



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů.

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Otakar Racek

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

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů**“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2023

.....

Otakar Racek

Poděkování

Chtěl bych především poděkovat Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za trpělivost a cenné rady k mé bakalářské práci, bez kterých bych se v psaní neposunul dál. Děkuji také všem kaplanům, sestřám a pacientům za jejich čas a ochotu. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za podporu při studiu.

Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů

Abstrakt

Ve své práci se zabývám tématem spirituálních potřeb hospitalizovaných pacientů. Výzkum byl zpracován za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s devíti informanty, kteří mají určitý vztah ke spiritualitě. Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, jaké spirituální potřeby mají hospitalizovaní pacienti, dále porovnat naplňování spirituálních potřeb u religiózních a nereligiózních pacientů, a také zjistit, zda pandemie onemocněním Covid-19 ovlivnila spirituální potřeby pacientů a možnosti jejich naplňování.

V teoretické části je kladen důraz na nezastupitelnost spirituality v holistickém pojetí péče o pacienta. Dále jsou vysvětleny odborné pojmy, aby bylo možné se v problematice lépe zorientovat. Poté je teoretická část práce orientována na spirituální péči poskytovanou kaplany či zdravotníky – jakým způsobem mohou poskytovat duchovní podporu nemocným lidem. V práci je také věnován prostor historickému kontextu spirituální péče. V závěru teoretické části práce popisují etapy duchovního rozvoje.

V praktické části práce provádím analýzu rozhovorů s kaplany, zdravotními sestrami a pacienty v oblasti spirituálních potřeb na zadané výzkumné otázky. Všímám si, nakolik jsou kaplani, sestry a pacienti obeznámeni s oblastí naplňování spirituálních potřeb. Tato práce může posloužit ve výuce jako ilustrativní příklad spirituálních potřeb pacientů. Může také pomoci zdravotnickým pracovníkům k indikování duchovní péče. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, jaké mají pacienti spirituální potřeby, zda jsou rozdílné v závislosti na jejich religiozitě a také že onemocnění Covid-19 způsobilo zvýšený zájem o naplnění spirituálních potřeb pacientů.

Klíčová slova:

Spirituální potřeby, religiozita, Covid-19, nemocniční kaplan, potřeby pacienta, duchovno, služba

Spiritual needs of hospitalized patients

Abstract

In my work, I deal with the topic of spiritual needs of hospitalized patients. The research was carried out with the help of semi-structured interviews with nine informants who have a certain relationship to spirituality. The aim of the research part of the bachelor's thesis was to find out what spiritual needs hospitalized patients have, to further compare the fulfillment of spiritual needs in religious and non-religious patients, and also to find out whether the Covid-19 pandemic affects the spiritual needs of patients and the possibilities of their fulfillment.

In the theoretical part, emphasis is placed on the irreplaceability of spirituality in the holistic concept of patient care. Furthermore, technical terms are explained in order to better orient oneself in the issue. After that, the theoretical part of the work is oriented towards the spiritual care provided by chaplains or health workers – how they can provide spiritual support to sick people. In the work, space is also devoted to historical spiritual care. At the end of the theoretical part of the work describing the stages of spiritual development.

In the practical part of the work, I analyze interviews with chaplains, nurses and patients in the area of spiritual needs for the assigned research questions. I notice how familiar the chaplains, nurses and patients are in the area of fulfilling spiritual needs. This work can be used in teaching as an illustrative example of the spiritual needs of patients. It can also help healthcare professionals to indicate spiritual care. The research revealed what patients' spiritual needs are, whether they differ depending on their religiosity, and also that the Covid-19 disease has caused an increased interest in fulfilling patients' spiritual needs.

Keywords

Spiritual needs, religiosity, Covid-19, hospital chaplain, patient needs, spirituality, service

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Holistická péče o pacienta	9
1.1.1 Holistický přístup.....	9
1.1.2 Životní potřeby v rámci ošetrovatelské péče	9
1.1.3 Spiritualita jako složka osobnosti	10
1.2 Hierarchie potřeb podle Maslowa.....	11
1.2.1 Popis pyramidového systému	12
1.3 Terminologie	12
1.3.1 Spiritualita.....	12
1.3.2 Náboženství.....	13
1.3.3 Religiozita	13
1.4 Nemocniční kaplan a spolupráce se zdravotníky	13
1.5 Význam víry v době nemoci.....	15
1.6 Pastorační rozhovor	16
1.7 Křesťanská služba lidem.....	16
1.8 Spiritualita v ošetrovatelství	17
1.8.1 Historie spirituální péče v ošetrovatelství	17
1.8.2 Ošetrovatelství a spirituální péče	17
1.8.3 Spiritualita zdravotnických pracovníků a syndrom vyhoření	18
1.8.4 Spiritualita nemocného a jeho okolí	19
1.8.5 Nevšední duchovní zážitky	19
1.9 Posuzování spirituálních potřeb.....	20
1.10 Mezníky na cestě životem	21
1.10.1 Duchovní vývoj	21
1.10.2 Hledání sama sebe a transcendentna	21
1.10.3 Objev a rozhodnutí se.....	22
1.10.4 Upevňování vztahu a následování	22
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	24
2.1 Cíle práce.....	24
2.2 Výzkumné otázky	24
3 Metodika	25
3.1 Metodika výzkumu	25

3.2	Postup a charakteristika výzkumu	25
4	Výsledky	28
4.1	Spiritualita pacientů	28
4.1.1	Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů	28
4.1.2	Upřednostňované způsoby duchovní podpory u pacientů	30
4.1.3	Pohled sester na spiritualitu pacientů	31
4.1.4	Některé související aspekty služby nemocničních kaplanů při naplňování spirituálních potřeb pacientů	32
4.2	Rozdílnost spirituality u religiózních a nereliózních pacientů	36
4.3	Spiritualita pacientů v souvislosti s onemocněním Covid-19	39
5	Diskuze	43
6	Závěr	47
7	Bibliografické a elektronické zdroje	49
8	Přílohy	52

Úvod

Jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolil Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů. K tomuto tématu mám blízko, protože jsem vyrůstal v křesťanském prostředí a sám se také považuji za křesťana. Nebylo tomu tak vždy. Dříve v mém životě jsem nerozuměl křesťanským hodnotám. Považoval jsem je za zbytečnost. K mému obrácení k víře, a upevnění v postojích došlo v době, kdy jsem cestoval po světě. Nejvíce mě ovlivnil tříměsíční pobyt v Izraeli, kde jsem se setkal s živou vírou jednoho křesťana. Nemám vystudovanou střední zdravotnickou školu. Křesťanský postoj k životu, který ve mě začínal sílit, mě však nasměroval ke studiu právě zdravotnického oboru. Svůj vliv v mém rozhodování sehrála i pandemie Covid-19. Ve své práci se budu snažit zjistit, zda a případně jak prožívají pacienti svou nemoc v konfrontaci s tím, čemu věří.

V rámci ošetrovatelské péče se mluví čím dál více o spirituálních potřebách pacientů. Pro mnohé zdravotníky je toto téma málo pochopitelné, přestože do jisté míry by se dalo říct, že sestra poskytuje spirituální péči téměř nevědomky při komunikaci s pacientem. Může mu dodat duchovní podporu tím, že ho povzbudí, či zavede jeho myšlenky jinam. Sestry, jako jedna z nejpočetnějších skupin ve zdravotnické profesi, jsou často první, koho pacienti osloví. Zcela přirozeně se jim tak nabízí příležitost zahrnout spiritualitu do ošetrovatelské péče.

Posouzení a správná diagnostika všech potřeb u pacientů, včetně spirituálních, je nutná pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Při uspokojování potřeb nemocných je důležité vidět člověka jako jednotu těla a ducha.

Z perspektivy holistického ošetrovatelství se člověk jeví jako biologická, psychologická a sociální bytost, kde spiritualita má své nezastupitelné místo (Soósová, 2022). Identifikace a uspokojování spirituálních potřeb není ovšem jednoduché, protože sama spiritualita nemá cílené a jasné vymezení (Hajnová Fukasová, 2014).

Při zpracování tématu jsem vycházel z některých studií a prací, které se tématem na různých rovinách zabývají. Tomu věnuji 1. kapitolu své práce. Snažím se v ní přehledně uspořádat témata, která se spirituální péčí souvisí.

Zde vystupuje do popředí zejména působení nemocničních kaplanů, jejichž práce při poskytování spirituální péče má nezastupitelný význam.

Podstatnou část mé práce tvoří výzkum, který jsem za účelem hlubšího zpracování tématu provedl a jehož výsledky v práci prezentuji a následně vyvozují i příslušné závěry.

1 Současný stav

1.1 Holistická péče o pacienta

1.1.1 Holistický přístup

Aby sestry byly schopné kvalitně pečovat o člověka ve všech jeho oblastech, je třeba pochopit, co znamená holistický (celostní) přístup ke zdraví a k péči o člověka. Mnoho lidí, bohužel i některé sestry, se mylně domnívá, že ošetrovatelství v klinických oborech představuje pouze zabývání se „tělem“ (systémem orgánů) nemocných lidí. Tak tomu ve skutečnosti není a ani nemůže být (Mastiliaková, 1999). Holisticky chápané zdraví zahrnuje celou lidskou bytost a všechny stránky životního stylu, tělesnou zdatnost, primární prevenci tělesných a emocionálních stavů, reakce na prostředí, zvládání stresu, sebekoncepci a duchovno (Pavlíková, 2007).

Holismus je termín, který je odvozený z řeckého slova holos (celý, úplný, neporušený). Jedná se o filozofický směr vycházející z idealismu. Pojem holismus vyzdvihuje prvenství celku v poměru k jednotlivým částem. Všechny živé organismy považuje za jednotné celky, které jsou v interakci a jsou takto více než součtem jednotlivých částí. Vyplývá z toho, že každá porucha jedné z částí je poruchou celého systému. Filozofie celostnosti vznikla ve 20. letech 20. století (Pavlíková, 2007., Trachtová a spol. 2013). Sestra, poskytující celostní ošetrovatelskou péči, nahlíží na člověka jako na jedinečnou celostní bytost; je odhodlána pomáhat lidem, k dosažení a udržení co nejlepšího zdraví a je ochotna pomoci při prevenci a redukci chorob, či je oporou pro nevyléčitelně nemocné (Mastiliaková, 1999).

1.1.2 Životní potřeby v rámci ošetrovatelské péče

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, něčeho, co nám chybí, a jehož odstranění je pro kvalitní život žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky, která je k životu nezbytná, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je nežádoucí. Je něčím, co lidská bytost potřebuje ke svému životu a vývoji. Když jedinec prožívá nedostatek v určité oblasti, dotýká se to všech oblastí jeho psychiky – ovlivňuje to jeho pozornost, emoce, myšlení, a tím se vytváří i jistý vzorec chování (Trachtová a spol. 2013).

Podle Svatošové (2012) se zdravotnictví zajímá převážně jen o tělesné potřeby pacienta. Uvádí, že na všechno zdravotníci nestačí, a nemají ani potřebnou kvalifikaci. To je důvod k tomu, aby se pracovníci u lůžka pacienta naučili pracovat týmově. Každý jsme jiný, a tato skutečnost může vést k uvědomění, že díky tomu se můžeme vzájemně doplňovat a také potřebovat. A to ne pouze na pracovišti, ale také v běžném životě (Svatošová, 2012).

Šamánková (2011) uvádí, že celostní ošetrovatelská péče je zacílena na uspokojení potřeb, na zajištění pocitu jistoty a bezpečí. Dále se snažíme podpořit terapeutické procesy, během nichž by nemocný měl být aktivní a v rámci svých možností spolupracovat se zdravotnickým personálem. Abychom těchto cílů dosáhli, je vhodné o pomoc požádat také rodinu. Informovat pacienta a komunikovat s ním je při poskytování péče nezbytné. Když je pacient informován o prognóze, o vyšetřeních, která se plánují, a o účincích léků, snáší průběh své nemoci lépe a klidněji. Nejistota pramenící z neinformovanosti ztěžuje naplňování primárních i sekundárních potřeb (Šamánková, 2011).

1.1.3 Spiritualita jako složka osobnosti

Spiritualita je jádrem lidského bytí, je to nejniternější individuální a osobní hledání transcendentna – posvátna, konečné pravdy, konečného smyslu. To může být prožíváno a vyjadřováno prostřednictvím spojení s posvátnem, se sebou, s jinými lidmi a také s přírodou. Spiritualita se dá také pojmut jako jedinečná lidská zkušenost, která zahrnuje přesvědčení (kognitivní aspekty), zážitky (afektivní aspekty) a chování (behaviorální aspekty) související s transcendentnem. Spiritualita je považována za vícedimenzionální fenomén, který je prožíván obecně všemi lidmi. Je individuální, vyvíjející se a dynamicky se měnící v závislosti na kultuře, etnicitě, náboženství, povolání, osobní zkušenosti a dalších vlivech (Soósová, 2022). Spirituální rovina je pro lidskou bytost velmi důležitá, může se stát oporou v těžkých chvílích a za jakýchkoli okolností; je součástí lidské bytosti, byť v průběhu života se spiritualita nejrůznějšími způsoby proměňuje. Při hledání smyslu života se může právě tato rovina stát klíčovou. Umožňuje také člověku uspořádat život (Knoflíčková 2008).

Křivohlavý (2009) uvádí, že spiritualita spolu s religiozitou neoddělitelně patří do genetického vybavení člověka. Lidská bytost má tuto charakteristiku v sobě. Jinými slovy se jedná o hledání toho, co je v životě tím nejpodstatnějším, nejdůležitějším, nejhodnotnějším a také nejposvátnějším. Toho, co je v člověku zakořeněno, ale i tak jej to přesahuje. Posvátno, které dává člověku cíl a smysl jeho života. To se také projevuje v jeho životě. Jde mu o to a žije tím. Lze to nalézt v pozadí jeho činů, myšlenek a záměrů (Křivohlavý, 2009). Skrze spiritualitu lidé hledají účel, smysl a transcendenci, jejím prostřednictvím zažívají vztah k sobě, rodině, komunitě, druhým lidem, přírodě a společnosti. Jedná se o hluboce zakořeněný dynamický a vnitřní aspekt lidstva. Skrze ni lidé vyjadřují své hodnotové přesvědčení, tradice a chování (Ehman a Edgar, 2022).

