná dalo s pacienty komunikovat na té úrovni, aby byli schopni tento dotazník FICA vyplnit, ale u nás v hospici to v mnohých případech není možné, protože stav pacientů to neumožňuje. V minulém týdnu nám přivezli do hospice paní, která nevydržela prevoz a zemřela v přijímací hale, takže se nedají zajistit, kromě informace rodiny, žádné jiné věci, natož šetřit, zda je pacient věřící.“

Druhá pracovníce uvádí: „Máme informace, že rodinní příslušníci komunikují s lékaři v nemocnici, aby jejich příbuzné ponechávali co nejdéle v nemocničním zařízení, protože nechtějí uvěřit, že se jejich příbuzní již neuzdraví a je vyčerpána veškerá léčba na uzdravení. Místo toho, aby jim lékaři v nemocnici vysvětlili, že je rozumnější je předat do zařízení, které je smíří se smrtí a využije metodu doprovázení, raději jim ponechávají naději na uzdravení, a tudíž k nám do hospice přicházejí v takovém stádiu, že ptát na to, zda je pacient věřící či nikoliv, již nestihneme, pokud sám nechce přivolat kněze, jako se nám to stalo před dvěma lety, že ihned při přijetí mi

pacient říká – sestřičko já vím, že se blíží můj konec a již tady dlouho nebudu, můžete mi přivolat kněze? Rád bych se vyzpovídal.“

Další pracovnice uvádí: „V nemocnici možná ano, v hospici nemocní často nekomunikují vůbec nebo odpovídají ano – ne – nevím, ale na základní potřeby, jako je jídlo, pití a úkony běžné denní potřeby, jako je hygiena aj. Pokud k nám do hospice přijdou pacienti, kteří ještě komunikují, tak se místo spirituálních a duchovních potřeb řeší bolest, nauzea, dušnost a jiné, spíše zdravotnické, úkony, než aby nám chtěli sdělit, jestli jsou věřící či nikoliv.“

Další sociální pracovník uvádí: „Hodnocení spirituality a duchovních potřebu nás zjišťujeme následně osobním setkáním; často to vůbec nejde, protože pacienti přicházejí ve stavu, kdy už smysluplně odpovídat nejsou schopni.“

Zdravotní sestra v hospici uvádí: „U některých ano; většina pacientů hospice jsou však starší lidé a nedokáží si představit, že by se rozepisovali o své víře, smyslu života a svém duchovním životě – většinou mají problémy o něm i mluvit, natož formulovat písemný projev.“

Výpověď zdravotní sestry: „Víra souvisí s rodinou, měli jsme tady takový případ ateisty, který by jistě na počátku svého pobytu v hospici uvedl, že o víře nechce mluvit, ale za života, když byl ještě zdrav, se rozhádal se svojí rodinou, se synem. Po umístění do hospice chtěl zavolat svého syna. Volali jej, ale on nepřišel. Dotyčný změnil během svého pobytu názor na víru, požádal o přizvání kněze, přijal křest a víru. Smířil se s bohem a syn, syn přijel. Klient pak s klidným výrazem zemřel.“

Staniční sestra: „Víra se u nás moc neřeší, lidé k nám přicházejí již pozdě, abychom se mohli ptát na víru; nejsme schopni v mnohých případech nastavit analgetizaci, aby pacient netrpěl, natož abychom se stihli zeptat, zda je pacient věřící či nevěřící.“

Další pracovnice uvádí k obsahu a předmětu víry, co by asi sdělila, kdyby jí dal někdo takový dotazník vyplnit: „Dlouho bych přemýšlela nad otázkou: Jaká je vaše víra? – slabá, pevná, osobní, křesťanská, židovská – ptáte se mě jen na víru?“

Sociální pracovník uvádí: „V našem hospici jsou převážně ateisté, nechtějí a dokonce si ani nepřejí, abychom zjišťovali, jestli jsou věřící.“

