

MASARYKOVA UNIVERZITA

LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Katedra ošetrovatelství



Miroslava Tobia Matějková

DUCHOVNÍ SLUŽBA NEMOCNÝM
VE FAKULTNÍ NEMOCNICI OLOMOUČ

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D.

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

BRNO 2010

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

V Brně dne 19. 5. 2010

.....
Miroslava Tobia Matějková

Děkuji Martě Lucii Cincialové, Th.D., za ochotu ujmout se zpočátku vedení mojí bakalářské práce a PhDr. Mgr. Martě Hošťálkové, Th.D., která vedení práce převzala, za poskytnutí cenných zkušeností, podnětů a připomínek.

Dále děkuji svým spolusestrám Mgr. Věře Leoně Martinkové a Mgr. Kateřině Kar mele Chromíkové, za rady při jazykových úpravách a počítačovém zpracování dat. Dík patří také všem zdravotníkům a respondentům, kteří svou vstřícností přispěli k realizaci průzkumu. Děkuji též svým rodičům a spolusestrám, protože mi při studiu byli neocenitelnou oporou.

OBSAH

OBSAH.....	4
ÚVOD.....	6
1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY	8
1.1 Cíle práce.....	8
1.2 Očekávané výsledky	9
2 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH V OŠETŘOVATELSTVÍ	10
2.1 Uspokojování potřeb	10
2.2 Hierarchie potřeb podle Maslowa.....	11
2.3 Hledání smyslu jako základní potřeba	12
2.4 Spirituální potřeby v kontextu náboženství.....	13
2.5 Péče o spirituální potřeby nemocných	15
2.5.1 Péče o duchovní potřeby v ošetrovatelském procesu.....	16
2.5.2 Specifika v uspokojování duchovních potřeb.....	19
3 DUCHOVNÍ SLUŽBA NEMOCNÝM.....	20
3.1 Nástin péče o nemocné ve vybraných kulturách	20
3.2 Duchovní služba ve zdravotnických zařízeních v současnosti.....	23
3.3 Nemocniční kaplan	24
3.3.1 Činnost nemocničního kaplana	24
3.3.2 Vzdělání a výcvik nemocničního kaplana	26
3.3.3 Perspektivy a omezení pro duchovní službu nemocným v současnosti ..	27
4 HLAVNÍ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ DUCHOVNÍ SLUŽBY VE FNOL V HISTORII A SOUČASNOSTI.....	28
4.1 Prezentace statistik o počtu věřících v Olomouckém kraji v kontextu možného rozvoje duchovní služby ve FNOL.....	28
4.2 Poskytování duchovní služby ve FNOL ve 20. stol. a v současnosti	31
4.3 Snahy managementu FNOL o zlepšení kvality poskytování duchovní služby	33

5 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	36
6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	39
7 DISKUSE.....	72
ZÁVĚR	81
ANOTACE.....	83
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY	85
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	93
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	96
SEZNAM PŘÍLOH	99
PŘÍLOHY	100

ÚVOD

Při své praxi u lůžka jsem se mnohokrát setkala s nemocnými, kteří potřebovali duchovní oporu, ale zdravotníci ji neuměli poskytnout. Ve svém prožívání duchovních skutečností, tedy ve své spiritualitě, tak mnozí pacienti zůstali hluboce osamoceni.

Spiritualitu prožívá každý člověk, který vnímá pravdivě sebe sama, v nemoci ale nabývá jiného charakteru. Nemocní většinou přehodnocují své postoje a priority a začnou nově hledat to, co Maslow nazývá „*metapotřebami*“, nebo Frankl „*smyslem*“. Přesto, že péče o duchovní potřeby nemocných se dnes již pomalu začíná dostávat do povědomí zdravotníků, mnozí ještě nevědí, proč by se měli zabývat právě problematikou náboženství. Munzarová podotýká: „*Zdravotníci se setkávají s nemocnými, kteří budou zastávat i díky své víře určité postoje a zásady mravnosti, jež mohou být zcela odlišné od jejich vlastních postojů. Je nutné, aby všichni, kteří jim chtějí pomáhat a respektovat celost jejich osoby ve všech provázaných dimenzích, měli patřičné znalosti a přehled i o této oblasti.*“¹

Při psaní práce jsem byla motivována zkušenostmi z rozhovorů s nemocnými i se zdravotníky a snahou vytvořit ucelenější náhled na problematiku duchovního doprovázení nemocných.

Práce je členěna do dvou hlavních částí: teoretické a praktické. První kapitola teoretické části se zaměřuje na východiska, vyjasňuje termíny „*potřeba*“ a „*spiritualita*“, poukazuje na ošetrovatelské problémy publikované ve vybrané literatuře, vztahující se k oblasti spirituálních potřeb nemocných, hledá, jak se v navrhovaných intervencích objevuje také možnost navázání spolupráce s duchovním, a popisuje, jak se péče o duchovní potřeby začíná uplatňovat v praxi. Druhá kapitola definuje duchovní službu, nabízí exkurz do minulosti poskytování duchovní služby nemocným a charakterizuje dnešní praxi. Vychází z dokumentů k této problematice vydaných, které vykreslují profil nemocničního kaplana.

¹ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 26.