1.2 Hierarchie potřeb podle Maslowa

Abraham Harold Maslow byl americký klinický psycholog, který se specializoval na problematiku motivace. Zkušenosti, které získal, pomohly k sestavení hierarchického (pyramidového) systému lidských potřeb. Jeho základ je tvořen fyziologickými potřebami, na vrcholu pak stojí potřeba seberealizace (sebeaktualizace). V případě, že nejsou potřeby některého stupně v hierarchii v dostatečně uspokojeny, další vzestupný krok nemůže nastat. Neznamená to, že potřeby jedince musí být úplně naplněny na každé úrovni hierarchie (Mastiliaková, 1999).

Lidské potřeby jsou v hierarchickém systému organizovány podle toho, jak jsou naléhavé: člověk nikdy nemá potřebu zdobit svou domácnost nebo mít hezké oblečení, pokud se cítí být ohrožený na životě nějakou katastrofou nebo má prázdný žaludek. Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že ty potřeby, které jsou v pyramidě níže, a jsou neuspokojené, převládají a zvítězí v konfliktu nad potřebami, které jsou výše. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, tak vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Jedinec usilující o seberealizaci musí mít tedy uspokojeny všechny potřeby, které jsou v pyramidě na nižších stupních. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může převládnout potřeba vyšší a může určovat chování jedince (Trachtová a spol. 2013).



Maslowova pyramida (Trachtová, 2013, s. 15)

1.2.1 Popis pyramidového systému

Spodní patro pyramidy zaujímají základní tělesné nebo také fyziologické potřeby. Jsou to potřeby související s udržení homeostázy – potřeba kyslíku, výživy, tekutin, vyprazdňování, pohybu a také tělesné pohody. Přítomny jsou v každé lidské bytosti od narození a pokud jsou frustrovány, způsobují tenzi. Ta musí být poté odstraněna a homeostáza znovu obnovena. Na dalším stupni je potřeba bezpečí a jistoty. Ta se dostává do popředí při ohrožení zdraví a života, nebo v případě ekonomického či existenčního selhání. Následuje potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti, kdy člověk chce být součástí určité skupiny (afiliace), někam patřit a být milován. Potřeba úcty (uznání) se projevuje jako touha být obdivován, mít kompetenci a respekt, dosáhnout úspěchu a vysoké prestiže. Na vrcholu pyramidy je pak potřeba seberealizace či sebeaktualizace. Ta je nejčastěji vyjádřena vlastní individualitou a schopností realizovat své schopnosti a záměry (Mastiliaková, 1999).

1.3 Terminologie

1.3.1 Spiritualita

Pojem „spiritualita“ má kořeny v křesťanské tradici. Pochází z latinského „spiritualis“ („duchovní“), odvozeného od „spiritus“ („dech“ nebo „duch“), a v křesťanství odkazuje k působení Boha na člověka, hlavně však k jeho působení v životě jedince. Spiritualita by se tedy mohla definovat jako vnitřní život člověka, který je iniciovaný působením Ducha a prodchnutý Bohem (Vojtíšek, 2012). Spiritualita je také zmiňována v souvislosti s náboženstvím, obřady či modlením a také je s těmito pojmy často zaměňována. Jednoznačně definovat spiritualitu a religiozitu není snadné. Neostrá hranice mezi religiozitou a spiritualitou způsobuje, že pojem spiritualita se používá příliš volně. Stává se, že dochází k záměně spirituality a religiozity. Spiritualita a náboženství neznamenají totéž, avšak mohou se navzájem prolínat (Hajnová Fukasová, 2014). Chápání obsahu pojmu „spiritualita“ se vyvíjí spolu s tím, jak se mění kultura. V průběhu historie měnila spiritualita často svoji podobu. Názory na člověka, církve i Boha se vyvíjí a jsou pod vlivem teologie, historických událostí a lidského poznání. Každá nová generace tak musí opětovně definovat, co znamená pojem spiritualita (Sheldrake, 2003).

Spiritualita beze sporu přispívá k pohodě a také ke zdraví člověka, a to bez ohledu na to, jakým způsobem je definována a předávána. Nemoc představuje značnou zátěž po stránce fyzické i emocionální. Díky duchovní pohodě je však možné dosahovat lepších výsledků v péči o pacientovo zdraví. Snižuje se stres, bolest, negativní emoce, a také je nižší výskyt depresí a sebevražd. Pacienti tak mohou svůj pobyt v nemocnici prožívat uvolněněji (Harrad et al.,

2019). Ve zdravotnických a sociálních zařízeních je nesnadné podchytit a uspokojit spirituální potřeby pacientů a klientů. Tyto potřeby začaly být brány znovu v potaz až po roce 1989 (Knoflíčková 2008). S pojmem spiritualita se setkáváme až v 90. letech 20. století. Do této doby se existence duchovních potřeb nepřipouštěla a duchovní svět zůstával stranou (Hajnová Fukasová, 2014).

Pokud nedochází k naplňování spirituálních potřeb, je možné pozorovat u nemocných lidí sníženou úroveň spokojenosti. Podle všeho mají nenaplněné duchovní potřeby hluboký dopad na celkovou pacientovu pohodu. Zvyšuje se riziko deprese a zároveň se snižuje kvalita života a duševní pohoda (Harrad et al., 2019).

1.3.2 Náboženství

Náboženství lze definovat jako hluboký, rozsáhlý, osobní i společenský, vnitřní i vnější vztah jedince k tomu, co jej přesahuje, tedy k Bohu (Jankovský, 2003). Jde o fenomén velice rozmanitý a proměnlivý, jehož projevy mohou mít v různých kulturách a v různých společnostech velmi odlišnou podobu. Variabilita je patrná i u lidí různého věku a s různými životními úděly. Zcela osobitým způsobem mohou svou víru pojímat ti, kdosi svou duchovní cestu volí svobodně a individuálně (Říčan, 2007).

1.3.3 Religiozita

Religiozitou rozumíme přítomnost náboženství v populaci. Lze ji chápat kvantitativně, tedy v jaké míře se objevuje náboženství v populaci, ale také kvalitativně, tedy jaká je religiozita obsahově, jinak řečeno, jak je prožívána a jak ovlivňuje život lidí. Religiozitu samu není možné kvantifikovat. Kvantitativní aspekt religiozity je spíše souhrnem nejrůznějších dílčích údajů (Štampach, 2008). Říčan uvádí, že religiozitu je možné chápat jako niterné náboženské prožívání. Jde o náboženskou aktivitu, která předpokládá příslušnost k určité církvi či náboženské skupině (Říčan, 2007).

1.4 Nemocniční kaplan a spolupráce se zdravotníky

Duchovní službu v nemocnicích vykonává nemocniční kaplan (případně pastor). Může ji využít každý, kdo se dostane do kontaktu s prostředím nemocnice, tedy pacient nebo i jeho příbuzní, k dispozici je ale i zdravotnímu personálu. Tato služba vychází z obecně přijímaných etických principů. Nemocniční kaplan stojí na straně svého svěřence, má na zřeteli jeho dobro a lidskou důstojnost a měl by ho chránit před jakýmkoli druhem zneužívání. Jeho úkolem je naslouchat lidem a mít pro ně pochopení. Zprostředkovává jim spiritualitu, a to v pojetí náboženském nebo existenciálním (Sláma et al., 2011). Duchovní podpora je žádoucí zejména

v těch případech, kdy je omezen kontakt s vnějším světem – na infekčních odděleních, v psychiatrických léčebnách, ústavech pro nesnadno vychovatelnou mládež, na odděleních, kde pacienti mají omezenou možnost pohybu – např. na některých složkách chirurgického pracoviště, na oddělení geriatrické, intenzivní péče, ale také v domovech pro seniory či domovech pro mládež (Tretera, 2017).

Nemocniční kaplan má odlišnou úlohu, než mají psychologové, sociální pracovníci nebo dobrovolníci, jakkoli mají mnoho společného. Kaplan by neměl být vnímán jako jakýsi cizorodý prvek, jako externí vyslanec církve, nýbrž měl by být přijímán jako kolega, který je součástí zdravotnického týmu. Nemocniční kaplan je také oprávněn nahlížet do dokumentace, účastnit se lékařských vizit či sezení, a získávat tak komplexnější informace o pacientovi. Měl by být také obeznámen se všemi informacemi, které se týkají personálních, organizačních a provozních změn. Pastorační péče by měla být nedílnou součástí zdravotnického zařízení (Maryšková, 2015). Náboženská společenství však obvykle nepovažují kaplanskou službu v nemocnici za důležitou a často je nutné na tato společenství vyvinout určitý tlak, aby kaplany do nemocnic vyslala. Veřejnost má veliký zájem o kaplany (Tretera, 2017). Profese nemocničního kaplana si v nemocnicích v České republice stále ještě hledá své místo. Zatímco v jedné nemocnici se s kaplanstvím počítá, v jiné se teprve kaplanství do povědomí zdravotníků dostává. Kaplani mají též různou formu a rozsah pracovního poměru, přičemž jejich službu někdy financuje i sama církev. Mnohdy jsou kaplani v nemocnici zaměstnáni jen na částečný úvazek – duchovní službu zde vykonávají jen jako druhou práci vedle svého hlavního zaměstnání (např. v sociálních službách nebo ve školství) (Doskočil a Beláňová, 2021).

Kaplan musí také splňovat potřebné kvalifikační předpoklady (teologické nebo jiné vzdělání), aby byl schopen pomoci pacientům naplnit jejich spirituální potřeby. Jeho kvalifikace mu ovšem ne vždy umožní poskytnout pacientům komplexní spirituální péči. To platí například tehdy, přijde-li do kontaktu s nemocným, který požaduje svátost smíření (zpověď), anebo svátost nemocných; v takovém případě by měl kaplan pacientovi zajistit kontakt s knězem (Svatošová, 2012).

Kaplani mají za cíl pracovat se všemi pacienty, tedy i s těmi, kteří se nepovažují za nábožensky nebo duchovně zaměřené. Důležité je respektovat přesvědčení a hodnoty druhých a uvědomit si že pacient je v pozici nemocného zranitelný. Kaplanství lze definovat nejlépe jako doprovázení a podpora pacienta, zatímco pacient sám prochází svou nemocí tou nejlepší cestou podle svého přesvědčení a hodnot které vyznává. Kaplan při práci s pacientem využívá

svého vzdělání, z větší části však klienta doprovází za pomoci empatického naslouchání, kdy je připraven zvládnout i jeho emoce (Ehman a Edgar., 2022).

Svatošová (2012) uvádí, že teprve spolupráce mezi zdravotníky a duchovními pracovníky, může vést k dosažení vytyčeného cíle, kterým je dostupnost a kvalita komplexní péče o člověka. Stává se ale, že toto není zdravotníkům zcela jasné. Tuto skutečnost – že se vzájemně potřebují a doplňují – si můžeme demonstrovat na příkladu. Kardiochirurg rozezná šelesty na srdci, ale není v jeho silách a možnostech obcházet region a hledat pacienty s postižením na srdci. To je úkolem praktického lékaře. Ten může při preventivní prohlídce šelesty zachytit, a následně informovat kardiology. Zdravotníci by měli být schopni zachytit šelest na pacientově duši, stejně jako praktičtí lékaři rozeznají šelest na srdci. Využívají jiné nástroje, ale metodou je u obou poslech. Praktický lékař používá fonendoskop, zdravotnický pracovník využívá srdce (Svatošová, 2012).

1.5 Význam víry v době nemoci

V dřívějších dobách byla v povědomí lidí zakotvena představa, že nemoc je svým způsobem potrestáním za porušení určitých morálních pravidel. Také v dnešní době je možné se setkat s postojem, že každé zlo má být napraveno jiným zlem, za předpokladu, že trest musí být stejně velký, jak vážné bylo dané provinění. Tento názor o transcendentní spravedlnosti však nebyl přijímán již starověkými filozofy. Nepopírali ale jistou spojitost mezi vinou a utrpením. Nemoc tedy může být vnímána jako trest, a může vzejít až v trýznivé sebeobviňování (Adam, 2004). Spiritualita nabývá s přibývajícím věkem a v období nemoci na významu. Nemoc lze také vnímat jako „zkoušku víry“. Někteří ji vnímají jako potrestání za hříchy. Duchovno může pomoci přijmout člověku zdravotní stav, ve kterém se nachází (Knoflíčková, 2008).

Určité vypjaté situace v rámci např. těžké nemoci, lidé vnímají rozdílnými způsoby. Spirituální potřeby nemocných lidí, kteří jsou v takové situaci, mají hodně společných rysů. Pacienti většinou mají potřebu být v blízkosti nějaké osoby. Nejlépe když si s daným člověkem rozumí, a můžou s ním sdílet strasti, smutek, pochybnosti a obavy. Vztah jiného člověka k nemocnému, může pomoci přenést se přes obtíže a přijmout svá omezení. V této atmosféře bezpečí a vzájemné důvěry se může projevit opravdový existenciální zážitek důvěry. Pokud je pacient ujištěn že nezůstane se svými problémy sám, je pravděpodobné, že se mu vrátí chuť k životu, ztratí se rezignace a vzdor a je otázkou času, než zmizí i citový zmatek, který pacient prožívá (Adam, 2004).