Ošetřovatel uvedl: „Klienti, pokud přijdou do hospice, nechtějí mluvit o víře, ale někdy na popud rodiny přijmou svátost pomazání.“

„Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že zjišťují důležité charakteristiky spirituality a duchovních potřeb pacienta?“

Na tuto uzavřenou otázku odpovídali respondenti nejen škálou ano, ne, nevím, ale chtěli opět své názory sdělit šířeji či přesněji, než jim umožňoval dotazník. Proto uvádím další jejich odpovědi:

Sociální pracovník: „Obecně ve vztahu ke spiritualitě ano; co se týká většiny konkrétních lidí u nás, až na výjimky mi přijde, že Pána Boha příliš neřeší – sem tam přijde nějaký praktikující katolík či evangelík, občas někdo, koho zajímají východní směry; většinu z toho nezajímá nic (někdy až když už cítí, že se blíží konec) a otázky v dotazníku FICA tak podle mě budou řešit v dotazníku poprvé (většina lidí v hospici neví nebo si nechce připustit, že je to jejich pravděpodobně poslední místo; buď svůj život řešit ještě vůbec nezačali, nebo jsou v první fázi vyrovnávání se s realitou – popírání; málokdo ji však překonává.“

Staniční sestra vypovídá že: „Věřící rozumí co je spiritualita a duchovní potřeby, ale nevím, zda by se dokázali o tom rozepsat a popsat to, v tomto mi přijde dotazník FICA velmi složitý; k tomu by asi pacienti, byť věřící, potřebovali někoho, kdo to za ně popíše. Navíc nyní u nás v hospici máme spoustu pacientů s mladším datem narození a ti nejsou věřící, nechtějí přejít na víru a dotazník by je spíše popuzoval. Nevyplyvá z bodu I(importace), že se může tento bod zabývat i duchovním přesvědčením, jako je výtvarné umění, příroda, hudba.“

Jedna ošetřovatelka uvádí: „Naši pacienti nám mnohdy ani nestihnou říct, jaký smysl života měli, zda jim něco v jejich nemoci pomohlo či nikoliv, přicházejí do našeho zařízení velmi pozdě na to, abychom s nimi navázali takový vztah bezpečí, aby nám něco tak blízkého o sobě sdělili. Jediné o čem hovoří, tak o tom, že jsou rádi, že jim rodina pomáhá a navštěvuje je. To jediné jsou ochotni nám sdělit a na to jsou dokonce pyšní.“

Sociální pracovník píše: „Pacienti v hospici vůbec nechápou, co to znamená, když se jich zeptám na to, zda jsou duchovně nebo nábožensky založení. Koukají na mě a vůbec nevědí, co po nich chci. Nemají ani ponětí, co je to duchovní život.“

Zdravotní setra uvedla, že co je duchovní život i náboženství, je jasné pouze věřícím lidem, ona sama se považuje za věřící, tudíž se sama zabývala touto otázkou u pacientů v hospici. Zjišťovala u těch, kteří byli ještě schopni, jak moc jim duchovní život, smysl života pomáhá překonat strach ze smrti nebo se s ní vyrovnat. Z toho

poznala, že opravdu pouze věřící jsou schopni rozeznat, na co se ptala v souvislosti s duchovním životem, náboženstvím a smyslem života. Ostatní vůbec nerozeznávají pojmy duchovnost a náboženství.

Výpověď zdravotní sestry: „Jsou-li nevěřící a nemají rodinu, rádi by si vytvořili vztah s personálem. Ptají se mě hodně, co bude po životě, hodnotí svůj život, největší problém je s nevěřícími a s těmi, co nemají rodiny, nebo se na ně vykašlali, ti neřeší žádnou otázku po smyslu života, ale velmi se bojí.“

Pokud se k této otázce zaměstnanci vyjadřovali (vyjádřilo se jich 25), tak hovořili o tom, že pacienti neuvádějí ve většině případů žádný jiný smysl života než podporu své vlastní rodiny, ať už je funkční či nikoliv. Pokud je funkční, tak jsou rádi, že za nimi chodí je navštěvovat. Pokud je nefunkční, odpovídali, že si chtějí dát „věci do pořádku.“