Závěrečná kapitola teoretické části práce popisuje praxi vykonávání duchovní služby ve Fakultní nemocnici Olomouc a zabývá se perspektivami spolupráce nemocnice s církvemi.

Praktická část bakalářské práce obsahuje výzkum v oblasti klinické pastorační péče ve Fakultní nemocnici Olomouc. Zahrnuje metodiku sběru dat, prezentuje výsledky z průzkumu, který byl proveden asi u 10 % nemocných hospitalizovaných v olomoucké Fakultní nemocnici v dubnu 2010. Výstupy dotazníkového šetření jsou převedeny do tabulek a grafů a okomentovány v diskuzi. Celý nezměněný dotazník distribuovaný pacientům je umístěn mezi přílohami.

Přínosem práce je přispět k tomu, aby se péče o duchovní potřeby a konkrétně také duchovní služba v nemocnici více prosadila, nebo alespoň byla více respektována tam, kde se uplatňuje, protože pacienti na ni mají právo.

1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY

1.1 Cíle práce

Cíl č. 1

Zjistit, zda pacienti hospitalizovaní ve Fakultní nemocnici Olomouc jsou informovaní o duchovní službě, zda o ni mají zájem; které duchovní potřeby preferují a o které oblasti duchovní služby je zájem největší.

Cíl č. 2

Získat objektivní informace o počtech nemocných, kteří by uvítali zřízení nemocniční kaple a jaké jsou představy pacientů o využití tohoto prostoru.

1.2 Očekávané výsledky

Očekávaný výsledek č. 1

Předpokládám, že o existenci a praxi poskytování duchovní služby ve Fakultní nemocnici Olomouc je informováno více než 50 % dotazovaných.

Očekávaný výsledek č. 2

Domnívám se, že o duchovní službu má zájem méně než 50 % respondentů.

Očekávaný výsledek č. 3

Domnívám se, že

- víc než 25 % respondentů má potřebu naděje do budoucna,
- alespoň 50 % respondentů má potřebu milovat a být milován,
- alespoň 25 % respondentů se považuje za věřící,
- alespoň 25% na své duchovní potřeby reaguje praktikováním náboženství,
- o modlitbu, o svátosti, o bohoslužby, nebo setkání s knězem má zájem méně než 50 % respondentů.

Očekávaný výsledek č. 4

Předpokládám, že nemocniční kapli by v nemocnici uvítalo více než 25 %, ale současně méně než 50 % nemocných.

Očekávaný výsledek č. 5

Domnívám se, že více než 75 % zájemců si přeje zřízení kaple z důvodu prostoru pro modlitbu nebo pro ztišení a zamyšlení.

2 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH V OŠETŘOVATELSTVÍ

Moderní ošetřovatelství se ubírá cestou ošetřovatelského procesu, jehož úkolem je uspokojování potřeb nemocných. Ošetřovatelství vychází z holistické filosofie, jež vidí člověka v jeho celistvosti a každé narušení v jedné oblasti se již projeví na jiné části nebo na komplexním celku. Vzalo-li si ošetřovatelství za své pečovat o celou tuto jednotu, nesmíme z ní vyjímat žádnou její složku: biologicko-fyziologické faktory, psychicko-duchovní faktory, sociálně-kulturní a ekologické faktory. Hovoříme tedy o bio-psycho-sociálně-spirituální jednotě člověka.² Jelikož každý člověk žije ve vztazích, zabývá se ošetřovatelství nejen řešením problémů nemocného klienta, ale též těch, kdo s ním patří do užší sociální skupiny. Nejčastěji tedy zahrnuje blízké příbuzné a rodinu nemocného. V této práci se zaměříme pouze na péči o samotného pacienta, protože široký rozsah problematiky by přesahoval rámec bakalářské práce.

2.1 Uspokojování potřeb

Termín „*potřeba*“ bývá vysvětlován různě a neexistuje jednotná definice. Slovníky se shodují v tom, že se jedná o subjektivně pocíťovaný deficit něčeho nezbytného k životu. Potřeba bývá spojena s nepříjemnými emočními stavy a napětím, působí na člověka motivačně a uspokojení potřeby bývá spojeno s příjemnými prožitky.³

Každý člověk nějakým způsobem prožívá nedostatek a jeho potřebou je toto strádání odstranit. Jakýkoli deficit ovlivňuje myšlení, emoce, volní procesy,

² Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, s. 9.

³ Srov. ČERMÁK, J.; a kol. *Nové universum. Všeobecná encyklopedie A- Ž*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group – Knižní klub, 2003, s. 861; GILLERNOVÁ I. *Slovník základních pojmů z psychologie*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2000, s. 43.

pozornost, prožívání a v důsledku i jednání a veškerou činnost člověka. Dle intenzity prožívaného nedostatku se jednání zaměřené k uspokojování této potřeby převádí na psychologickou úroveň. Jsou-li tyto potřeby uspokojovány v souladu se zákonem a sociálně-kulturními hodnotami, způsobem, který nikomu neškodí, označujeme tento stav jako žádoucí způsob uspokojování lidských potřeb, co má opačnou charakteristiku, je považováno za způsob nežádoucí.⁴

Jiné potřeby má dítě, jiné dospělý, či starý člověk, jiné pracující nebo student, zdravý a nemocný, věřící nebo nevěřící. Také zrání člověka se potřeby mění, měly by se vyvíjet a kultivovat. Vycházíme-li z předpokladu, že každý člověk je jedinečný, lze říci, že u určité skupiny lidí existují potřeby podobné nebo stejné, a přece je každý prožívá způsobem sobě vlastním.