1.6 Pastorační rozhovor

Jako rozhovor (dialog) je označováno rozmlouvání dvou či více osob. Naproti tomu monolog je charakteristický tím, že jeden mluví a ostatní naslouchají. Rozhovor je tedy verbální i neverbální činností, při které jsou aktivními účastníky všichni přítomní (Křivohlavý, 1995). Pastorační rozhovor s pacientem není rozmluva, která musí být nutně nábožensky zbarvená, ani rozhovor, který s náboženstvím nemá nic společného. Je to rozhovor, který se podřizuje situaci, přáním a potřebám toho, komu je pastorační péče poskytována. Prvním a důležitým prvkem rozhovoru je snaha dát člověku najevo, že není na svůj problém sám, protože v pastorujícím může hledat pomocníka, případně průvodce. Není zde nutné vyřešit problém, nebo poučovat. Cílem je, aby dotyčný našel svého nejmocnějšího spojence ve své situaci, Boha. To ale nevylučuje možnost pomoci ze strany druhého člověka (Opatrný, 2014). Podle Svatošové (2012) je naslouchání nezbytné pro pochopení. Řeč těla pacienta poodhalí mnoho z jeho emocí. Je také na místě naslouchat duši, a pokud je zdravotník věřící člověk, je vhodné do vztahu s nemocným člověkem zvat Boha, dle žalmistových slov: „*Svou cestu svěř Hospodinu, doufej v něho, on sám bude jednat*“ (Bible; Žalm 37,5). Mnohdy již první kontakt s pacientem odhalí, zda se cítí bezpečně a respektovaně a je třeba si uvědomit, že nemocný pozná, jestli mu je nasloucháno či nikoliv (Svatošová, 2012).

Křivohlavý (1995) rozděluje pastorační péči podle zdravotního stavu nemocného. Pokud se jedná třeba i o těžce nemocné, snažíme se zde posilovat vůli pacientů v boji s nemocí a bolestmi. Při péči o umírající se snažíme pomoci přijmout skutečnost nevyhnutelnosti (Křivohlavý, 1995). Při rozhovoru je zapotřebí se vyhnout nadřazenému postavení a takovému vedení hovoru, kdy bychom nemocnému nedovolili k věci vyjádřit. Nebo je naopak nevhodné jej k rozhovoru nutit, pokud o to nemá zájem. Během duchovního rozhovoru může nemocný klást otázky, na které nemusí být snadné dát jednoduchou odpověď. Není vyloučeno, že pacient rozhovor odmítne a nepřijme námi nabízenou pomocnou ruku (Jankovský, 2003).

1.7 Křesťanská služba lidem

Podle Jankovského (2003) není správné předpokládat, že duchovní potřeby mají jen věřící lidé. Uspokojení těchto potřeb by mělo být k dispozici všem lidem, bez ohledu na to, jakého jsou vyznání (Jankovský, 2003). Není správné dělit lidi na věřící a nevěřící. Spirituální potřeby má každý člověk (Svatošová, 2012). Postoj papeže Benedikta XVI. týkající se lásky k druhému člověku je zcela jasný. Uvádí, že láska k bližnímu není možná bez lásky k Bohu a naopak. Obojí spolu úzce souvisí. Když mluvíme o lásce k Bohu, lžeme, pokud nenávidíme

druhého člověka (Maryšková, 2015). Křesťanská víra, že služba člověku je vlastně vyjádřením lásky k Bohu, může vést lidi k dobrovolnictví v neziskových organizacích, navštěvování lidí, kteří jsou osamoceni, nebo k ošetřování nemocných. Křesťanská láska byla dříve věřícími lidmi vyjádřena zejména tím, že žili v pokoře a chudobě, projevovali milosrdenství svým bližním, poskytovali jim pomoc a podporu. Takto zaměřeni lidé tvořili skupiny, jejich snahou bylo následovat Kristovo učení. Z nich pak postupně vznikaly první křesťanské řády, jejichž posláním bylo pečovat o nemocné (Plevová, 2018).

Zdravotníci jsou ve výjimečné pozici. Zaujímají místo po boku lidí, často v období velkých změn v jejich životě, ale zároveň jsou pro ně cizinci. Mají tedy mezi sebou určitý odstup, který může být výhodný, ale i nevýhodný. Navzájem se neznají a nemají mezi sebou žádné vazby. Stává se tak, že se s nimi nemocní cítí lépe, než se svou rodinou nebo přáteli. Mluvit o některých problémech je paradoxně snazší s někým cizím, s kým nemá pacient žádný vztah. Někdy tomu tak samozřejmě není. Vždy záleží na míře vzájemné důvěry (Svatošová, 2012).

1.8 Spiritualita v ošetřovatelství

1.8.1 Historie spirituální péče v ošetřovatelství

Historie ošetřovatelství se zabývá změnami v průběhu času, lidmi, myšlenkami, kulturou, sociálními a zdravotními podmínkami a jejich úlohou v procesu změny. Díky poznání historie ošetřovatelství lze objasnit stav zdraví občanů v jednotlivých historických etapách. Jde tedy o poznávání minulosti, analyzování přítomnosti a je možné také předpovídat budoucnost (Farkašová, 2010). Historie ošetřovatelské péče sahá do raného středověku a souvisí s šířením křesťanství. Avšak péče o člověka je historicky mnohem starší. Je možné se s ní setkat již v předkřesťanských kulturách. Pomáhat druhým lidem je člověku vlastní již odnepaměti. Zkušenosti s léčbou byly dříve předávány ústně. Zkoumaly se účinky bylin, slunce a vody na lidské tělo. Vyráběly se léky proti nejrůznějším nemocem. Tato lékařská činnost byla velmi ovlivněna náboženstvím. Ke zlepšení účinku léku byly odříkávány modlitby, díky kterým mělo dojít k zahánění vlivu zla (Kutnohorská, 2010).

1.8.2 Ošetřovatelství a spirituální péče

Spirituální potřeby v ošetřovatelské péči o pacienta mají souvislost s ošetřovatelskými diagnózami. K tomuto problému jsou v nemocnicích zvaní nemocniční kaplani, kteří dopomohou k naplnění těchto potřeb (Ackley, 2011). Spirituální ošetřovatelská péče je poskytována pacientům tak, že s nimi komunikujeme a trávíme svůj čas. Zhodnocujeme

deficity spirituální péče, které mohou mít a využíváme ošetrovatelské diagnózy. Tyto deficity je možné nalézt v knize Ošetrovatelských diagnóz (Berman, 2016). Můžeme se setkat s těmito diagnózami: Truchlení 00136, Strach 00148 nebo Duchovní strádání pod číslem 00066 (Ackley, 2011).

1.8.3 Spiritualita zdravotnických pracovníků a syndrom vyhoření

Podle Svatošové (2012) každý zdravotnický pracovník, který není schopen rozpoznat své duchovní potřeby a nerozumí jim, protože je považuje za zbytečnost a vytěšňuje je, není schopen rozeznat a posoudit spirituální potřeby pacienta. Tuto skutečnost nemocný člověk pozná, a není tak možné navázat důvěrnější vztah. Přestane se zdravotníkem mluvit, změní téma hovoru, či dá jiný signál, že nemá zájem pokračovat v rozhovoru o své spiritualitě (Svatošová, 2012).

Pojem „burnout“ neboli vyhoření původně znamenal stav, kdy lidé propadli alkoholu a ztratili zájem o všechno ostatní. Později se tento pojem rozšířil i na popsání situace lidí, kteří byli závislí na nějaké droze. Pro někoho se drogou stává i práce. Vše ostatní pro něj ztrácí smysl a výsledkem může být syndrom vyhoření. Tito lidé jsou považováni za workoholiky. Podobně jako u alkoholiků i u nich se objevují stavy lhostejnosti, deprese, únavy, vyčerpání či osamělosti (Křivohlavý, 2012). K nejčastější příčině psychického vyčerpání patří bezvýznamnost činnosti, kterou daná osoba provádí. I když nadřizený může tuto činnost považovat za velmi důležitou, tak pokud pracovník nevidí v takové práci smysl, je pravděpodobné, že dojde k syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2012). Každý zdravotník potřebuje nějaký ventil, který by mu pomohl předejít syndromu vyhoření. Kaplan nebo psycholog mohou tuto důležitou potřebu naplnit, pokud o to zaměstnanec nemocnice požádá. Člověk může mít také svého „zpovědníka“ v blízké osobě, které plně důvěřuje. To, co věřícímu člověku, který pracuje v nemocnici může pomoci, je každodenní modlitba a zpytování svědomí. Je také vhodné psát si deník. U tohoto kompenzačního prostředku se ale jedná pouze o jednosměrný monolog, a to není většinou dostačující. Je žádoucí, nejlépe pravidelně, si dopřát kvalitní odpočinek. Pokud nebereme zřetel na svá omezení, dříve či později dojde k syndromu vyhoření (Svatošová, 2012). Křivohlavý uvádí že pokud jsou očekávány od zdravotníků ve velké míře kladné emoce k pacientům, může dojít k psychickému vyhoření (Křivohlavý, 2012).

1.8.4 *Spiritualita nemocného a jeho okolí*

Rodina pacienta, jeho nejbližší i pacient sám, prochází v době nemoci těžkým obdobím, a očekává se od nich někdy až příliš. Měli by mít možnost chvíli se zastavit a odpočinout si. Je vhodné, aby se k doprovázení rodiny i pacienta zapojil větší okruh známých, spolužáků, sousedů či dobrovolníků, kteří jsou ochotni navštívit pacienta a povzbudit jej i jeho rodinu. Také je vhodné, aby o nemocném věděly farnosti či sbory, do jejichž společenství případně nemocný patří. Pomoci lze i poskytnutím drobných služeb – může jít o pohlídání dětí, odvoz autem, zajištění nákupu nebo i jiná forma spoluúčasti (Svatošová, 2011).

Člověk, který je věřící, bere odchod blízkého jako záležitost, která je pouze přechodná. Doufá, že se s ním opět shledá v posmrtném životě. To že si jedinec, který ztratil blízkého člověka, prochází těžkým obdobím, může vést k hledání smyslu života. Ujasňuje si tak priority ohledně svého životního poslání. Hodnotí, co je nenávratně pryč, co se změnilo a co dobrého zůstává dál. Spiritualita může v těchto otázkách pomoci. Může vést k rozvoji osobnosti, kdy si jedinec prošel těžkou zkouškou, a která ho v konečném důsledku posílila (Mareš, 2012).

Duchovní potřeby jsou individuální. Přesto lze nalézt jednoho společného jmenovatele. Podle Svatošové (2012) je to obecně touha po lásce. Ta je hluboce zakořeněna v každém člověku. Touha po Bohu, jinými slovy touha po lásce, i když to takto nemusí být nazváno, je neuhasitelná v každé lidské bytosti. Na rozdíl od zvířat, která také touží po lásce, mají lidé nástroj, který se nazývá svědomí. Díky němu je člověk schopen rozeznávat mezi dobrem a zlem. Může si klást otázky po smyslu života, a hledat na ně odpověď. Je schopen uvědomovat si konečnost pozemského života, a díky tomu může přemýšlet o tom, co ho přesahuje. Nejedná se pouze o výsadu věřících. I osoba, která se nepovažuje za věřící, v závěru života může uznat, že za hranici smrti leží cíl, ke kterému směřují lidské dějiny. Někdo tento cíl pojmenuje Bůh, jiný se pojmenování vyhne (Svatošová, 2012).

1.8.5 *Nevšední duchovní zážitky*

Téma mimořádných duchovních zážitků je v lékařské vědě kontroverzní. Návštěvy duchů, zážitky blízké smrti a jiné jevy nejsou výjimkou u lidí, kteří přežili mechanickou ventilaci, která trvala delší čas. Mají s duchovními zážitky zkušenosti, které je mnohdy posílily a přivedly je k vytrvalosti při náročném procesu léčby. Pozitivně proměnit život mohou zážitky blízké smrti a mimotělní zkušenosti, které jsou spojeny s okolnostmi, které ohrožují pacienta na životě (Ehman a Edgar., 2022).

Spirituální a religiózní zážitky byly zpopularizovány počátkem 20 století Williamem Jamesem. James byl americký filozof a psycholog, který pojmenoval náboženské zážitky jako

„Pocity, činy a zkušenosti jedinců v jejich samotě, týkající se témat, které jsou ve vztahu k čemukoliv, co lze považovat za božské“ (James, 1917). James popsal náboženské zážitky jako stav vědomí, jež lze charakterizovat těmito pojmy: nevyslovitelnost – nelze popsat slovy; noetická kvalita – dotyčný vnímá tento okamžik jako cenný, protože se naučil něco nového a měl možnost nahlédnout do hlubin pravdy; pomíjivost – duchovní zážitek je chvilkový, ale vzpomínka a pocit přetrvává; a pasivita – duchovní zážitek lze navodit meditací či fixací pozornosti. James neodmítal vysvětlení náboženských zážitků psychologickými či sociologickými termíny. Spirituální či náboženské zážitky mohou mít formu extáze, posedlosti, entuziasmu nebo také meditační zkušenosti (Soósová, 2022).

1.9 Posuzování spirituálních potřeb

Zjistit, zda má pacient uspokojeny své spirituální potřeby není jednoduché. Personál se ve většině případů na tyto potřeby neptá, a pacienti o tom sami od sebe také nezačínají mluvit. Maximálně při získávání anamnézy se zjišťuje, jakého je pacient náboženského vyznání, či zda je věřící. Sestra by měla být schopna zorientovat se v tom, co pacient různými signály naznačuje, a tak může zjistit, zda je pacient věřící. To vyžaduje, aby byla zvědavá v komunikaci, a záleží i na jejích pozorovacích schopnostech. Zachycení signálů lze přirovnat k situaci, kdy člověk, který se ocitl v ohrožení života vysílá SOS pomocí morseovky. Signály, které vyjadřují volání po nemocného po naplnění spirituálních potřeb, by se sestry měly naučit zachytit a rozklíčovat.

Při samotném posuzování je možné položit pacientovi tyto otázky:

- Změnily se nyní díky nemoci vaše priority?
- Jaké jsou teď vaše vztahy v rodině?
- Ovlivnila nemoc váš pohled na život a na sebe sama?
- Jaké změny jsou pro vás nejvýznamnější?
- Kdybyste se měl/měla možnost rozhodnout, co by bylo vaše největší přání v této fázi života?