„Hlásíte se k nějaké konkrétní církvi nebo náboženské organizaci?“

Sociální pracovník uvádí: „Starší lidé neznají slovo společenství, náboženská společnost. Nerozumí tomu jazyku. Zároveň bych doporučovala, pokud chcete na tuto otázku najít mezi našimi pacienty odpověď, se ptát našim jazykem, používat termíny, kterým rozumí. Tázající musí znát, jak naši klienti přemýšlejí, aby mohl pokládat otázky a dostal relevantní odpověď. Dotazník FICA používá termíny, kterým naši klienti nerozumí anebo je neumí popsat; i když si pod termínem společenství něco představí, nedokáží to pojmenovat. Přiznám se – já sama bych musela přemýšlet, co bych k této otázce řekla, pokud bych nechtěla hovořit jen o své rodině. Tyto odpovědi, pokud zaměstnanci odpovídali, se opakovaly patnáctkrát.“

„Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že pacient/klient jednoznačně pochopí, na co je tázán?“

Většina respondentů z řad zaměstnanců na tuto otázku odpovídala: „Otázky nejsou nesrozumitelně položeny, ale nechápou význam otázek. I kdybychom se snažili je seznámit podrobněji s dotazníkem a přizpůsobit jej v jiné podobě jim bližší, obávám se, že nejsou, schopni mu porozumět. Otázky by měly být konkrétnější, aby pochopili význam, na co se jich ptáme, a mohli jednoznačně odpovědět. Např. jak často chodíte do kostela; modlíte se jak často; stýkáte se s nějakým společenstvím; máme někoho kontaktovat; pokud se již nebudete moci vyjadřovat, jak často chcete, aby za vámi

chodil někdo blízký nebo zdravotník. Rozhodně potřebujeme nějaký dotazník pro šetření spirituálních potřeb, ale měl by být více konkrétní.“

Jeden sociální pracovník uvádí: „Otázka z dotazníku FICA, jakou roli hraje víra ve Vaši snaze o vyléčení, uzdravení a znovunabytí zdraví, je nevhodná, takovou otázku bych v hospici nepokládala, protože pacienti jsou již skoro na prahu smrti.“

„Jsou otázky v dotazníku SAT položené tak, že by mohly pacienta urazit nebo zranit?“

Respondenti z řad pracovníků uvádějí, že otázky klienty nezraňují, ale v převážné většině nejsou schopni na otázky v dotazníku FICA odpovědět. Když k nim přicházejí, v tom stádiu skoro nejsou schopni otázky nejen pochopit, ale ani je popsat.“

Od 14 zaměstnanců zaznělo: „Potřebujeme dotazník v hospici, ale jiný, konkrétní, lépe uchopitelný.“

8 POTVRZENÍ NEBO VYVRÁCENÍ HYPOTÉZ:

H1

Pacienti v hospicích jsou schopni vyplnit dotazník FICA

Výsledek: v obou hospicích byla většina pacientů schopna vyplnit dotazník FICA i připojený hodnotící dotazník

Výsledek: většina pacientů v hospicích byla schopna vyplnit oba dotazníky

Hypotéza potvrzena

H2

Pacienti v hospicích považují hodnocení spirituality a spirituálních potřeb za důležité

Výsledek: většina pacientů považuje hodnocení spirituality za důležité

Hypotéza potvrzena

H3

Pracovníci v hospicích považují hodnocení spirituality a spirituálních potřeb za důležité

Výsledek: většina pracovníků považuje hodnocení spirituality za důležité

Hypotéza potvrzena

H4

Pacienti budou považovat zhodnocení spirituality formou vyplnění dotazníku za problematické

Výsledek: Většina pacientů považovala dotazník za vhodný nástroj ke zjišťování spirituality.

Hypotéza potvrzena.