2.2 Hierarchie potřeb podle Maslowa

Abraham H. Maslow vidí potřeby člověka v hierarchické struktuře.⁵ Sestavuje je do pyramidy, která má 7 pater a která se postupně zužuje směrem k vrcholu. Základnu pyramidy tvoří potřeby nižší, nebo-li základní, fyziologické.⁶ Teprve pokud je nižší potřeba uspokojena, může potřeba vyšší začít dominovat a determinovat chování jedince. Vyšší potřeby neboli metapotřeby považuje Maslow za méně naléhavé, než potřeby nižší, ale aby člověk byl lidský, šťastný, spokojený, klidný, bohatý vnitřním životem a tím i zdravější, nestačí mu uspokojení potřeb nižších. Metapotřeby vedou člověka k překročení sebe sama, k transcendenci, ke hledání smyslu života, k víře, tedy do oblastí, jež se nacházejí někde mimo fyziologii, mimo poznání pouhým rozumem a smysly. Člověk totiž tíhne k hledání mystických hodnot a Boha.⁷

⁴ Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 10.

⁵ Srov. MASLOW, A. H. *Toward a Psychology of Beány*. Second edition. 1968, by D. Van Nostrand Company. (Canada) Library of Congress Catalog Card, s. 152-154.

⁶ Srov. Příloha 1: Grafické znázornění hierarchie potřeb dle Maslowa.

⁷ Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 13-16.

Maslow při řešení psychosomatických vztahů silně propojuje zdraví (fyzické i psychické) s filosofií hodnot.⁸ Vyšší potřeby jsou sice méně důležité pro přežití, snadno se odkládají či ztrácí, ale jejich naplnění současně vede k efektivnějšímu naplnění potřeb fyziologických. Kdo poznal uspokojení obojího druhu potřeb, dává přednost potřebám vyšším, protože vedou k větší svobodě, individualitě a rozvoji osobnosti a současně mají občansky a společensky kladný dopad.⁹

Jedna z Maslowových tezí, podle níž vznik vyšších potřeb vyžaduje příznivější vnější podmínky, evokuje otázku: Jaké jsou příznivější podmínky, které působí vznik těchto vyšších potřeb? Její řešení je nad rámec této práce. Zdá se, že z kontextu je možné pochopit, že za příznivé podmínky Maslow považuje dostatek jídla, spánku, zdraví, kyslíku, tepla, čistoty, bezpečí apod.

2.3 Hledání smyslu jako základní potřeba

Viktor Emanuel Frankl ve svém životě prožil velmi těžké a nepříznivé podmínky koncentračního tábora, proto může potvrdit Maslowovu zásadu o tom, jak v situaci nedostatku v oblasti nižších potřeb v mnoha případech ustupuje do pozadí „lidskost“, současně ale sám je důkazem toho, že nedostatek nemusí determinovat myšlení, chování a jednání člověka, jenž je pevně rozhodnut držet se vyšších cílů, a nacházet bohatství a smysl života i v situacích, které nemají nic společného s našimi představami o krásném a plnohodnotném životě. Na této zkušenosti Frankl založil svoji „logoterapii“, jež uzdravuje člověka tím, že mu pomůže nalézt „logos“, což se běžně z řečtiny překládá jako „smysl“.¹⁰ Frankl svoji „touhu po smyslu“ řadí vedle Freudovy základní lidské potřeby „touhy po slasti“ a Adlerovy „touhy po moci“. Nenaplnění této touhy je „existenciální frustrací“, která může vést až k neuróze, depresi a suicidě. Vyskytuje se především

⁸ Srov. MASLOW, A. H.; MITTELMANN, B. *Principles of abnormal Psychology: The Dynamics of Psychic Illness*. Harper and Brothers Publishers New York and London, 1941, s. 46-66.

⁹ Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 13-16.

¹⁰ K termínu logos srov. STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. 7. přepracované a rozšířené vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000, s. 154-155; ALTRICHTER, M. *Dějiny filosofie*. Skriptum pro vnitřní potřebu studentů CMTF UPOL. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 18, 27-30.

v rozvinuté moderní společnosti a je projevem „*existenciálního vakuu*“, jež vynikne zejména v obdobích po skončení pracovního shonu, kdy do vědomí začínají pronikat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti života, tedy typicky o víkendech nebo v nemoci.¹¹ Logoterapie pomáhá pacientovi najít jeho vlastní osobní životní smysl v souladu s jeho osobností. Rozšiřuje pacientovi především jeho obzor pro hodnoty a vyšší cíle, které jedince přesahují, protože ve skutečnosti nehledá štěstí samo o sobě, ale důvod být šťasten.¹² Člověk totiž žije pouze tehdy, když žije pro něco nebo pro někoho. Konečným cílem nemá být pouze seberealizace, ale sebetranscendence, jde o to překročit úzké zaměření pouze na sebe a být otevřen hodnotám, které nás přesahují.¹³