Pokud tyto informace získáme, můžeme hovořit o dalších tématech, kdy rekapitulujeme život, mluvíme o úzkosti a obavách, které nemoc provázejí, o víře či náboženském vyznání, případně také o modlitbě (Němcová, 2008).

Dynamika postojů a potřeb je u jednotlivých pacientů odlišná a je nutné ji respektovat. Nezřídka narazíme na potřebu usmíření, urovnání vztahů s lidmi ale i s Bohem. Zdravotníci by

měli pacientovi pomoci i v této oblasti, pokud si to přeje. Měli by vytvořit podmínky k vyřešení těchto niterných záležitostí. Mohou přivolat příbuzné a známé, případně zajistit přítomnost duchovenského pracovníka nebo psychologa (Svatošová, 2012).

1.10 Mezníky na cestě životem

1.10.1 Duchovní vývoj

Člověk se psychologicky, ale také spirituálně vyvíjí. V případě, že dojde v jeho životě, nebo v životě jeho blízkých k události, kdy se dramatickým způsobem změní jeho život, vynoří se řada otázek po smyslu života, či významu událostí, které se staly. Tyto otázky si v těchto situacích pokládá snad každý člověk. Ověřují spiritualitu jedince a to, jak dokáže tíhu události unést (Knoflíčková, 2008).

Víru je možné u člověka posuzovat podle různých teorií. Fowler (2004) popisuje teorii, která je považována za nejznámější způsob, jak u člověka zhodnotit vývoj spirituality. Podle této teorie lze rámcově zjistit, jak člověk vnímá Boha nebo Vyšší síly, a do jaké míry to ovlivňuje žebříček jeho hodnot, životní postoje, jeho přesvědčení. Víra je podle Fowlera definovaná jako proces, kdy se člověk snaží dat svému životu smysl pomocí důvěrného vztahu k Bohu (Soósová, 2022).

V první polovině života dle Junga člověk energii směřuje ven. Snaží se naplnit úkoly, které na něj klade společnost. Naopak v druhé polovině života, se energie obrací dovnitř, a jde cestou individualizace. Nejen Jung byl přesvědčen, že pravá spiritualita je tvořena až ve středním věku, a může měnit další vývoj osobnosti (Knoflíčková, 2008).

Ve stáří se lidé častěji setkávají se smrtí svých blízkých, což je může velmi skličovat a naplňovat pocitem prázdnoty. Když si ale vytvoří vyzrálý názor, může jim to pomoci vyrovnat se s realitou konečnosti a smířit se s nemocemi. Mohou si tak více vážit sebe samého, užívat život se svými blízkými a přijmout smrt jako součást života (Špirudová, 2006).

1.10.2 Hledání sama sebe a transcendentna

Dítě zprvu náboženství nechápe, i když už je součástí jeho života. Učí se rozpoznávat dobro a zlo, a orientuje se podle toho, co mu říkají rodiče; V této prvotní fázi je napodobuje a seznamuje se s jejich názory na téma náboženství a morálky. Následně děti také samy kladou otázky na toto téma. V jejich vnímání jsou rodiče stejně tak mocní, jak mocný je Bůh (Špirudová, 2006).

V období hledání člověk nerozebírá existenciální otázky. V těchto věcech má jasno, protože je obklopen rodinou, která zajišťuje bezpečí domova. Pátrání po smyslu života začíná

až v pubertě. Záleží na tom, v jakém prostředí mladý člověk vyrůstá – zda je milován či nikoliv. Vliv mají také kamarádi a média. Pro dospívajícího je velmi náročné se zorientovat a ujasnit si kam jde, kdo je a jaké jsou jeho cíle. V Bibli se píše, že kdo hledá, najde: „*Neboť každý, kdo prosí, dostává, a kdo hledá, nalézá, a kdo thuče, tomu bude otevřeno*“ (Bible; Matouš 7,7). To by se mělo stát povzbuzením pro ty, kdo hledají. Poctivé hledání není nikdy marné, i kdyby mělo trvat celý život. Naopak nepoctivé hledání je překážkou. Příkladem je pýcha, kdy člověk nedovede odhadnout své limity, neumí přiznat chyby a odmítá vidět pravdu o sobě samém. Životní příběhy lidí, kteří hledali, jsou různé. Mají ale často jednu věc společnou – totiž to, že si sáhly na dno. Díky tomu byli schopni přiznat sami sobě svou omezenost, a následně hledat pomoc. Jiné poznání je, když si člověk uvědomí, že ho Bůh nezaslouženě miluje, dává svobodu volby a umožňuje vstupovat do vztahu s ním (Svatošová, 2012). Podle Pauliena (2012) člověk v první fázi duchovního vývoje zažívá velikou radost z Boží přítomnosti ve svém životě. Schází však mnoho znalostí, takže je daná osoba náchylná k pověrám. V této fázi je proto velmi důležité, aby nového věřícího člověka někdo vedl. Stejně tak je žádoucí, aby si jedinec našel své místo mezi ostatními věřícími lidmi (Paulien, 2012).

1.10.3 Objev a rozhodnutí se

V této fázi, kdy hledající člověk vstupuje do dialogu s Bohem, se zabývá otázkou, zda vůbec do toho má jít, co ho to bude stát, a co případně získá nebo naopak ztratí. Je důležité, aby v tomto období s ním byl někdo, kdo ho bude doprovázet a zároveň respektovat jeho svobodu a jedinečnost jeho cesty. Zodpovědnost za rozhodnutí pro otevřený vztah s Bohem je na každém člověku. Jedná se o riziko, které vyžaduje kus odvahy. Člověk se vydává na dobrodružnou cestu – a když na ní vytrvá, čeká ho zajímavý život, ve kterém se nikdy nebude nudit (Svatošová, 2012).

Paulien (2012) uvádí že se člověk ve fázi učednictví, učí žít podle Božích principů a ve společenství jiných věřících lidí. Klíčové je, aby mohl s někým tuto fázi duchovní cesty sdílet, aby se předešlo sejít z cesty. Jedná se o dobu, kdy se nový věřící člověk ujišťuje o tom, že našel skutečnou pravdu. Doba učednictví přechází ve fázi úspěchu, kdy s druhými sdílí své hodnoty a to, že křesťanství pro něj má smysl (Paulien, 2012).

1.10.4 Upevňování vztahu a následování

Spravedlnost a milosrdenství, které Bůh projevuje k lidem, není příliš pochopitelné. Proto si uveďme příklad. Dva dobří přátelé se po skončení školy rozešli a vydali se rozdílnými cestami. Z jednoho se stal zločinec, zatímco ten druhý šel studovat a stal se z něj soudce. Jednoho dne přivedli prvního kamaráda k soudu. Dopustil se totiž přestupku a byl vinen.

Soudcem obžalovaného nebyl nikdo jiný než jeho přítel ze školy. Ocítl se tak v nelehké situaci, kdy měl vůči svému příteli uplatnit spravedlnost. Za přestoupení zákona mu uložil pokutu, tu ale následně zaplatil místo něj. V příběhu se spojuje spravedlnost s láskou, a ukazuje nám na to, co pro nás Bůh učinil. Nejprve nás odsoudil kvůli našemu provinění. Potom však ve své lásce byl ochotný darovat svého syna, aby za nás zemřel. Takto jednoduše si lze představit, čím je pro nás Bůh. Je soudcem i zachráncem. Člověk může přijmout, ale také odmítnout tento jeho dar. Má svobodnou vůli – je na něm, aby se rozhodl, zda bude Boha následovat (Svatošová, 2012).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů.
2. Porovnat naplňování spirituálních potřeby u religiózních a nereligiózních pacientů.
3. Zjistit, zda pandemie onemocněním Covid-19 ovlivnila spirituální potřeby pacientů a možnosti jejich naplňování.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké spirituální potřeby mají hospitalizovaní pacienti?
2. Je rozdílné naplňování spirituálních potřeb u religiózních a nereligiózních pacientů?
3. Lišily se spirituální potřeby a jejich naplňování u pacientů hospitalizovaných v souvislosti s onemocněním Covid-19 od ostatních pacientů?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro zpracování dat získaných z individuálních rozhovorů s respondenty jsem využil kvalitativní výzkum. Hendl (2017) uvádí že kvalitativní výzkum vychází obvykle z analýzy nestrukturovaných dat, získaných na základě rozhovorů či pozorování. Analýza může zahrnovat také dokumenty jako například: videonahrávky, zápisky ze schůzí nebo deníky (Hendl, 2017). Interpretace dat je proces značně kreativní a její výsledky se odvíjejí od toho, kolik má výzkumník praktických zkušeností, teoretických znalostí a schopností (Miovský, 2006).

Při kvalitativním výzkumu máme široký záběr sběru dat, aniž by byly na začátku ustanoveny základní proměnné. Nemáme ani stanoveny hypotézy, které by provázely náš výzkum. Zkoumání tedy není závislé na teoriích, s kterými již někdo předtím přišel. Snažíme se do hloubky prozkoumat široce definované jevy a nasbírat o nich dostatečné množství informací. Teprve poté se v nashromážděných datech snaží výzkumník hledat pravidelnosti a uspořádat je (Švaříček, 2007).

Je naší snahou popisovat data a porozumět fenoménu, který zkoumáme. V kvalitativní analýze dat se využívají procedury, jako je přepisování dat a opakované čtení těchto prepisů, kdy se tak snažíme hlouběji porozumět dané problematice. Dále je to hledání souvislostí a témat v datech, segmentace a kódování konkrétních dat, sčítání slov a generování grafického znázornění, aby se usnadnila jejich interpretace (Hendl, 2017).

K získání dat pro tuto práci jsem využil techniky polostrukturovaného rozhovoru, jehož součástí byly otevřené otázky. Hlubkový rozhovor za účelem sběru dat je v kvalitativním výzkumu nejužívanější metodou (Švaříček, 2007).

3.2 Postup a charakteristika výzkumu

V rámci této části práce jsem respondentům kladl otázky ohledně spirituálních potřeb, přičemž jsem si předem určil, které otázky budou pro rozhovor zásadní. Rozhovor probíhal ve třech městech v České republice – ve dvou krajských a jednom okresním. V každém z těchto měst jsem se ptal tří respondentů. Rozhovor jsem uskutečnil nejprve s kaplanem v daném městě a pak také se sestrou a pacientem, kteří byli v kaplanem v kontaktu.

Dotazování pacientů a sester mohlo proběhnout jen s pomocí kaplana, který zajistil podmínky k rozhovoru. Při konverzaci se sestrami a pacienty coby informanty jsem tedy již počítal s tím, že jsou s problematikou obeznámeni. Rozhovory jsem nahrával na diktafon a následně provedl jejich přepis, který v práci uvádím v mírné stylistické úpravě. S nahráváním všichni dotazovaní souhlasili. Rozhovory probíhaly vždy v prostředí nemocnice – s kaplany v jejich kanceláři, se sestrami na denní místnosti, dotazování pacientů jsem prováděl u jejich lůžka. Nebylo by vhodné klást stejné otázky všem třem skupinám. Zvolil jsem proto postup, kdy kaplani a sestry odpovídali na podobné otázky, u pacientů jsem zvolil méně formální a ne tolik odborný styl dotazování a zaměřil se spíše na jejich duchovní potřeby. (Kompletní soubor otázek uvádím v příloze – kap. 8.)

Před samotným dotazováním jsem vedl krátkou konverzaci s respondentem – představil jsem se mu a pověděl mu něco o škole, na které studuji. Pak jsem ho trochu uvedl do problematiky, které se věnuji, jakou roli v ní budou hrát oni a co je cílem mého výzkumu. Bylo mou snahou pojmout téma z různých pohledů. Účastníky výzkumu jsou tak muži i ženy, a to různého věku, kteří na zkoumané téma nahlíží odlišně. Díky rozhovorům se mi podařilo shromáždit množství poznatků, které v další části práce prezentuji a na jejichž základě docházím i k příslušným závěrům.

Na základě dotazování jsem následně zpracoval tabulky č. 1, 2, 3, které obsahují základní údaje o respondentech (informantech). Zde uvádím význam zkratk použitých v tabulkách i celé následující části práce:

N1, N2, N3 – nemocnice, v nichž probíhal průzkum

K1, K2, K3 – kaplani

S1, S2, S3 – sestry

P1, P2, P3 – pacienti

Tabulka č. 1: Základní identifikační údaje o kaplanech

Informanti	Vzdělání	Délka praxe	Pověření z církve	Typ pracovního úvazku
K1	teologická fakulta	3 roky	Českobratrská církev evangelická	poloviční
K2	teologická fakulta	13 let	Církev adventistů sedmého dne	plný
K3	filozofická fakulta, teologická fakulta	3 roky	Církev adventistů sedmého dne	čtvrtinový

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2: Základní identifikační údaje o sestřách

Informanti	Věk	Délka praxe	Typ pracovního úvazku
S1	62 let	21 let	plný
S2	67 let	46 let	poloviční
S3	32 let	8 let	plný

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3: Základní identifikační údaje o pacientech

Informanti	Věk	Náboženská denominace	Důvod hospitalizace
P1	71 let	bez vyznání	bércové vředy
P2	76 let	Římsko-katolická církev	TEP
P3	45 let	Římsko-katolická církev	autonehoda

Zdroj: Vlastní výzkum

4 Výsledky

V této části práce se budu zabývat spiritualitou pacientů z pohledu kaplana, sester, ale také samotných pacientů. Výsledky průzkumu jsem rozčlenil do tří kapitol (4.1; 4.2; 4.3), jejichž názvy odrážejí stanovené cíle (ad 2.1 Cíle práce) a obsah výzkumných otázek (ad 2.2 Výzkumné otázky): 4.1 Spiritualita pacientů, 4.2 Rozdílnost spirituality u religiózních a nereligiózních pacientů a 4.3 Spiritualita pacientů v souvislosti s onemocněním Covid-19. Kapitola 4.1 pojednává téma spirituálních potřeb a různé pohledy informantů na tuto problematiku. V kapitole 4.2 se věnuji tématu religiozity pacientů. V kapitole 4.3 rozvádím otázku, zda se lišily spirituální potřeby u hospitalizovaných pacientů v souvislosti s onemocněním Covid-19 od ostatních pacientů.