H5

Pracovníci v hospicích budou považovat zhodnocení spirituality formou vyplnění dotazníku za možné

Výsledek: většina pracovníků v hospicích nepovažovala dotazník za vhodný nástroj ke zjišťování spirituality

Hypotéza vyvrácena

H6

Pacienti budou považovat otázky dotazníku FICA za srozumitelné a jednoznačné

Výsledek: většina pacientů nepovažuje otázky dotazníku za srozumitelné a jednoznačné.

Hypotéza vyvrácena.

H7

Pracovníci v hospicích budou považovat otázky v dotazníku FICA za srozumitelné a jednoznačné

Výsledek: většina pracovníků v hospicích nepovažuje otázky dotazníku za srozumitelné a jednoznačné pro pacienty

Hypotéza vyvrácena.

Závěr:

Dotazník FICA ve své základní podobě není pacienty ani pracovníky lůžkového hospice vnímán jako vhodný nástroj k hodnocení spirituálních potřeb.

9 DISKUSE

Spiritualita je v rámci hospicové péče považována za důležitou dimenzi pacientova života a způsobu prožívání nemoci. Většina pacientů i pracovníků v hospicích je přesvědčena, že by spiritualita a duchovní potřeby měly být v hospicích nějakým způsobem zhodnoceny. Mezi pracovníky v hospicích však není jasná představa, jak by toto hodnocení mělo probíhat. V odpovědích se opakovaně objevuje téma velmi pozdního překlady pacientů do hospice. Pacienti často přicházejí do hospice v posledních dnech života. Jejich tělesný a duševní stav v řadě případů zcela znemožňuje systematickou komunikaci o spiritualitě a duchovních potřebách. Opakovaně zaznívá téma velmi krátkého pobytu v hospici (několik posledních dnů života). V tomto krátkém čase se nedaří pro rozhovor o tématech spirituality vytvořit prostor. Dle názoru pracovníků navíc není většina pacientů v hospici schopna dotazník vyplnit, což dokazuje výpověď několika zaměstnanců:

Jedna sociální pracovnice uvádí. „V nemocnici by se možná dalo s pacienty komunikovat na té úrovni, aby byli schopni tento dotazník FICA vyplnit, ale u nás v hospici to v mnohých případech není možné, protože stav pacientů to neumožňuje. V minulém týdnu nám přivezli do hospice paní, která nevydržela prevoz a zemřela v přijímací hale, takže se nedají zajistit kromě informace rodiny žádné jiné věci, natož šetřit, zda je pacient věřící.“

Druhá pracovnice: „Máme informace, že rodinní příslušníci komunikují s lékaři v nemocnici, aby jejich příbuzné ponechávali co nejdéle v nemocničním zařízení, protože nechtějí uvěřit, že se jejich příbuzní již neuzdraví a je vyčerpána veškerá léčba na uzdravení. Místo toho, aby jim lékaři v nemocnici vysvětlili, že je rozumnější je předat do zařízení, které je smíří se smrtí a využije metodu doprovázení, raději jim ponechávají naději na uzdravení, a tudíž k nám do hospice přicházejí v takovém stádiu, že ptát na to, zda je pacient věřící či nikoliv, již nestihneme, pokud sám nechce přivolat kněze, jako se nám to stalo před dvěma lety, že ihned při přijetí mi pacient říká – sestřičko já vím, že se blíží můj konec a již tady dlouho nebudu, můžete mi přivolat kněze? Rád bych se vyzpovídal.“

Ošetřovatelka uvádí: „Naši pacienti nám mnohdy ani nestihnou říct, jaký smysl života měli, zda jim něco v jejich nemoci pomohlo či nikoliv, přicházejí do našeho zařízení velmi pozdě na to, abychom s nimi navázali takový vztah bezpečí, aby nám

něco tak blízkého o sobě sdělili. Jediné, o čem hovoří, tak o tom, že jsou rádi, že jim rodina pomáhá a navštěvuje je. To jediné jsou ochotni nám sdělit a na to jsou dokonce pyšní.“