2.4 Spirituální potřeby v kontextu náboženství

Na základní biologické potřeby navazují potřeby, které jsou specificky lidské, vyšší. Filosofie se jimi zabývá v problematice smysluplnosti života, psychologie řeší otázky charakteru a hodnot, teologie pak je reflektuje ve vztahu k Bohu, z něhož vychází veškerý způsob života.¹⁴

„*Náboženství*“, tedy představa, že existuje ještě jiný, transcendentní svět, víra v nadpřirozeno spojená s jeho uctíváním, vztah člověka k něčemu, co ho přesahuje a vázanost k vyšší moci, je člověku vlastní a vyskytuje se ve všech kulturách.¹⁵

Oproti náboženství existuje pojem „*spiritualita*“. Latinské „*spiritus*“ („*duch, dech*“) nebo „*spirit(u)alis*“ („*duchovní, duševní*“) pochází ze slovesa „*spirare*“, tedy „*dýchat*“. V křesťanském pojetí se jedná jak o působení „*Ducha*“ („*Spiritus*“) v nitru člověka, tak i o vztah k Duchu jako božské osobě, a proto zahrnuje také aktivní odpověď a konkrétní realizaci ze strany člověka

¹¹ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2002, s. 93-96.

¹² Srov. FRANKL, E. V. *Psychoterapie pro laiky*. 1. vyd. Brno: Cesta, 1998, s. 11, 14, 17, 34.

¹³ Srov. FRANKL, E. V. *Vůle ke smyslu*. 2. vyd. Brno: Cesta, 2006, s. 21.

¹⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, s. 177-183.

¹⁵ Srov. ČERMÁK, J.; a kol. *Nové universum. Všeobecná encyklopedie A-Ž*, s. 703. Srov. ELSER, M.; a kol. *Encyklopedie náboženství*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997, s. 231.

ve smyslu zbožnosti, niternosti, svatosti, modlitby, askeze, meditace, mystiky ale též konkrétní lásky k lidem.¹⁶

Kromě definice spirituality obsahující náboženské prvky existují i definice, kde je termín „*spiritualita*“ užíván ve vztahu k charakteristikám jedince, které se mohou vyskytovat bez zvláštních vztahů ke konkrétní víře. Spiritualita ale v obou případech zůstává náročnou a životodárnou skutečností v srdci péče o nemocné.¹⁷

Obtížné je určit, co je to duchovní/spirituální potřeba. Jestliže sledujeme dvě dimenze spirituality, to je horizontální, která se uskutečňuje ve vztahu jedince sama k sobě či k druhým lidem, a dimenzi vertikální, jež je představována vztahem k Bohu nebo transcendentnu, které nějakým způsobem vstupuje do života člověka a řídí jej,¹⁸ pak mezi spirituálními potřebami bude zařazena jednak nezbytnost žít v pravdě a integritě osobnosti, v harmonickém vztahu s lidmi, zejména blízkými (jako je touha milovat a být milován, umění odpustit a přijmout odpuštění, život v usmíření a očištění vztahů), jednak otázka po smyslu života, utrpení a smrti, existence života po smrti, vztahu k věčnosti, k posvátnu, k transcendentnímu a osobnímu Bohu.¹⁹ Kromě těchto pak důležitou roli hraje potřeba naděje a tvořivosti, potřeba zdroje naděje a síly, potřeba, aby nemocnému bylo nasloucháno s respektem, potřeba důvěry, vyjádření osobní víry a hodnot, duchovního praktikování a další.²⁰ Tyto otázky jakožto existenciální hrají nesmírně důležitou úlohu ve vztahu člověka k vlastnímu životu, k vůli žít, což jak je obecně známo, má určující význam v procesu uzdravování. Spiritualita není jen záležitostí intelektu, ale skládá se také ze složek rozumových, emočních, i z jednání, a jako taková přispívá k (sebe)určení jedince a jeho životní cesty.²¹ Harmonie uvnitř jedince vede ke zdraví a pocitu štěstí.

¹⁶ Srov. ELSER, M.; a kol. *Encyklopedie náboženství*, s. 332-333; GOFFI, T.; FIORES, S. *Slovník spirituality*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, s. 904-905.

¹⁷ Srov. WASTON, M.; and col. *Spiritual Care*. In *Oxford Handbook of Palliative Care*. 1st edn. Oxford: Oxford University Press, 2005, s. 625-626.

¹⁸ Srov. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 205.

¹⁹ Srov. OPATRná, M. *Klinická pastorační péče jako součást péče o pacienty*. Doktorská disertační práce, Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 2007, s. 68-73.

²⁰ Srov. WASTON, M.; and col. *Spiritual Care*. In *Oxford Handbook of Palliative Care*, s. 631-632.

²¹ Srov. *tamtéž*, s. 626.