4.1 Spiritualita pacientů

4.1.1 Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů

Tabulka č. 4: Odpovědi na otázky týkající se různých aspektů spirituality pacientů

Informanti	Identifikace	Žít s Bohem	Doprovázení	V něco věřit	Odpuštění	Dobré vztahy	Věřit jen v těžké situaci	Najít smysl v těžkostech	Touha po kotvení a jistotě	Sounáležitost	Srovnat si věci v životě
N1	K1		✓	✓				✓	✓		
	S1	✓			✓	✓					✓
	P1		✓	✓							
N2	K2		✓						✓		✓
	S2				✓				✓		
	P2	✓									
N3	K3								✓	✓	
	S3					✓	✓	✓	✓		
	P3						✓				

Zdroj: Vlastní výzkum

Na první otázku - „Jaké jsou spirituální potřeby u pacientů hospitalizovaných v nemocnici“ - se jako odpověď nejčastěji objevovala touha po pevném základu, bezpečí či jistotě v období nemoci. Tato odpověď je zřetelná také v tabulce, kde můžeme vidět odpovědi informantů K1, K2, K3 a S3. Dotaz směřuje k tomu, aby se informanti rozmluvili více na téma, jak moc je duchovní potřeba, obzvláště v období nemoci a těžkostí důležitá. Informant K1 se k tomu vyjadřuje slovy: *„Je potřeba se zorientovat ve své situaci, a pokusit se najít, jaký má smysl. To, co se stalo, prožívání své nemoci zasadit do svého životního příběhu. Někdo to dělá tak, že rekapituluje to, co se v životě stalo, a jaký smysl to mělo.“* O důležitosti vyšších hodnot v životě člověka, kterými jsou jistota a kotvení, se zmiňuje více informantů.

Informant K1 dále zmiňuje tyto hodnoty u lidí, kteří mají již definované, čemu věří: *„Někdo má tu spirituální potřebu formulovanou. Jsou to většinou lidé, kteří už nějak nábožensky žijí, nebo mají tu svoji duchovní potřebu už nějak ukotvenou. Vlastně ta potřeba je nijak ani nepřekvapí, není pro ně nová. Tak si myslím, že tito lidé mají potřebu se vlastně v té víře ukotvit. Uchytit nebo více se ujistit, že je všechno v pořádku a že je v tom Bůh nenechal. Také že se na Boha mohou spolehnout. To už jsou většinou lidi, kteří mají nějak formulovanou svoji náboženskou představu.“* Také informant S2 hovoří o tom, že větší zájem o naplňování spirituálních potřeb mají ti, kdo žijí svou vírou: *„A pak nám třeba řekli, že jsou věřící. Když se pak dívám na ty lidi, tak je vidět, že mají takový nějaký větší klid. A taky mluví o tom s námi, když chtějí například návštěvu kaplana. Ale pak ještě mluví o tom, že by chtěli mluvit s rodinou, aby je mohli vidět.“*

O kotvení v životě, ale i o potřebě jistoty a o tom, že pacienti bývají často velmi rozrušení a neklidní, se zmiňuje také informant K3: *„No ono se to liší oddělení od oddělení, ale na urgentním příjmu je to potřeba nějakého kotvení a jistoty. Oni tam přijdou a mají nějaký problém. Může to být otázka po tom, co bude, ale často je to o tom, že mají absenci pokoje.“* Informant K3 dále rozvádí spirituální potřeby pacientů v situaci, kdy se k dotyčnému okolnosti postaví nepříznivě: *„Ano, oni třeba na ambulanci přijdou, mají nějaké základní vyšetření a odebere se jim krev. A potom tam třeba tři hodiny leží a čekají na výsledky odběrů a po celou tu dobu tam s nimi nikdo není. Takže tady by to mohla být potřeba trochu se zklidnit a utřídit myšlenky. Je pro ně v těchto chvílích důležitý kontakt s nějakým člověkem, nebyť sám.“*

4.1.2 Upřednostňované způsoby duchovní podpory u pacientů

Tabulka č. 5: Upřednostňovaný způsob duchovní podpory u pacientů

Informanti	Rozhovor	Modlitba	Svátosti
P1	✓		
P2	✓	✓	✓
P3	✓		

Zdroj: Vlastní výzkum

Častou potřebou lidí, kteří jsou religiózní, je kromě rozhovoru také modlitba a přijímání svátostí od kněze, který je v nemocnici může navštívit. Z tabulky je patrné, že pacienti upřednostňují pro svou osobní duchovní podporu rozhovor. Informant P2, který pravidelně chodí do kostela, zmiňuje také modlitbu a svátosti. Modlitba je důležitou součástí duchovního života věřícího člověka. Informant P2 rozvádí věc následovně: *„Myslím si, že všechny způsoby duchovní podpory jsou důležité a že nelze jedno od druhého oddělit. Ale i jedno samotný, oddělený od druhého má velkou cenu a velkou podporu a velký význam pro toho daného člověka.“* Informant K1 mluví konkrétněji o modlitbě: *„To jsou pak ti lidé, kteří už mají ujasněnou představu o Bohu, třeba i konkrétně si řeknou, požádají mě o modlitbu, že se se mnou chtějí modlit, nebo že chtějí abych se za ně modlila a nějak je upokojila, že to pak bude dobrý.“*

Informant K2 říká: *„Tak jim nabídnu třeba modlitbu, jestli jim to nevadí, že se budu modlit. Nebo jim nabídnu knížku. Tak se pomodlím a už to chtějí třeba pořádně.“* Informant P2 hovoří kladně o kaplanovi, díky kterému je pro něj snazší vyrovnat se s životní situací: *„Kdybych tady byla sama, myslím, že bych asi nedokázala tolik toho říct. Ale když už kaplan přijde, je to pro mě vždy radost. No a taky když někdo přijde z kostela za mnou na návštěvu, tak to je taky pro mě vždycky takové povzbuzení.“* Informant P1 se vyjadřuje podobně: *„No a stávalo se mi, že jsem třeba usmula, a vzbudila jsem se strachem, co se to vlastně děje. Manžel i děti pryč, a já nevím, co mám dělat. Nějaké povzbuzení se tedy hodí, ono to není jen tak. Ono na tom možná něco bude, i na těch kaplanech.“*

4.1.3 Pohled sester na spiritualitu pacientů

Tabulka č. 6: Spiritualita pacientů očima sester

Informanti	Důležitá součást celkové péče o pacienta	Mělo by se o ní více mluvit	Kaplan	Rodina
S1		✓	✓	
S2	✓		✓	✓
S3	✓		✓	✓

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka poukazuje na to, že sestry vnímají spiritualitu pacienta v celkovém pojetí péče jako důležitou a podstatnou. Dále je z výzkumu patrná významná úloha kaplana a rodiny v celkové kvalitě duchovní podpory pacienta. Informant S3 mluví o tom, že tyto aspekty v péči o pacienta hrají nezastupitelnou roli: *„Myslím, že rodina má v celkové kvalitě spirituality pacienta klíčový význam. To, že kaplan přijde, je hezké a často i přínosné, ale stejně nejvíce zmůže rodina, pokud jde o duchovní podporu.“* Informant S1 poukazuje na fakt, že spirituální potřeby nejsou ve společnosti brány dostatečně vážně a že o tomto tématu by se mělo více mluvit: *„Já sama tu potřebu mám. Myslím si, že na těch lidech vidím, když je tam takový nějaký nelad. A taky že ten klasický personál to nemá a nezná. Mělo by se více dbát na to, aby zdravotníci naslouchali lidem, aby se jich ptali, co potřebují a tak podobně. Já třeba poznám, když si člověk potřebuje popovídat o věcech, které ho trápí. Každému třeba nedůvěřují. A oni ti kaplani vědí, jak na ně.“*

Také podle informanta S2 jsou kaplani, duchovní podpora a rodina podstatné a nezastupitelné články v péči o celkové zdraví pacienta: *„Jak říkám, s některými lidmi to prostě nejde, ale když navážete kontakt s pacientem, tak to nějak vycítíte, jestli je tomu vůbec přístupný. Jestli vůbec má zájem, nebo potom, když přijde jeho rodina, tak to prostě nějak poznáte. Tak buď jim službu kaplana nebo jinou duchovní podporu nabídnete, a přitom někdy víte už předem, že odmítnou, ale přesto se to zkouší. Ale většina lidí, kterým jsme to nabídli, to prostě přijala.“*

4.1.4 Některé související aspekty služby nemocničních kaplanů při naplňování spirituálních potřeb pacientů

V této kapitole se chci krátce zastavit u nemocničních kaplanů a všimnout si některých souvisejících aspektů jejich služby, které přispívají k tomu, aby se jim dařilo naplňovat duchovní potřeby pacientů. Práce kaplana není jednoduchá, je ale prospěšná, a to pacientům i zdravotníkům. Snažím se zde obsáhnout, jaké nároky jsou kladeny na kaplana, jak probíhá jeho spolupráce se zdravotníky, všímám si jeho přístupu k rozvržení času určeného pro službu, i toho, jakým způsobem je možné s kaplanem navázat kontakt.

Nároky kladené na kaplana

Tabulka č. 7: Nároky kladené na kaplana

Informanti	Náročná profese	Nenáročná profese	Mentální hygiena	Obdarování pro službu	Řešení nelehkých životních situací	Nelze se připravit na pacienty
K1	✓				✓	✓
K2	✓		✓	✓	✓	✓
K3	✓	✓	✓		✓	

Zdroj: Vlastní výzkum

Dokreslující informace o kaplanech a jejich vztahu ke své profesi podává výše uvedená tabulka. Informant K2 vnímá kaplanskou práci jako nesnadnou. Mluví o tom, že je třeba zachovat si zdravý odstup, bez kterého se pracovník, který pracuje s lidmi, neobejde, jinak by ho tato práce mohla zničit. Také považuje za důležité vědět, zda má člověk pro práci kaplana obdarování: „*Já si myslím, že když člověk má nějakou mentální hygienu, ale především když je Pánem Bohem pro práci obdarován, to znamená že má dar pastýře, tak to může být ta jeho parketa. Pokud to tak nemá, pak jej to může zničit.*“ Jako kaplan také musí pacientům pomáhat v různých nelehkých životních situacích. Příkladem mohou být rodinné komplikace, rozvod či jiné osobní problémy. Náročnost kaplanské služby popisuje například takto: „*Není možné se připravit na všechny situace, které při kontaktu s pacientem vzniknou.*“ Informant K1 mluví také o tom, že je velmi obtížné zorientovat se v pacientových problémech, a že se nelze připravit na každou situaci: „*Na tohle povolání se nedá úplně dobře připravit, protože někdo řeší odpuštění, někdo řeší neodpuštění nebo něco těžkého z minulosti. Já pak musím být velmi*

duchaplná, tady a teď pro toho člověka, za kterým přicházím. A tohle je něco, co je hodně mentálně a psychicky náročné. Člověk musí být pořád v postřehu a zapojení.“

Kaplanská služba se může jevit náročnou také z pohledu jiných, souvisejících profesí. Podle informanta K2 musí kaplan – ve srovnání např. s kazatelem – pomáhat v těch nejtěžších možných životních situacích: *„Když je člověk třeba kazatelem, tak má na starost i radostné povinnosti, jako je narození dětí, mládežnické akce nebo snoubenecké přípravy. A potom svatby, křesťanský domov, a sem tam je někdo v nemocnici, a sem tam někdo zemře. Kaplan s lidmi probírá rakoviny, amputace nebo mrtvice. Z tohoto pohledu má na starosti ty nejtěžší možné věci. Ještě se k tomu přidají pacienti, kteří řeší rozvody nebo jiné těžké osobní problémy, a to je pak velmi náročné na psychiku.“*

Informant K3, jako kaplan, ale také jako psycholog málokdy mluví jednoznačně. Uvědomuje si složitost situace a je jeho snahou pojímat problematiku z více úhlů pohledu. V nemocnici pracuje pouze na čtvrtinový úvazek, jako jeden ze sedmi kaplanů. Zmiňuje, že kaplanská služba náročná je, ale také není. Přiklání se k tomu, že s pacienty je většinou domluva, a dodává, že s nimi většinou dobře vychází: *„Pro mě jako pro introverta je náročné přijít k pacientovi. Nevím, jak to vezme, a nevím, jestli má vůbec zájem. Málokdy jsem se ale setkal s tím, že by mě pacient nějak sprostě vyhodil nebo tak. Takže platí ano i ne.“*

Spolupráce kaplana se zdravotníky

Do průzkumu jsem zahrnul také oblast spolupráce nemocničních kaplanů se zdravotníky. Všichni kaplani odpověděli kladně na otázku, zda se jim dobře spolupracuje s personálem. Informant K1: *„Se zdravotníky, se kterými jsem už přišla do kontaktu a nějak vlastně trošku tuší, a třeba i vidí, jaký vliv moje služba mezi pacienty má, tak s těmi se mi spolupracuje dobře.“* Podobnou zkušenost má také informant K3: *„Samozřejmě záleží na jednotlivcích, ale v globále je spolupráce dobrá. Jednak máme dobrý vztah v rámci kaplanského týmu, což je to, že si i předáváme pacienty, když víme, že někdo je na něco lepší, druhá věc je, že se snažíme pracovat i s personálem na odděleních, budovat mezilidské vztahy.“* Informant K1 dále uvádí, že je zván na oddělení nejen kvůli pacientům, ale i kvůli samotným zdravotníkům: *„Jsou oddělení, kde už nás fakt znají dobře, a tam je vlastně takový ten vedlejší efekt služby v tom, že už si nás nevyhledávají jenom kvůli pacientům, ale třeba i kvůli sobě. Že i ti zdravotníci se potřebují s něčím svěřit, něco říct, nebo řešit. Ale tahle nemocnice je velická, a ne všude nás znají.“*