Překvapivým zjištěním bylo, že většina pacientů v hospici je schopna dotazník vyplnit. Tento fakt je velmi zajímavý a připouští několik interpretací. Zdravotníci v hospici velmi usilují o klidný a pokojný závěr života svých pacientů a chtějí je „chránit“ před výzkumem a veškerými intervencemi, které by pacienta zatěžovaly, rozrušovaly a nebyly pro něj bezprostředně prospěšné. Někdy možná projevují tendenci přeceňovat závažnost pacientových tělesných a psychických omezení a naopak tím nedocení, že pacient hluboké otázky spirituality řeší a jsou pro něj významné.

Otázka hodnocení spirituality v českém prostředí má navíc některé specifické konotace, které je třeba zohlednit při přebírání dotazníkových nebo jiných nástrojů z anglosaského (především amerického prostředí). Mnoho lidí (pacientů i profesionálů) není navyklých rozlišovat koncept spirituality a religiozity (náboženskosti). Pacienti, kteří nejsou věřící ve smyslu některé z velkých náboženských tradic (nejčastěji křesťanských), někdy sami deklarují, že nemají žádné spirituální potřeby, a bývá na ně takto ze strany pracovníků hospice pohlíženo. Mnoho nenáboženských českých pacientů pro tuto oblast nemá vytvořeny pojmové, obrazové ani myšlenkové nástroje, aby o ní hovořili se zdravotníky. Je přitom velmi pravděpodobné, že i tito nenáboženští lidé řeší otázky smyslu svého života, naděje, viny a odpouštění. Hledání „civilního“ slovníku a způsobů přístupu k sekularizovaným pacientům je pro pracovníky v hospicové péči velkou výzvou. V českém prostředí může hrát při komunikaci o spiritualitě významnou roli také 40letá zkušenost státní ateistické ideologie, která ze spirituality a religiozity udělala oblast zcela privátní, osobní, o které je dotyčný schopen a ochoten hovořit pouze s nejbližšími osobami. Otevřené otázky na spiritualitu mohou pacienti vnímat jako „podezřelé kádrování“ a mohou mít obavy z případných důsledků. To lze jasně vysledovat z následujících odpovědí dvou respondentů:

„Co když mě budou, nálepkovat – jsem „evangelík“ nebo „katolík“ – a nebudu mít takovou pomoc, kterou by měli jiní – třeba nevěřící?“

„Bál bych se to přiznat.“

V odpovědích pracovníků opakovaně při dotazníkovém zjišťování spirituality zazněla určitá zdrženlivost, jejímž důvodem bylo přesvědčení, že by v hospici měly být od pacientů zjišťovány a hodnoceny pouze ty oblasti, které jsme schopni následně

kvalifikovaně a systematicky řešit. Dotazníkové průzkumy bez jasného „ realizačního“ výstupu pro pacienta jsou legitimní pouze v rámci výzkumu a pacient musí s účastí v takovém výzkumu poučeně souhlasit. Toto potvrzuje výpověď jednoho ze sociálních pracovníků, který uvedl:

„Uvažuji jako sociální pracovník, který je potom připraven, na základě zjištěného, s člověkem dál pracovat. Pokud by šlo jen o statistiku, bez připravené následné péče, byla by zbytečná.“

Zjišťování spirituality dotazníkem, kdy je po pacientovi požadována písemná odpověď, může být z několika důvodů pro pacienty obtížné z důvodů praktických (obtíže zrakové, motorické, nezvyk psát), ale i z důvodů ideového (nemají odpovědi na tento typ otázek uspořádané tak, aby byli schopni formulovat krátkou odpověď).