2.5 Péče o spirituální potřeby nemocných

Dnešní časté diskuze o smysluplnosti života starých nebo nemocných lidí a o eutanazii, často opomíjejí fakt, že nasycení duchovních potřeb vede ke snížení nároků na „somatický“ život a kvalita života proto může být zachována i v situacích, kdy je nemocný člověk upoután na lůžko.²² Tento aspekt je dnes stále více zohledňován zejména v paliativní medicíně a je součástí filosofie hospicového hnutí, zatímco kurativní medicína často ještě staví tuto „vnitřní“ kvalitu života na druhé místo.²³

Jestliže chceme o člověka pečovat v duchu holistické filosofie, nesmíme opomíjet koncept „celkové bolesti“ („total pain“) zakladatelky hospicového hnutí Saundersonové, podle něhož je tělesná bolest vždy nerozlučně spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením (bolestí) v oblasti psychické, sociální i duchovní.²⁴ Není možné léčit tělo pacienta odděleně od duše osoby, proto důležitou součástí medicíny je též poskytovat útěchu a nenechávat nikdy pacienta opuštěného a bez naděje. Protože obtíže nemocných jsou komplexní, jejich „léčba“ nezbytně vyžaduje spolupráci i s jinými než jen lékařskými profesemi.²⁵

Dnešním problémem stále ještě ve zdravotnictví zůstává nepřeklenutý koncept „*pia fraus*“ („*milosrdná lež*“), pod jehož vlivem jsou pacienti živeni marnými nadějemi, že se „vyhnou smrti“ a nemohou proto začít postupovat po cestě hledání opravdové naděje do budoucna, kterou jim zprostředkovává spirituální péče.

Zdravotní sestra nemá v kompetenci sdělovat pacientovi nic o jeho zdravotním stavu, přesto právě u ní často nemocný hledá odpovědi na své vnitřní otázky a „*pia fraus*“ je překážkou.

²² Srov. MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být či nebýt?* 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 23-25.

²³ Srov. OPATRNÁ, M. *Klinická pastorační péče jako součást péče o pacienty*, s. 6-7.

²⁴ Srov. *tamtéž*, s. 8; MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být či nebýt?*, s. 10-15.

²⁵ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 35; BONELLI, J. Přítomnost a budoucnost paliativní medicíny. In ŠÍPR, K. (ed.) *Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 37; VORLÍČEK, J.; a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 154.

2.5.1 Péče o duchovní potřeby v ošetrovatelském procesu

Případy, kdy se pacienti obracejí na sestru se svými vnitřními problémy, nejsou neobvyklé, v ošetrovatelské diagnostice, plánování a intervenci v rámci celistvé péče o pacienta se objevují i diagnózy týkající se psycho-sociálně-spirituálních otázek, jak je uvádí *Kapesní průvodce zdravotní sestry* (dále jen *KaPr*), nebo *Ošetrovatelské diagnózy* (dále je *OšDg*).

Z diagnóz *KaPr* je možné do oblasti vyžadující spirituální péči zahrnout pocity osamělosti, poruchy vlastní identity (tj. pocity vnitřního zmatku a dezorientace), posttraumatický syndrom, poruchy sebeocení, anticipační nebo reaktivní smutek, sociální izolaci, stavy beznaděje, strach, stresový syndrom ze změny prostředí, trauma, únavu, úzkost a v neposlední řadě stavy duševní tísně. Kromě empatické účasti sestry, jejího naslouchání, zhodnocení kulturně-osvětových a náboženských vlivů, víry nemocného v osud, v Boha a dalších iniciativ, se zde v mnoha případech doporučuje, aby sestra pacientovi navrhla účast na církevních shromážděních, na modlitbě nebo meditaci, případně návštěvu kněze či jiné duchovní opory.²⁶ *KaPr* klade důraz na to, že sestra nemá v pacientovi podporovat tvorbu falešných představ a má ponechat na nemocném, aby se svými obtížemi bojoval způsobem sobě vlastním.²⁷

OšDg ve vztahu ke spirituálním potřebám používají termíny jako je beznaděje (stav s pocity nesmyslného a prázdného života a negativním myšlením), bezpečí a jistota – změny, bolest (též charakteru duševního, sociálního či duchovního), duchovní/spirituální rovnováha – možnost podpory, duchovní/spirituální tíseň (porucha základních životních principů, které přesahují biologickou a psychosociální podstatu), osamělost, také smutek anticipační a reaktivní, spánek, strach, umírání, úzkost.²⁸

²⁶ Srov. DOENGES, M., E.; MOORHOUSE M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2001, s. 287, 182, 339, 342, 359, 364, 390.

²⁷ Srov. *tamtéž*, s. 288-289.

²⁸ Srov. ČERVINKOVÁ, E.; a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, s. 18, 23, 26, 101-102.

Zdravotník v ideálním případě nabízí rozhovor, pozoruje klientovo chování, čím se zabývá, jeho zájmy, rozhovory, návštěvy, zapojí klienta do různých aktivit, podporuje pozitivní myšlení, nechá pacienta vypovídat, vyplakat, dokáže mu, že je důležitý, naváže vztah důvěry, podporuje účast na činnostech, které posilují hloubku klientova vnitřního přesvědčení, nebagatelizuje a nepřehlíží duchovní potřeby, dá možnost k poslechu hudby, četbě literatury, relaxaci, akceptuje a respektuje víru klienta a jeho duchovní úroveň, poskytuje prostor a čas k provádění náboženských úkonů, zprostředkovává setkání s blízkou osobou, umožní umírajícím rozloučení a smíření s blízkými osobami, zajistí důstojný konec života. K nemocnému přistupuje se zásadou úcty, respektuje, zda nemocný chce vést o svém vnitřním vnímání rozhovor či ne a nezapomíná, že nejnítěrnější pocity nejsou rozumově odůvodnitelné. Nadto doporučují *OšDg*, aby zdravotník vyhledával též pomoc odborníka, navazoval spolupráci s duchovním a zprostředkoval duchovní pomoc, neboť nedostatek duchovní opory je jednou z příčin nedostatečné nebo žádné spolupráce pacienta a jako taková má velký vliv na uzdravování.²⁹