Kaplan a jeho přístup k rozvržení času

Tabulka č. 8: Přístup kaplana k rozvržení času

Informanti	Má dostatek času	Spíše nemá čas	Vyhodnocování priorit
K1		✓	✓
K2	✓		✓
K3		✓	

Zdroj: Vlastní výzkum

V rámci výzkumu jsem sledoval i to, jak kaplani nakládají s časem určeným pacientům či zdravotnickým pracovníkům – zda kaplan má nebo nemá na kvalitní práci dostatek času, aby mohl naplnit potřeby přijímajících. Informant K2 věnuje svůj čas také zdravotníkům: „Myslím, že mám dostatek času. Musím si ho udělat a musím si časovat věci. A dobře organizovat věci, návštěvy a lidi. Když jsem nastupoval, tak jsem tu byl většinou pro pacienty. Dneska už to mám padesát na padesát. Polovina času pro pacienty a druhá pro zdravotníky.“ Informant K1 říká: „Já tady nejsem na celý úvazek, pouze na poloviční, takže jsem došla k tomu, že musím službu dělit na ty jistým způsobem akutní a ostatní. Ale to mě učí vlastně až ta praxe, jo, že mám pocit, že u některých pacientů na některých odděleních následné péče by nemusela být až tak nutná péče kaplana. Myslím, že by to úplně vynahradili dobrovolníci, kteří by chodili si s těmi lidmi povídat a mělo by to možná podobný efekt jako ta moje služba. Ale pak jsou lidi, kteří jsou fakt v nějaké hodně závažné situaci, třeba v paliativním týmu. A tam už člověk musí být plně tady a teď a musí být připraven na tu závažnost celé situace. Tam už jen tak každého nepošlete. Takže jestli mám dost času? Někdy ne. To přiznám, že musím občas vyhodnocovat, na koho si ten čas mám udělat. Když třeba vím, že tenhle člověk umírá, tak to je jasný, že nepočká. Tak za ním půjdu určitě dřív než za nějakou starou pacientkou, která tady bude ještě ležet týdny.“ Informant K3 dokládá, že na pacienty kvalitní čas většinou nemá. Nelze stihnout zajít za každým pacientem a zajímat se o to, zda má o duchovní podporu zájem: „Snažíme se ty oddělení, co máme, navštívit alespoň jednou za týden, nebo za čtrnáct dní. Ale to jen to oddělení člověk prolítne. Abych s každým člověkem, který má zájem o duchovní potřebu, strávil čas, tak na to nemáme kapacitu.“

Prostředky pro navázání kontaktu s kaplanem

Tabulka č. 9: Prostředky pro navázání kontaktu s kaplanem

Informanti	Dotazník	Zdravotník	Telefon	Webové stránky	Časopis	Vizitka
K1		✓	✓	✓		
K2		✓	✓	✓	✓	✓
K3	✓	✓	✓			

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro doplnění celkového přehledu o činnosti kaplanů v mém výzkumu jsem vytvořil tuto tabulku. Ukázalo se, že k navázání kontaktu s kaplanem dochází obvykle přes zdravotnické pracovníky, kdy je pacienti požádají o duchovní podporu. Informant K1 uvádí, že zdravotníci jsou ti první, s kým se pacient setká při přijetí do nemocnice: *„Z praxe vím, že nejčastější způsob kontaktování kaplana je skrze zdravotníka, který službu nabídne. Někteří zdravotníci umí velmi dobře vytipovat, který člověk tu péči potřebuje.“* Informant K2 také mluví o zdravotnicích, jako o stěžejním článku pro kontaktování kaplana: *„Také mám na každém oddělení nějakého toho styčného důstojníka, který vychytává spirituální potřeby. No a když tedy nějaké objeví, já se tam vypravím a snažím se být nějak užitečný.“* Dalším nejužívanějším nástrojem pro kontaktování kaplana je telefon. Informant K3 mluví o tom, že pacientova rodina nebo personál nemocnice mohou kaplana kontaktovat: *„Můžou nás, ať už sami pacienti, jejich příbuzní nebo zdravotníci a zaměstnanci toho oddělení, kontaktovat na kaplanském telefonním čísle. Na některá oddělení také sami docházíme.“* Jinými nástroji, kterými o sobě kaplani dávají podle mého výzkumu vědět jsou dotazníky, webové stránky, časopis nebo vizitka.

4.2 Rozdílnost spirituality u religiózních a nereligiózních pacientů

Tabulka č. 10: Rozdíly ve spiritualitě religiózních a nereligiózních pacientů

Informanti	Identifikace	Ano, rozdíl je znatelný	Ne, religiozita není podstatná	Věřícím lidem můžeme nabídnout duchovní podporu.	Všichni lidé mají spirituální potřeby	Záleží na typu religiozity
N1	K1			✓	✓	
	S1	✓				
N2	K2	✓		✓	✓	✓
	S2	✓				
N3	K3	✓	✓	✓	✓	✓
	S3	✓		✓		

Zdroj: Vlastní výzkum

Pacienty lze z pohledu spirituality zjednodušeně rozdělit na dva typy lidí. Religiózní a nereligiózní, případně věřící a nevěřící. Na otázku, zda je naplňování spirituálních potřeb u věřících a nevěřících pacientů rozdílné, odpovídali kaplani i sestry. Například informant K1 říká: „*Fakt nemoci je vlastně obrovský prubířský kámen, a myslím si, že v tomhle jsou lidi na tom stejně. Nezáleží, jestli jsou religiózní nebo ne, protože se musí vyrovnat tím, jak tu nemoc zvládnout, a jak tu nemoc můžou zasadit do svého života. A to je, si myslím, těžké úplně pro každého. Nereligiózní pacienti na tu svoji duchovní potřebu teprve třeba přijdou.*“ Informant S1 doplňuje, že je rozdíl mezi naplňováním duchovních potřeb u religiózních a nereligiózních. Také to, že u lidí lze rozeznat, když potřebují duchovní podporu. Mluví o smíření se. I když někdo dosud nevěří v Boha, neznamená to, že k obrácení k víře časem nemůže dojít: „*No, já si myslím, že v tom je rozdíl, protože to poznáme, když lidi jsou věřící. A nějak víc chtějí naplnit tu svoji potřebu, chtějí mít čisto na té své cestě. A je jasné, že jsme všichni hříšníci, to je každý. A chtějí se smířit s Bohem, aby šli nějak dál. No a ti nevěřící, bych řekla, že taky k tomu pak*

začnou inklinovat. To znám i u lidí, u kterých vím, že to byli ateisté, a najednou začali s tou myšlenkou koketovat.“

Také podle respondenta K3 je možné vysledovat určité rozdíly mezi dvěma základními skupinami. Mluví o tom, že je rozdíl v tom, že věřící pacienti na rozdíl od nevěřících prožívají spiritualitu v církvi, což je podle něj něco zcela hmatatelného a snadno rozeznatelného. V naplňování potřeba ale odlišnosti nevnímá: *„Když se s nimi baviš, tak mi přijde, že potřeby jsou v zásadě stejné u věřících i nevěřících. Způsoby jejich naplňování můžou být odlišné právě tím, že u věřících se to naplňuje v nějakých řekněme církevních nebo religiózních kategoriích, ať už jsou to svátosti či modlitby. Ale stejně ti lidé si často chtějí i jen normálně, lidsky popovídat a prožívat to, že v tom nejsou sami, a to že tam je někdo, kdo pro ně má uši a tak podobně.“* Na základní otázku je tedy podle něj možné odpovědět „ano“ i „ne“. Tento informant také podotýká, že religiózní potřeby jsou podkategorií spirituálních potřeb. Shrnuje věc následovně: *„Pod spiritualitou, tam právě jsou otázky po smyslu života, po tom, jestli je něco, co mi v životě dává hodnotu, hodnotu člověka.“*

Za zajímavé považují rozdělení spirituálních potřeb pacientů, jak se o tom zmiňuje informant K2. Uvádí, že je možné narazit na tři druhy pacientů: Ti, kdo již věří, hledající lidé a nevěřící lidé. *„Je rozdíl mezi tím věřícím, tím nevěřícím a tím hledajícím. Takže když je to ten věřící, tak ten má určitě potřebu návštěvy. Pak s ním procházím život, kolikrát potřebuje jakoby uklidit stůl, porovnat některé věci z minulosti, nastavit některé věci v přítomnosti, a také vyřešit některé otázky do budoucnosti. Dále je to modlitba. Doprovázení tak, aby stíhal. Není možné jít rychleji nebo pomaleji než on.“* O nevěřících lidech, kteří sice mají potřebu transcendentna potlačenou, o to větší je ale jejich touha po Bohu, říká, že takový člověk se může ptát: *„Co bude se mnou? Protože vepředu tma a v minulosti rozbité věci.“* O těch, kdo jsou ve fázi hledání, říká: *„Tady u nich je dobré začít tam kde jsou oni. Řeší většinou takové věci jako je samota, bolest, opuštěnost anebo pocit viny. Všechny tyto věci se řeší. A já se je potom snažím vést k tomu, aby nebyli závislí na mně a na mé pomoci, ale přivádět je k někomu, kdo je s nimi pořád.“*

Informant S2 mluví o tom, že v nemocnici, ve které pracuje, jsou většinou hospitalizováni lidé, kteří málokdy požadují spirituální péči: *„Většina pacientů je samozřejmě nevěřících.“* Jen zřídkakdy se zde setká s pacientem, který vyžaduje duchovní podporu: *„Tady je teď taková klientela, že jsou tu lidi bez domova, jsou to alkoholici a lidi, kteří si třeba i sáhli na dno. No, a ti nemají ani rodinný zázemí, natož aby měli nějakou víru. Tady převažuje tato*

klientela.“ Mluví o tom, že je rozdílné naplňování duchovních potřeb u religiózních a nereligiózních pacientů. Také zmiňuje, že se s nevěřícími lidmi podstatně hůř komunikuje, a ve většině případů není ani dostatek času k probírání duchovních témat. *„Navíc není tu ani dost času a prostoru na to, aby se to s nimi nějak hlouběji probíralo.“* V tom se shoduje s informantem S3, který uvádí: *„Já si myslím, že v nemocnici se na tohle téma tolik nemluví, i z toho důvodu, že na některých odděleních je opravdu málo času. Kaplan si ten čas ale může udělat.“*

Zajímavá zkušenost informanta K2 vypovídá o tom, že spirituální potřeby lze naplňovat i jiným způsobem než křesťanským. Tento informant podává svědectví, jak na oddělení přivezli pacientku, která věštila z karet. Této pacientce se v osobním životě moc nedařilo: *„Povídala mi celý svůj život. Jak ztroskotala v prvním manželství, z prvního manželství má dítě, které je nějak postižené. A z druhého manželství má zase dítě nějak postižené. A když jsem se ptal na sílu, co je zdroj její síly. Tak ona řekne, že je ráda za ty karty. A ta představa že bych jí vzal ty karty, tak to by bylo.“* Dále tento informant vypovídá o tom, jak vedl pacientku od karet, k jistotě, která je neměnná. Zakončuje tuto zkušenost slovy: *„A takhle jsem ji vedl od těch karet, ale když ji něco vezmeš, tak ji musíš dát něco lepšího. Takže až když jsem ji představil jako kdyby pána Boha, že se ho může chytit, napřed jsem to byl já, potom to byl pánbůh. jojo, tak já ty karty dám pryč, a říkám to musíte udělat vy to já neudělám za vás, a pak mi psala sestřička ona mi odevzdala karty.“*

4.3 Spiritualita pacientů v souvislosti s onemocněním Covid-19

Tabulka č. 11: Rozdíly ve spiritualitě pacientů hospitalizovaných v souvislosti s onemocněním Covid-19 a ostatních pacientů

Informanti	Identifikace	Ano, spíše se lišily	Ne, spíše se nelišily	Nelze jednoznačně určit	Lidé měli strach	Teď to už není aktuální	Covid-19 zintenzivnil spirituální potřebu	Lidé byli vděční že nezemřeli	Personál nemocnice to poznamenal
N1	K1	✓		✓		✓	✓	✓	✓
	S1				✓		✓		
N2	K2	✓	✓				✓		
	S2	✓					✓		✓
N3	K3	✓			✓		✓		
	S3				✓		✓		

Zdroj: Vlastní výzkum

Informanti v této části práce odpovídali na dotaz, zda se lišily spirituální potřeby a jejich naplňování u pacientů, kteří byli hospitalizováni v souvislosti s onemocněním Covid-19, od ostatních pacientů. Tabulka zachycuje situace, se kterými jsem se v průběhu zkoumání setkal opakovaně. Na otázku odpovídali pouze kaplani a sestry. Informanti se ve většině případů shodují v tom, že spirituální potřeby se u pacientů lišily. Z výzkumu také vyplynulo, že více informantů se domnívá, že onemocnění Covid-19 zintenzivnilo spirituální potřeby a že v této době hrál významnou roli strach. Informant K3 o potřebách, které měli pacienti v období nejsilnějších vln onemocnění Covid-19, mluví takto: „Potřebu nebýt sám, potřebu zklidnit se, to jsem vnímal hodně na covidovém oddělení, tam to opravdu bylo, tím spíš, když tam v určitém období nemohly být návštěvy. Všichni, kdo tam chodili, tak byli v ochranných oblecích. Takže měli potřebu sdílení, nějaké sounáležitosti. Potřebovali porozumění, smysl života, smysl třeba i toho utrpení. Nebo také bilance či vypořádání se ve vztazích jak ve smyslu odpuštění sobě samému, či druhým lidem.“