Zdravotní sestra v hospici uvádí: „...většina pacientů hospice jsou však starší lidé a nedokáží si představit, že by se rozepisovali o své víře, smyslu života a svém duchovním životě – většinou mají problémy o něm i mluvit, natož formulovat písemný projev.“

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá otázkou spirituálních potřeb pacientů a možnostmi jejich zjišťování. Práce se skládá ze dvou hlavních částí. Z teoretické části, kde jsem se v první kapitole snažila popsat význam spirituality a spirituálních potřeb v životě člověka, porovnávala jsem spiritualitu a náboženství. Ve druhé kapitole jsem se věnovala péči o spirituální potřeby jako součásti zdravotní péče, popisovala jsem současný stav spirituální péče v českých zdravotnických zařízeních a spirituální péči v rámci hospicové péče. Ve třetí kapitole teoretické části jsem se zabývala možnostmi a úskalími zjišťování a hodnocení spirituality a spirituálních potřeb a rámcovým přehledem k tomu užívaných metod.

Ve výzkumné části jsem zjišťovala, jaký mají pacienti a pracovníci v hospici názor na význam hodnocení spirituality a spirituálních potřeb u pacientů v hospicové péči a dále, zda považují dotazník FICA za vhodný nástroj k tomuto účelu.

Výzkumné šetření jsem prováděla ve dvou zařízeních věnujících se paliativní péči – v hospici na Svatém Kopečku u Olomouce a v Citadele – hospici ve Valašském Meziříčí.

První skupinu respondentů tvořilo 35 klientů (54 %) z hospice v Olomouci a 30 klientů (46 %) z hospice ve Valašském Meziříčí. Druhou skupinu tvořilo 20 zaměstnanců – lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelek sociálních pracovníků (50 %) z hospice v Olomouci a 20 zaměstnanců – lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelek sociálních pracovníků (50 %) z hospice ve Valašském Meziříčí.

Zjištění, zda byl cíl naplněn či nikoliv, se opírá o níže uvedené výsledky z výzkumu:

V obou hospicích byla většina klientů schopna vyplnit dotazník FICA i připojený hodnotící dotazník, většina klientů považuje hodnocení spirituality za důležité.

Většina klientů považovala dotazník za vhodný nástroj ke zjišťování spirituality, na rozdíl od většiny pracovníků v hospicích. Většina klientů nepovažuje otázky dotazníku za srozumitelné a jednoznačné, totožný je názor většiny pracovníků v hospicích.

Výsledky mého dotazníkové šetření práce nasvědčují, že cíl byl naplněn částečně.

Je tedy možno formulovat závěr, že dotazník FICA ve své základní podobě není klienty ani pracovníky lůžkového hospice vnímán jako vhodný nástroj k hodnocení spirituálních potřeb.

Doporučení pro praxi:

Průzkum ukázal, že dotazník FICA v předložené podobě není vhodným nástrojem k rutinnímu užití v prostředí lůžkových hospiců. Přesto jsme přesvědčení, že jednotlivé oblasti/dimenze dotazníku zachycují základní oblasti náboženské i nenáboženské spirituality v kontextu nemoci. Konkrétní formulaci otázek bude vždy třeba upravit podle aktuálního stavu a mentální a emoční kapacity klienta/pacienta. Hluboké a komplexní témata spirituality samozřejmě nelze obsáhnout čtyřmi jednoduchými otázkami. Tyto otázky by spíše měly sloužit jako „screening“, tj. včasné rozpoznání pacientových potřeb a možností intervence.

Dotazník FICA tak může sloužit jako určitá „osnova k rozhovoru“ mezi pracovníkem hospice a nově přijímaným pacientem. Na ně je třeba navazovat opakovanými cílenými rozhovory, které by problematiku řešily ve větší šíři a hloubce.