V mezinárodním odborném seskupení zvaném *NANDA – International* (*North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku*) byl vyvinut diagnostický systém, podle něhož jsou standardizované ošetrovatelské diagnózy nebo problémy opatřeny číselným kódem a seskupeny do mezinárodní klasifikace ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské problémy mohou být aktuální (potřeba je aktuálně dysfunkční), potenciální (potřeba je potenciálně dysfunkční) nebo edukační (potřeba neprokazuje dysfunkci, ale edukací a podporou je možné ji zlepšit). Ze 13 diagnostických domén, které představují specifické oblasti chování a projevu jedince,³⁰ je spirituální péče o klienta zahrnuta zejména v doméně 10, a v širším smyslu hraje roli i v 5., 6., 7., 9., 11. a 12. doméně.³¹

²⁹ Srov. *tamtéž*, s. 18, 23, 26, 101-102.

³⁰ Srov. Příloha 2: Diagnostické domény, okruhy působnosti a třídy klasifikace *NANDA – Int.*, taxonomie II.

³¹ Srov. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 17-19.

Desátá doména *Životní princip*³² pojímá situaci člověka ve vztahu k jeho schopnosti dát svému životu smysl a cíl prostřednictvím sebe, lidí, umění, hudby, literatury, přírody nebo vyšší moci a má vliv na míru spolupráce klienta na zdravotně preventivním či léčebném plánu. Mezi vodící znaky pro stanovení problému v této oblasti řadíme deprese, úzkost, stres, smutek, nedostatek naděje, smyslu života, klidu, lásky, přijetí, odpuštění, odvahy, hněv, špatné zvládnání zátěže, neochotu spolupracovat s přáteli, rodinnou, duchovními, nezájem o dřívější činnosti, či snížení nebo ztráta schopnosti provozovat dřívější spirituální aktivity, náboženské rituály, kontakty s komunitou věřících. Pacient vyjadřuje potřebu praktikovat své přesvědčení, dotazuje se na možnosti uspokojování spirituálních potřeb, žádá o pomoc při zajištění náboženských aktivit, přeje si schůzku s duchovním apod.

Souvisejícími faktory může být sebeodcizení, osamocení, úzkost, nedostatek bezpečí, bolest a utrpení, deprese, abusus léčiv nebo alkoholu, životní změna, vlastní chronické onemocnění nebo umírání, onemocnění, umírání či smrt blízké osoby, neujasněné osobní hodnoty a přesvědčení, životní krize, duchovní krize, stárnutí, separace od podpůrných systémů, neodpuštění, změny prostředí, katastrofy, neštěstí, konflikty, překážky prostředí k praktikování náboženství, ale i pouze samotná hospitalizace.³³

Trachtová, která hodnotí faktory modifikující uspokojování potřeb nemocných v ošetrovatelském procesu, upozorňuje na situaci, kdy nemocní často svoji pozornost zaměřují na potřeby fyzické a vyššími potřebami se přechodně nezabývají. V ošetrovatelských procesech vztahujících se na jednotlivé oblasti potřeb a aktivit denního života však vždy kromě biologicko-fyziologických faktorů, vyskytujících se na prvním místě, zdůrazňuje na místě druhém vliv činitelů psychicko-duchovních, na třetím sociálně-kulturních a v některých případech na místě čtvrtém též faktorů životního prostředí.³⁴

³² Srov. Příloha 3: Doména 10. Životní princip.

³³ Srov. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, s. 204-213.

³⁴ Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 16-17.

2.5.2 Specifika v uspokojování duchovních potřeb

Kvantitativní převahu v požadavku saturace duchovních potřeb mívají pacienti dlouhodobě nebo nevyléčitelně nemocní, dlouhodobě hospitalizovaní, umírající a staří lidé případně pacienti před závažnými zákroky, či s psychickými poruchami.³⁵

Dimenze spirituální péče je nejvíce propracovaná v oblasti paliativní medicíny, kde převažuje trend, aby členové týmu vědomě usilovali o vytvoření prostoru pro duchovní otázky, aktivněji nabízeli duchovní péči a vzdělávali se v oblasti poskytování duchovní péče. Objevují se pokusy tento typ péče dokumentovat a zařadit do ošetrovatelského plánu, ovšem tak, aby hodnocení duchovních potřeb probíhalo citlivě a opatrně, neredukovalo se na jednorázové vyplnění dotazníku nebo zaškrťování kolonek, nebo aby nedošlo ke zneužívání autority k odhalování osobního života nemocného. Ke standardizování péče o spirituální potřeby se přistupuje obezřetně, aby strohou řečí standardů nedošlo k eliminaci duchovní stránky péče. Sestry velkou měrou spolupracují s odborníky na spiritualitu, tj. s duchovními. Uznávají je jako členy týmu, podporují jejich práci, poskytnou informace o pacientech, eventuelně nabídnou radu, jak v daném stavu s pacientem komunikovat.³⁶ Nesmíme podléhat všeobecné představě zdravotníků, že duchovní potřeby mají pouze věřící lidé a že se jedná o složku, která do zdravotní péče nepatří, což se v praxi projeví například tím, že nemocniční duchovní služba má omezený přístup k nemocným pouze v době návštěv.³⁷