Také informant K3 dosvědčuje, že toto období bylo silně podbarvené strachem: „*Při covidu budoucnost pacienti moc neviděli. Pro ně byla de facto ani ne zamlžená, oni ji viděli úplně černě. Minimálně první půlrok to bylo o tom, že lidé najednou měli pocit, že je jisté, že umřou.*“ ... „*Tehdy to bylo hodně o tom, že najednou měli pacienti pocit beznaděje a konce, být ten medicínský stav tomu vůbec nemusel odpovídat.*“ Pracovalo se však s nadějí a bylo snahou poukazovat na věci, které se i třeba posunuly k lepšímu. Podpora, že na to nejsou sami, hrála také velkou roli. Nyní je podle něj situace více v normě a člověk hospitalizovaný v nemocnici se zajímá o to, co bude dál. Informant K1 uvádí, že atmosféra byla velmi specifická a byly znát silné emoce: „*Ta atmosféra a naléhavost té chvíle... já nevím, jestli zemřu... vlastně vedla k velké otevřenosti. Takže jsem tam zažívala pacienty, a to teda bohužel byla realita, že jsem je stihla navštívit třeba jen jednou, protože podruhé tam ten pacient už nebyl. Šel například na lůžko nebo zemřel, no.*“ Případ, kdy pacient již byl hospitalizovaný a následně onemocněl Covid-19, nebyl výjimkou. Informant K1 k tomu říká: „*Ti covidoví pacienti byli vlastně rozestí po celé nemocnici. Někdo měl třeba onkologické onemocnění, a covid tomu dodal naléhavost, že teď je to jako úplně špatně.*“ Jiná situace nastala, když už někdo do nemocnice s onemocněním Covid-19 přišel. Informant K1: „*Ale když byli lidi, kteří přišli jenom s covidem, to znamená, že leželi na covidových jipkách, tak tam to bylo specifické... To zase musím říct, že tam byla atmosféra!*“

Lidé, kteří byli zasaženi vlnou infekčního onemocnění, ať už personál v nemocnici nebo pacienti, mají dlouho na co vzpomínat. Na tom se shodují všichni informanti. Byla to lekce, která mohla v lidech probouzet solidaritu a lepší stránku člověka. Informant S2 to potvrzuje: „*Na covid šly ty sestřičky, které byly akční, sebevědomější. Když pak přišly, vracely se zpátky, když se ty covidový oddělení uzavíraly, tak vím, že je to poznamenalo, řekla bych, že pro ně pozitivně. Byly daleko skromnější, poznaly život, poznamenalo je to a byly pokornější. Prostě bylo to pro ně v jejich profesním životě něco dosud nevidaného, a bylo vidět že nečekaný úmrtí tam docela těžce snášely.*“ Tato událost jak ve společnosti, tak i v nemocnici dávala lidem společný cíl, stmelovala kolektiv a byla možností ke zlepšení. Jak uvádí informant S2: „*Určitě to sestřím pomohlo hodně. Nebo i potom když se vrátily, tak pro kolektiv i pro ně to byla velká životní zkušenost. Potvrzuje, že spirituální potřeby pacientů, kteří byli hospitalizováni v souvislosti s Covid-19 se lišily: „Ano, řekla bych že se lišily. Muselo to být ohromně těžký pro pacienty, když prostě se nemohli rozloučit. Nedovedu si to představit vůbec.*“

Těžkým obdobím si procházel personál, pacienti, ale také rodina, která se musela vyrovnat s tím, že svým blízkým nemůže být nablízku. Dát poslední sbohem svým milovaným se na infekčních odděleních dařilo jen málokomu. Emočně silný zážitek má informant K2: *„Bylo velice důležité, když se rodiny nemohly dostat k pacientům, že jsem jim zprostředkoval různé věci. Přenášel jsem věci, nebo jsem se modlil, nebo jsem je navštěvoval na těch covidových odděleních. Anebo někde, kde ten člověk už umíral, tak jsem tam prostě stál u dveří a modlil jsem se.“* Podobnou zajímavou zkušenost prožil na infekčním oddělení informant K1: *„No a na těch covidových jipkách to bylo taky zajímavý. Stalo se mi tam že jsem slyšela různé příběhy, takové ty echt spirituální v tom smyslu, že mně třeba popisovali, kdy v životě zažili zázrak. Nebo kdy v životě zažili fakt spirituální zážitek. Takový ten, co bychom my, jako věřící lidi, nazvali, že to bylo osvícení nebo něco takového, kdy prostě viděli velké světlo, nebo kdy cítili jakýsi dotek Boha, nějakým teplem nebo něčím takovým. Na jipkách měli pacienti velkou duchovní potřebu. Když viděli, že jsem kaplanka, tak mi říkali, že předtím to nikomu neřekli, protože nechtěli být za blázna, že ale mně to řeknou. Tak já reaguji, že je to teda milé, že mi to říkají, že se s tím svěřují zrovna mně.“*

Zdravotníci nemohli dovolit, aby se nákaza šířila, a tak na tom nejrůznějšími způsoby pracovali. Jedním z těchto omezujících prostředků byla izolace nakažených pacientů. Informant S3 uvádí: *„Častější oddělení od rodiny a omezení nebo i zákaz návštěv z venku bylo dusivé a podporovalo izolaci jak fyzickou, tak duševní.“* Situaci, kterou by si nikdo dříve ani nedovedl představit, nyní zažívalo na vlastní kůži mnoho zdravotníků a jiných nemocničních pracovníků. I přes veškeré snahy zamezit nákaze, je známo, že se šířila velmi rychle. Tato nemoc byla něčím zcela novým, neprobádaným a lidé se báli toho, co bude dál a jak to celé dopadne. Informant K3: *„Tehdy, jak se o tom moc nevědělo, tak to bylo hodně o strachu a beznaději, potažmo naději.“* Bylo třeba chovat se flexibilně a zodpovědně k daným nařízením, a zároveň si zachovat chladnou hlavu. Podle S3 *„byl větší tlak a strach z neznáma a lidé se snažili hledat pravdu ve změti nových informací, poznatků, opatření a nařízeních.“*

Informant K1 poukazuje v souvislosti s otázkou na onemocnění Covid-19 na to, že sice nelze jednoznačně určit, zda se spirituální potřeby lišily nebo ne, přesto tuto možnost připouští: *„Nevím, jestli bych to dokázala úplně generalizovat, ale možná bych dokázala spíš říct, jak to bylo, na kterém oddělení. Protože ti covidoví pacienti byli vlastně rozestí po celé nemocnici.“*

Informant K2 zastává názor, že se spirituální potřeby u pacientů s Covid-19 nelišily od jiných, protože se jednalo o akutní stav, kdy mají všichni lidé stejné potřeby: *„Obecně se*

nelišily, protože ti, kteří tady byli hospitalizováni kvůli covidu, byly velmi akutní případy, a ti měli stejné potřeby jako všichni ostatní.“ Později však navazuje s protichůdným pohledem, kdy podotýká, že se duchovní potřeby u těchto lidí zvýšily: *„Takže určitě jako kdyby se zvýšila ta potřeba u těch lidí, protože prožívali krizi a stres.“* Přes určitý rozpor v obou výrocích je možné na základě jeho dřívějších vyjádření – když popisuje situaci z této doby, kdy silněji než dříve prožíval ty okamžiky, kdy přicházel do kontaktu s nakaženými – vyvodit, že i tento informant se přiklání k názoru že se spirituální potřeby u hospitalizovaných pacientů s Covid-19 lišily od ostatních pacientů.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce si kladla za cíl prozkoumat a vyhodnotit pohled kaplanů, sester a pacientů na spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů. K cíli jsem se dopracoval pokládáním výzkumných otázek informantům a rozborem získaných dat. Průzkum probíhal ve třech městech v České republice a zúčastnilo se jej devět respondentů.

Z výzkumu vyplynuly níže uvedené poznatky a souvislosti. Do popředí vystupuje fakt, že duchovní potřeby jsou v životě člověka velmi důležité, a to zvláště v obtížných životních situacích. Výzkum jsem prováděl s respondenty, kteří měli již základní povědomí o spiritualitě, také díky kaplanům. Bylo zjištěno že kaplani, sestry i pacienti nahlíží na duchovní potřeby odlišně.

Celkově se mi výzkum a pokládání otázek informantům, provádělo dobře. Měl jsem možnost naučit se více komunikovat s lidmi na téma, které je často považováno za intimní a natolik osobní, že lidé nebývají ochotni o něm více hovořit. Výzkum jsem prováděl tak, abych mohl nahlédnout na toto téma z různých perspektiv. Spolupráce a komunikace s informanty probíhala bez větších komplikací.

V první části výzkumu, kdy se zabývám obecně spirituálními potřebami u pacientů, mluví více informantů o důležitosti jistoty a kotvení, a to zvláště během nelehkých životních situací. V tom se shodují se Šamánkovou (2011). Tuto potřebu mají věřící i nevěřící lidé. Ti, kteří věří, vnímají však svůj život z jiné perspektivy a trochu odlišně od nevěřících lidí. Tak o tom mluví informanti K1 a S2. U věřících lidí vidí, že mají svou víru již definovanou, a nestane se, že je spirituální potřeba překvapí.

O důležitosti potřeby jistoty a bezpečí se zmiňují informanti K1, K2, K3 a S3. Tím potvrzují závěry, o nichž mluví Mastiliaková (1999), kde se v pyramidě A. H. Maslowa tyto potřeby nacházejí hned na druhé příčce.

Výpovědi informantů většinou dokládají i poznatky, o kterých píše Harrad et al. (2019), a sice, že spiritualita je přínosem jednotlivcům, ať už je předávána jakýmkoliv způsobem. Když je člověk nemocný, je na něj kladeno mnoho emocionálních požadavků. Stresové situace a negativní emoce velmi přispívají k celkové nepohodě. Pokud ale má dotyčný člověk dostatečně naplněnou duchovní potřebu, bývá léčba úspěšnější. Tuto skutečnost nevyvrací žádný z informantů a většina to potvrzuje – duchovní podpora je podle nich velmi důležitá, a má své místo v celkovém pojetí péče o pacienta.

Informanti P2, K1 a K2 mluví také o modlitbě i dalších formách podpory poskytované prostřednictvím náboženských úkonů, jimiž nemocným slouží kaplan. O tom se zmiňuje i Ehman a Edgar (2022). Kaplan má nezastupitelnou úlohu, jak o tom svědčí informanti P1 a P2. Tito pacienti se díky duchovní podpoře cítí lépe, a dokážou tak nést těžkosti spojené s nemocí. Také podle Myraškové (2015) je kaplanská služba nedílnou součástí péče, již nemocnice zajišťuje. Kaplanství by mělo být vnímáno jako pomoc, která pomáhá udržovat chod nemocnice.

Pokud zdravotník nemocnému naslouchá, je schopen posoudit, zda má o naplnění spirituálních potřeb zájem. Je-li zdravotnický pracovník věřící člověk, snáze odhadne nenaplněnou touhu po duchovnu. Může rozvinout s nemocným člověkem hovor a doptat se jej na to, co ho tíží. Pokud sám nestačí na situaci, ve které se nachází, může přizvat kaplana. Informanti P1, P2 a P3 se také shodují v tom, že duchovní podpora má vliv na celkovou pohodu. Respondent P1 mluví o zaměstnancích nemocnice takto: *„Každý člověk je jiný, ale jsou sestry, lékaři i sanitářky který to berou jako poslání. Ale jsou i takoví, kteří to berou jako zaměstnání, a to poznáte. Pokud někdo dělá s lidmi, ať už je to učitel, lékař, psycholog nebo fyzioterapeut, měl by mít takové to citění a podporu pro toho člověka. Ne všichni to mají, ale je jich dost.“*

Zjistit, zda pacient požaduje spirituální potřebu nemusí být vždy jednoduché. Podle Němcové (2008) je to obtížné. Někteří si o pomoc v této oblasti dovedou říct. U dalších pacientů toto zjištění může přijít později. Tuto potřebu lze zjistit také kladením vhodných otázek pacientům, přičemž je pak možné alespoň částečně určit, zda má pacient nenaplněnou spirituální potřebu. O kladení otázek za tímto účelem mluví také informanti K3 a S1: *„A tak se jich třeba zeptám, co bych já mohl udělat pro to, aby se cítili lépe. Jestli se s nimi můžu modlit nebo je nějak jinak povzbudit.“*

Těžké životní situace je vždy dobré sdílet s druhou osobou. Tou může být v případě hospitalizovaného člověka nemocniční kaplan, zdravotnický nebo sociální pracovník či jiná blízká osoba. Úlohu blízké osoby může zastávat rodina a přátelé. To dokládají informanti S2 a P2, když říkají, že návštěva blízkého člověka je vždy povzbuzením. Toto potvrzuje také Adam (2004), který podotýká že je důležité, aby na situaci nebyl nemocný člověk sám. Když dotyčný zjistí, že s nějakou blízkou osobou může podělit o to, co ho tíží, vrátí se mu chuť do života a časem zmizí i pocit nejistoty.

Informant K2 navrhuje rozdělení lidí do tří skupin podle jejich postoji k víře. Do první skupiny patří lidé nevěřící, další skupinu tvoří lidé věřící, třetí pak ti, které je možné označit

jako hledající. Mluví o odlišném přístupu k těmto pacientům, kdy každý z nich potřebuje rozebírat jiné problémy.

Jankovský (2003) také rozvíjí myšlenku, že je nesprávné se domnívat, že duchovní podporu potřebují jen lidé věřící. V nemocnici by spirituální potřeby měly být poskytnuty každému, kdo o ně požádá, a to bez rozdílu na náboženské vyznání. Informanti K1 a K3 se s tímto tvrzením ztotožňují a mluví o tom, že i když je v nemocnici hospitalizovaný člověk který nevěří, či je jiného než křesťanského vyznání, má právo na tyto potřeby. Většina informantů se dle výzkumu přiklání k názoru, že rozdíl v naplňování spirituálních potřeb u religiózních a nereliózních hospitalizovaných pacientů je znatelný.