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

Knižní publikace:

1. Bible (2008). Praha: Česká biblická společnost.
2. Belzen, J. A. (2012). *Psychology of Religion*. New York: Springer Science + Business media.
3. Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, a. s.
4. Byock, I. (2005). *Dobré umírání*. Praha Vyšehrad: Cesta domů.
5. Fiores, S. (1999). *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
6. Frankl, V. E. (1996). *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta.
7. Halík, T. (1993). *Sedm úvah o službě nemocným a umírajícím*. Brno: Cesta.
8. Haškovcová, H. (1975). *Rub života - líc smrti*. Praha: Orbis.
9. Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galen.
10. Ivanová, K. (2005). *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, a. s.
11. Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavazalová, H., Wija, P. a kolektiv. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, a. s.
12. Křivohlavý, J. (2000). *Pastorální péče*. Praha: Oliva s. r. o.
13. Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing, a. s.
14. Kutnohorská, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a. s.
15. Kúbler - Rossová, E. (1992). *Hovory s umírajícím*. Praha: Signum unitatis.
16. Kúbler - Rossová, E. (1993). *O smrti a umírání*. Turnov: Africa.
17. Kúbler - Rossová, E. (1997). *O životě po smrti*. Praha: Aquamarin.
18. Lloyd – Williams, M. (2003). *Psychosocial issues in palliative care*. Oxford: Oxford University Press.
19. Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s.
20. Mastiliaková, D. (2007). *Teorie ošetrovatelství II*. Opava: Slezská univerzita Opava Filozoficko-přírodovědecká fakulta v Opavě.
21. Munzarová, M. (2005). *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a. s.

22. Opatrný, A. (2003). Malá příručka pastorační péče o nemocné. Praha: Pastorační středisko.
23. Opatrný, A. (2004). Jak zmírnit niterná trápení nemocných?: informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
24. Říčan, P. (2007). Psychologie náboženství a spirituality. Praha: Portál.
25. Říčan, P. (2010). Psychologie osobnosti. Praha: Grada Publishing, a. s.
26. Sheldrake, P. (2003). Spiritualita a historie. Brno: CDK.
27. Svatošová, M. (1998). Hospic slovem i obrazem. Praha: Ecce Homo.
28. Svatošová, M. (1995). Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce Homo.
29. Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J., (2008): Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén.
30. Slabý, A. (1991). Pastorální medicína a zdravotnická etika. Praha: Karolinum.
31. Šamánková, M. (2011). Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada Publishing, a. s.
32. Trachtová, E. (1992). Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ.

Časopisy:

1. Anandarajah, G., Hight, E. (2001). Spirituality and Medical Practice. American Family Physician, č. 1, s. 81-87.
2. Belzen, A. Jacob. (2009). Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. Přel. Jaro Křivohlavý. Československá psychologie, roč. 53, č. 4, s. 396-407.
3. Mašát, V. (2006). Spirituální potřeby nemocného. Diagnóza v ošetrovatelství, č. 3, s. 103.
4. Neumannová, J. (2012). Spirituální péče v závěru života. Sociální služby, č. 1, s. 18 – 19.
5. Štojdl, F. (2011). Spirituální potřeby umírajících uživatelů sociálních služeb. Sociální služby, č. 12, s. 19.
6. Třinecký, J. (2011). Podpora duchovních potřeb uživatele. Sociální služby, č. 12, s. 20-23.

Internetové zdroje.

1. Hospic Citadela [on-line]. Dostupné 15. 2. 2012 z <http://www.citadela.cz>
2. Hospic na Svatém kopečku [on-line]. Dostupné 15.2.2012 z <http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=onas#k1>
3. Maslowova pyramida lidských potřeb [on-line]. Dostupné 25. 1. 2012 z <http://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/maslowova-pyramida.html>
4. Puchalski, Ch. (2010). Duchovní aspekty paliativní péče [on-line]. Dostupné 10. 10. 2011 z <http://www.umirani.cz/detail-clanek/diky-rozhovorom-o-duhovnich-otazkach-mohou-lekari-svym-pacientum-lepe-porozumet.html>
5. Puchalski, Ch. (2010). Innovations in End-of-Life Care, [on-line]. Dostupné 8. 5. 2011 z <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesNov99/assesstool.asp>
6. Res Claritatis (2011). Ministerstvo zdravotnictví podpoří nemocniční kaplany [on-line]. Dostupné 9. 1. 2012 z: <http://res.claritatis.cz/?a=2>
7. Říčan, P. (nedatováno) Spiritualita jako klíč k osobnosti a lidským vztahům [on-line]. Dostupné 15. 1. 2012 z http://rican.sweb.cz/clanky/Spiritualita%20jako%20klic%20k%20osobnosti%20a%20k%20lidskym%20vztahum.htm#_ftn1
8. Spiritualita [on-line]. Dostupné 22. 1. 2012 z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Spiritualita>