Vzhledem k tomu, že obor spirituální péče ještě není dobře propracovanou oblastí, je mezi kritéria kvality zařazeno zatím pouze hodnocení partnerských vztahů s pacientem, spolupráce s koordinátorem pastorační nebo spirituální péče, zařazení duchovního do multidisciplinárního týmu a získané vzdělání či zájem na vzdělávání v oblasti duchovní péče o nemocné.³⁸

³⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 135-160.

³⁶ Srov. HUDSON, R.; RUMBOLD, B. Duchovní péče. In CONCOR, M.; ARANDA, S. (eds.) *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 65-71.

³⁷ Srov. VORLÍČEK, J.; a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, s. 162-163.

³⁸ Srov. HUDSON, R.; RUMBOLD, B. Duchovní péče. In CONCOR, M.; ARANDA, S. (eds.) *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 75-76.

3 DUCHOVNÍ SLUŽBA NEMOCNÝM

Duchovní služba nemocným je součástí péče o nemocné a významnou roli hraje zejména v křesťanství, které od počátku tělesnou i duchovní dimenzi člověka vnímalo rovnocenně. Duchovní péče vždy zahrnovala rozhovor, modlitbu s nemocným, četbu Bible a udílení svátostí, zejména svátost smíření, pomazání nemocných a eucharistii.³⁹ Tyto prvky jsou zachované dodnes v církvi římskokatolické, řeckokatolické a pravoslavné; církve protestantské poskytují některé z nich. Mimo tato křesťanská náboženství se u nás nejčastěji setkáme s židem nebo muslimem.⁴⁰ Organizovanou duchovní službu poskytují v České Republice (dále jen ČR) pouze křesťanská náboženství. Každý má právo si ji vyžádat nebo odmítnout.

3.1 Nástin péče o nemocné ve vybraných kulturách

Nemoc a její léčení bylo již od pravěku vnímáno v souvislosti s náboženskými představami jako výraz nepříznivého působení nadpřirozených sil. Léčebné postupy byly směřovány s magií, a proto lékařství bylo na úsvitu dějin výlučným privilegiem kněží a šamanů. Později se objevila sociální vrstva lékařů a ošetřovatelů. V mytologii vystupují bohové lékařství Imhotepa, Serapida, Asklépia. V 5. stol. př. Kr. se člověk filosofii vymaňuje z moci bohů a především v Řecku se rozvíjí lékařství (Hippokrates). V antickém Římě bylo lékařství doménou otroků, v císařském Římě už se vyvíjí organizovaný systém lékařské vědy (Galén, 2. stol. po Kr.). Existovaly jakési ošetrovny („*iatria*“) v domech lékařů, později větší zařízení zvaná „*valetudinaria*“ pro ošetřování zemědělců, případně otroků, později vojáků. Péče byla poskytována za úplatu. Milosrdenství bylo považováno za slabost.⁴¹

³⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. 1. vyd. Praha: Advent, 1991, s. 14-59.

⁴⁰ Srov. ZÍTKOVÁ, M. *Spirituální potřeby jako součást holistického přístupu k nemocným*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2009, s. 22-44.

⁴¹ Srov. POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby. Kniha (nejen) pro ty, kdo se věnují křesťanské charitě a diakonii*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 69-78.

V Judaismu, který uctívá jediného Boha, je služba nemocnému a trpícímu úkonem spravedlnosti odpovídající Zákonu. Ve světě existují židovské dobročinné organizace, péče o nemocné v Izraeli je dobře organizovaná.⁴²

Arabská kultura čerpá z antiky (Avicenna, 980-1037) a její podstatnou složkou je Islám (Muhammad, 7. stol.). Počítá s almužnou pro bližní, ale často se jedná spíše o ekonomickou solidaritu a sounáležitost k jednomu národu ve formě příspěvků na svatou válku. Postoj k utrpení je určován determinismem a fatalismem, což brání projevům solidarity s nemocným a trpícím člověkem, i když existují i islámské zdravotnické instituce.⁴³

Cyklický hinduistický koloběh reinkarnací, který má vyústit do nirvány je spojen s vírou, že člověk je sám vinen vlastním utrpením, a proto soucit s ním nehraje roli. I v Indii ale můžeme najít hinduistickou dobročinnou organizaci jako odpověď na jednu z cest vlastní sebezáchrany, jíž je praxe lásky.⁴⁴

Cílem buddhismu jakožto reformovaného hinduismu je vykořenit ze života veškeré utrpení odpoutáním se od světa. Činit dobro druhému znamená v důsledku činit dobro sobě a člověk tak sám sebe může zachránit, proto v tomto náboženství má místo i péče o nemocné.⁴⁵

Solidarita s trpícím člověkem je jedním z typických konkrétních znaků křesťanské spiritualitě.⁴⁶ Křesťan se snaží v tomto světě být obrazem Boha a následovat Ježíše Krista. Proto v prvních staletích s rozvojem křesťanství začala vznikat společenství, zejména zasvěcených žen, která docházela do domů za účelem ošetřování nemocných. Křesťané v církevních obcích se o své nemocné starali i po stránce hmotného zabezpečení, aby tak byli obrazem Boha, který pečuje s láskou o všechny, a navštěvovali nemocné, protože v nich viděli Krista.⁴⁷ Existuje mnoho biblických úryvků, které silně ovlivňovaly a které dodnes

⁴² Srov. POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*, s. 78-79.