Knofličková (2008) uvádí, že duchovní podpora umožňuje člověku lépe snášet těžkou situaci ve které se nachází, a přijímání okolností je také snazší. Také informanti P1, P2 a P3 se s tímto shodují, a z výzkumu je patrné, že duchovní podpora je velmi důležitá a nezastupitelná v celkové péči o pacienta. Přijímání svátostí, modlitba nebo rozhovor mohou být nástroje k naplnění duchovních potřeb. Informanti upřednostňují rozhovor, díky kterému mohou mluvit s druhým člověkem o všem, co je tíží.

Informant K3 uvádí, že za pacienty nejde primárně proto, aby s nimi probíral duchovní témata. Spirituální potřeby podle něj nemusí být vždy tím, co hospitalizovaný člověk nemá naplněné. Rozhovor s pacientem může probíhat různě, v závislosti na tom, co daný člověk potřebuje: *„Záleží, jak se to definuje, ta spirituální podpora. Jestli to jde, tak nějakým způsobem, se zklidnit, ukotvit. Když jdu k pacientovi, tak tam nejdu s tím, že s ním budu mluvit na duchovní téma. Prostě s tím apriorně nepočítám. Zejména pro urgent je specifické toto: Jdu tam, abych toho člověka nějakým způsobem uklidnil, nějak mu pomohl se odpoutat od toho prostředí, které není úplně příjemné. Také od pocitů, které nemusí být úplně příjemné, nebo mu i pomoci se v tom všem zorientovat. Takže jestli tohle můžeme vnímat jako spirituální potřebu, tak jo, pacienti mají zájem o spirituální potřeby. Ale určitě to nemám v kategoriích, že očekávám a jdu tam s tím, že teď naplním tyhle a tyhle religiózní potřeby.“* Zklidnění, srovnání myšlenek, či jiné odpoutání od nepříjemné situace, považuje tento informant za neméně důležité. Shoduje se s Opatrným (2014), který také mluví o tom, že pastorační rozhovor nemusí být rozmluva, která nutně musí mít duchovní rozměr. Může se jednat o zcela jiné téma podle aktuální situace a potřeb hospitalizovaného člověka. Mělo by se jednat o projevení snahy dát pacientovi najevo, že není na problém sám.

Informant, který má zkušenost s pacientkou, která věštila z karet, mluví o tom, že je možné spirituální potřeby naplňovat způsobem, kdy se nahrazuje křesťanský Bůh za jiné modly. Rozvádí, jak ji vedl od karet, a snažil se pacientce představit Boha, a to, že se ho může chytit. O rozdílu mezi spiritualitou a religiozitou mluví také Hajnová Fukasová (2014), kdy rozvádí že spiritualita je zmiňována i v souvislosti s různými obřady, a že nelze jednoduše spiritualitu a religiozitu definovat.

Pandemie Covid-19 byla nelehkou zkouškou pro zdravotníky. Všichni informanti z řad sester a kaplanů se shodují, že onemocnění zintenzivnilo duchovní potřeby u pacientů. Strach hrál v tomto období velkou roli. Lidé byli izolováni a odloučení od rodiny. V této souvislosti Tretera (2017) uvádí, že v momentě, kdy jsou lidé odloučení od vnějšího světa, například na infekčním oddělení, vystupuje do popředí touha po duchovnu. Naplňování spirituálních potřeb má v těchto chvílích své nezastupitelné místo.

Ve výzkumu také zmiňují spolupráci mezi kaplany a zdravotníky. Všichni kaplani potvrzují, že je na dobré úrovni. Dotaz byl položen pouze kaplanům, ale z výpovědí sester jsem vyzoroval, že jsou také spokojeni s prací duchovních pracovníků v nemocnici. S tímto výzkumem u třech kaplanů a jedné či dvou sester, které se o kaplanech též zmiňují, souhlasí také Svatošová (2012). Mluví o tom, že se navzájem potřebují a doplňují a jen díky spolupráci mezi kaplany a zdravotníky, je možné dosáhnout cíle. A tím je holistická péče o celého pacienta.

6 Závěr

Tato práce bylo pro mě z mnoha důvodů zajímavá a užitečná. Měl jsem možnost seznámit se s pohledy kaplanů, sester a pacientů na problematiku spirituálních potřeb pacientů a jejich religiozitu. Zajímavý je i pohled informantů na to, jaký vliv měla pandemie Covid-19 na spiritualitu pacientů. Můj náhled na otázky spirituality se do jisté míry změnil. Výzkum mě přivedl k tomu, že duchovní potřeby a jejich naplňování u pacientů považuji nyní za mnohem důležitější. Spolu s informanty se také domnívám, že by se ve zdravotnictví mělo o duchovních tématech mnohem více mluvit.

Rozhovory většinou probíhaly bez komplikací – pouze s informantem S1 jsem se musel vícekrát domlouvat na termínu schůzky. Dotazovaný byl časově zaneprázdněný, protože právě probíhalo stěhování jejich nemocničního oddělení. Tento rozhovor byl ale nakonec jeden z nejlepších.

Informanti se mnou většinou komunikovali otevřeně a snažili se vyjadřovat své názory srozumitelně. Někteří své vyprávění prožívali silně emočně. U některých bylo znát, že je moje otázky potěšily, a chtěli se podělit o každý detail. Dokonce jednou došlo k tomu, že jsem musel vyprávění informanta přerušit, abych mohl pokračovat v dotazování. Díky výzkumným otázkám jsem měl možnost následně zpracovat výsledkovou část práce.

Výzkumné cíle se mi do značné míry podařilo naplnit. Spirituální potřeby hospitalizovaných pacientů jsou dle zkoumání pocit jistoty, pokoje a bezpečí. Dále se jedná o pocit sounáležitosti, o snahu urovnat si věci v životě nebo mít dobré vztahy s rodinou a blízkými. Kaplani i sestry mohou tyto potřeby pomáhat naplňovat a je jen otázkou, do jaké míry jsou toho schopni a zda mají ochotu k takovéto službě. To, zda jsou pacienti věřící či nevěřící, dle výzkumu do značné míry určuje, jak jsou ochotni přijmout nabízenou duchovní pomoc. Ačkoliv všichni lidé mají duchovní potřeby, ti, kteří věří v Boha mají většinou ujasněno, jak chtějí, aby probíhala péče o jejich spiritualitu. Rozdíl v naplňování duchovních potřeb u věřících či nevěřících tedy znatelný je.

Výzkum prokázal i vliv pandemie Covid-19 na důležitost naplňování spirituálních potřeb. Během vypjaté situace, v níž se pacienti s Covid-19 ocitli, se význam spirituálních potřeb v ošetrovatelské péči výrazně prohloubil.

V mém zkoumání jsem také došel k závěru, že pacienti potřebují duchovní podporu stejně jako personál, který se o ně stará. Kaplani tedy zastávají velmi důležitou pozici v nemocnici, kdy mohou duchovně či psychicky podpořit pacienty nebo zdravotníky.

Výzkum potvrdil teorií i praxí ověřené poznatky, k nimž došli ti, kdo se touto problematikou hlouběji a dlouhodobě zabývají, ať psychologové, religionisté, lékaři, sociologové a další.

7 Bibliografické a elektronické zdroje:

1. ACKLEY, B. J., 2011. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. 9th ed. St. Louis, Mo.: Mosby-Elsevier, 931 p. ISBN 978-0-323-07150-5.
2. ADAM, Z., VORLÍČEK, J. a POSPÍŠILOVÁ, Y., 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-0279-7.
3. BERMAN, A., et al., 2016. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process, and practice. Tenth edition*. Boston: Pearson, 1552 p. ISBN 9780133974362.
4. BIBLE, 2009. překlad 21. století. Praha: Biblion, ISBN 978-808-7282-007.
5. DOSKOČIL, O. a BELÁŇOVÁ, A., 2021. Nemocniční kaplani během pandemie covid-19. *Caritas et veritas* [online]. 11(1), 109-127 [cit. 2023-02-01]. ISSN 18050948. Dostupné z: doi:10.32725/cetv.2021.012.
6. EHMAN, J.W., EDGAR, J.R., 2022. *Spirituality and Chaplaincy Supporting ICU Survivorship: A Practical Overview and Strategy for Clinicians* [online]. 65–82 [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1007/s10943-022-01730-2.
7. FARKAŠOVÁ, D., 2010. *História ošetrovateľstva: učebnica pre odbor ošetrovateľstva*: Osveta, Martin, ISBN 978-80-8063-332-5
8. FOWLER, J. W., 2004. Faith development at 30: Naming the challenges of faith in a new millennium. *Religious Education*. 99 (4), 405-421. ISSN 0034-4087. Dostupné z: doi:10.1080/00344080490513036
9. HAJNOVÁ FUKASOVÁ, E., 2014. *Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči* [online]. s. 13 [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/191/4629.pdf
10. HARRAD, R., COSENTINO, C., KEASLEY, R. AND SULLA, F., 2019 “Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses”, *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, 90(4-S), pp. 44–55. doi: 10.23750/abm.v 90i4-S.8300.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, 2.vyd. Praha: Galén, ISBN 978-7262-471-3
12. HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
13. HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

14. IRMIŠ, F., 2015. Spiritualita a etika v psychosomatické medicíně: biopsychosociospirituální vztahy. *Časopis lékařů českých*. Psychiatrie, Praha, 154 (3), ISSN 1805-4420.
15. JAMES, W., 1917. *The varieties of religious experience: a study in human nature*. New York: Longmans, Green and Co. 568 s.
16. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4329-6.
17. KNOFLÍČKOVÁ, Z., 2008. Importance of religiosity and spirituality in old age. *Kontakt* [online]. 10(1), 172-177 [cit. 2022-10-11]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2008.024
18. KŘIVOHLAVÝ, J., 1995. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Učební text (Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví). ISBN 80-701-3187-X.
19. KŘIVOHLAVÝ, J., *Spiritualita a religiozita pacienta*. [online] 2009 [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: <http://jaro.krivohlavy.cz/node/90>
20. KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
21. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
22. MAREŠ, J., 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.
23. MASTILIAKOVÁ, D., 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN 80-7013277-9.
24. MAŠÁT, V., 2006. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. 2, č.3, s. 103-104. ISSN 1801-1349.
25. MARYŠKOVÁ, J., 2015. Nemocniční kaplanství v poločase, *Caritas et veritas*, ročník 5, č. 2, ISSN 1805-0948.
26. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
27. NĚMCOVÁ, J., 2008. Posudzovanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. 2. část *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. 4, č.6, s.26-27. ISSN 1801-1349
28. OPATRNÝ, A., 2014. *Pastorace zvláštních skupin*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-116-8.

29. PAULIEN, J., 2012. *Pavlovy listy Tesalonickým: církev ve světle druhého příchodu Ježíše Krista*. Praha: Advent-Orion, Poznání (Advent-Orion). ISBN 978-80-7172-8856
30. PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1918-4.
31. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
32. ŘÍČAN, P., 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Vyd. 4. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-312-3.
33. SHELDRAKE, P., 2003. *Spiritualita a historie: úvod do studia dějin a interpretace křesťanského duchovního života*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, Spiritualita (Centrum pro studium demokracie a kultury). ISBN 80-732-5017-9.
34. SLÁMA, O., KABELKA L. a VORLÍČEK J., 2011. *Paliativní medicína pro praxi. 2.*, nezměn. vyd. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-849-0.
35. SOÓSOVÁ SOVÁRIOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-802-7132-423.
36. SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet. 7.*, dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, ISBN 978-80-7195-580-1.
37. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4107-9.
38. ŠPIRUDOVÁ, L., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X.
39. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
40. ŠVARŤÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, Psyché (Grada). ISBN 978-80-7367-313-0.
41. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G. a MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-553-2.
42. TRETERA R. J., 2017. Vážná potřeba institucionalizované duchovní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních. Úvaha na základě několika osobních zkušeností. In: BENDÁK, J. (ed.), 2017. *Sborník z konference I. Církev a stát*. Brno: Masarykova univerzita. s. 9-17. ISBN 978-80-210-8830-6
43. VOJTÍŠEK, Z. et al., 2012. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0088-8.

8 Přílohy

Příloha č. 1: Otázky, které jsem pokládal informantům

1. Dotazy položené kaplanům

- a. Jaké spirituální potřeby mají hospitalizovaní pacienti?
- b. Je rozdílné naplňování spirituálních potřeb u religiózních a nereligiózních pacientů?
- c. Lišily se spirituální potřeby a jejich naplňování u pacientů hospitalizovaných v souvislosti s onemocněním Covid-19 od ostatních pacientů?
- d. Jak dlouho pracujete jako kaplan/ka v nemocnici
- e. Je služba kaplana náročná profese?
- f. Myslíte, že máte dostatek času na pacienty?
- g. Jak se s Vámi mohou zájemci o duchovní podporu spojit?
- h. Mají pacienti velký zájem o spirituální potřeby?
- i. Jaké je Vaše vzdělání?

2. Dotazy položené sestřám

- a. Jaké spirituální potřeby mají hospitalizovaní pacienti?
- b. Je rozdílné naplňování spirituálních potřeb u religiózních a nereligiózních pacientů?
- c. Lišily se spirituální potřeby a jejich naplňování u pacientů hospitalizovaných v souvislosti s onemocněním Covid-19 od ostatních pacientů?
- d. Jak dlouho jste zaměstnaný/á v nemocnici?
- e. Kolik Vám je let?

3. Dotazy položené pacientům

- a. Jaký je váš osobní pohled na spiritualitu, přesah nebo duchovno?
- b. Cítíte nějakou formu duchovní podpory od personálu?
- c. Patříte do nějaké náboženské denominace?
- d. Jak jste se dozvěděl/a o kaplanovi tady v nemocnici?
- e. Jaká forma duchovní podpory je pro vás nejpřijatelnější, jestli je to rozhovor, modlitba nebo svátosti?
- f. Kolik Vám je let?
- g. Jaká je vaše diagnóza?