Kvalifikační práce

1. Hlásková, T. (2011). *Spiritualita, úzkost a agresivita (diplomová práce)*. Olomouc: Univerzita Palackého.
2. Jandásková, Z. (2009). *Kvalita života žen po menopauze: Osteoporóza, osteopenie a low back pain (disertační práce)*. Brno: Masarykova univerzita.

Prezentace

1. Čermák, J. (2008). Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí.
2. Kalvínská, E., Opatrný, A. (2007). Konference ve vzdělávání, Sekce spirituální péče při České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

3. Umlauf, M. (2011). Jak porozumět pojmu spiritualita. Velehrad.
4. Vácha, O. M. (2009). Hospicové hnutí [on-line]. Dostupné 25. 1. 2012 z <http://www.orko.cz/?link=L%E9ka%F8sk%E1%20etika%202012>

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příjmení a jméno autora: Bc. Marcela Staňková

Název diplomové práce: Možnosti užití dotazníkových metod k posouzení spirituality a spirituálních potřeb pacientů v hospicové péči.

Pracoviště: Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská fakulta, katedra Charitativní a sociální práce

Vedoucí práce: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Počet stran: Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2012

Klíčová slova: Spiritualita, spirituální potřeby, potřeby člověka, náboženství, hospicová péče, dotazník, FICA.

Ve své diplomové práci se zabývám otázkou spirituálních potřeb pacientů a možnostmi jejich zjišťování. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část má tři kapitoly. První kapitola popisuje význam spirituality a spirituálních potřeb v životě člověka, porovnává spiritualitu a náboženství. Ve druhé kapitole se věnuji péči o spirituální potřeby jako součástí zdravotní péče, popisují současný stav spirituální péče v českých zdravotnických zařízeních a spirituální péči v rámci hospicové péče. Ve třetí kapitole teoretické části se zabývám možnostmi a úskalími zjišťování a hodnocení spirituality a spirituálních potřeb a rámcovým přehledem k tomu užívaných metod.

Ve výzkumné části jsem zjišťovala, jaký mají pacienti a pracovníci v hospici názor na význam hodnocení spirituality a spirituálních potřeb u pacientů v hospicové péči a dále, zda považují dotazník FICA za vhodný nástroj k tomuto účelu.

THE ANNOTATION

The author surname and name: Bc. Marcela Staňková

The thesis title: The possibilities of using questionnaire methods for assessment spirituality and spiritual needs of patients in hospice care

Workplace: Palacký University Olomouc, StS. Cyril and Methodius Faculty of Theology, Department of Christian Social Work.

Supervisor: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Number of pages:

Numer of enclosures: 3

The plea year: 2012

Keywords: Spirituality, spiritual needs, human needs, religion, hospice care, assessment, FICA questionnaire

This thesis deals with the issue of patients' spiritual needs and possibilities of their assessment. The thesis consists of a theoretical and a practical part.

The theoretical part is composed of three chapters. Chapter 1 describes the importance of spirituality and spiritual needs in human life and compares spirituality with religion. Chapter 2 deals with the care of spiritual needs as a part of a health care and describes the present state of the spiritual care in Czech medical institutions and hospices. The third chapter focuses on possibilities and difficulties of inquiring and assessing spirituality and spiritual needs and briefly shows some methods used for this.

The practical part is focused on patients and care providers in hospices and their opinion about the importance of assessment of spirituality and spiritual needs of patients in hospices and evaluates their views about the utility of FICA questionnaire for this purpose.

SEZNAM PŘÍLOH

- 1) Dotazník FICA
- 2) Dotazník pro pacienty/klienty
- 3) Dotazník pro personál