⁴³ Srov. *tamtéž*, s. 79-83; VOJTÍŠEK, Z., *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v České republice. Náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 301-312. (Dále jen *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v ČR*.)

⁴⁴ Srov. POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*, s. 84-85.

⁴⁵ Srov. *tamtéž*, s. 85-87.

⁴⁶ VOJTÍŠEK, Z., *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v ČR*, s. 35.

⁴⁷ Srov. POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*, s. 87-103.

ovlivňují postoj křesťanů k nemocným.⁴⁸ Rozsah péče o nemocné v křesťanství byl od počátku velký, přestože bylo pronásledováno, neboť členové prvotní církve vnímali bolest bližního jako svou vlastní.

Od r. 313, kdy byla vyhlášena náboženská svoboda, začalo křesťanství prostupovat do celé státní struktury a péče o nemocné začala být více organizována. Církev zakládala ústavy pro poutníky, pro nemocné, pro odložené děti, sirotky, starobince, nebo útulky pro chudé. Od 5. do 10. stol. se rozvíjelo zejména mnišské nebo klášterní lékařství, od 11. stol. zejména řeholní řády zakládají špitály pro poutníky, chudé a nemocné.⁴⁹ Od 14. stol. jsou zakládány nemocnice také panovníky, městy, státem nebo jinou soukromou či právnickou osobou, a v důsledku toho se začíná oddělovat péče o nemocné tělo od duchovní služby nemocným, která nadále zůstala výsadou církve.⁵⁰ Duchovní péče o nemocné je v křesťanství chápána jednak jako služba udílení svátostí nemocným, ale také v širším smyslu jako doprovázení nemocného v jeho nemoci, bolesti nebo umírání a jako pomoc nemocnému, kterého respektujeme v jeho jedinečnosti a důstojnosti, aby lidsky zvládal životní situace včetně smrti na jemu dostupné úrovni víry.⁵¹

⁴⁸ Srov. Mt 25,31-46; Mk 1,41; Mk 5,19; L 6,36; L 9,2; L 10,9; L 10,25-37; J 3,16; J 12,26 a další. In *Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Český ekumenický překlad. 6. přepracované vyd. Praha: Česká biblická společnost, 1995.

⁴⁹ U nás je nejstarším takto vzniklým špitálem dnešní nemocnice v Praze na Františku založená 1232 sv. Anežkou Přemyslovnou., další špitál, dodnes nedochovaný, založila ve 13. století v Jablonném v podještědí sv. Zdislava z Lemberka.

⁵⁰ Srov. POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*, s. 103-138.

⁵¹ Srov. OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 1. vyd. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995, s. 5-8.

3.2 Duchovní služba ve zdravotnických zařízeních v současnosti

V ČR existuje systém duchovní služby kaplanů pouze v armádě a vězeňství,⁵² v oblasti zdravotnictví se teprve rozvíjí na základě iniciativ církví i zdravotnických zařízeních. Za tímto účelem v únoru 2009 vznikla *Česká společnost pro klinickou pastorační péči při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* (dále jen *ČLS JEP*),⁵³ která usiluje o prosazení nemocniční kaplanské služby a vytvoření postupů pro uspokojování duchovních potřeb nemocných podle *Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice*. Navazuje tak na činnost *Evropské sítě nemocničních kaplanů*, jejíž delegáti z 21 evropských zemí a 40 reprezentantů církví na své 7. konzultaci v červenci roku 2002 ve finském Turku na základě zkušeností s poskytováním duchovní služby nemocným sestavili standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby.⁵⁴ V r. 2006 byla v ČR uzavřena *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí* (dále jen *ČBK*) a *Ekumenickou radou církví* (dále jen *ERC*).⁵⁵ Tyto dokumenty v souladu s čl. 16 *Listiny základních práv a svobod*⁵⁶ a 9. odst. 2. zákona č. 308/1991 Sb., *o svobodě náboženské víry*

⁵² Srov. *Smlouva o podmínkách vzniku a působení duchovní služby v resortu ministerstva obrany mezi Ekumenickou radou církví a Českou biskupskou konferencí*. [online]. [cit. 2009-11-04]. Dostupné z URL: <http://www.biskupstvi.cz/dokumenty/09_Dohoda_duchovni_sluzba.pdf>.

(Dále jen *Smlouva o duchovní službě v Armádě ČR*.)

Dohoda o vzájemné spolupráci Vězeňské služby ČR a církví a náboženských společností. [online]. [cit. 2010-04-13]. Dostupné z URL: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/vezen.htm>>

(Dále jen *Dohoda o duchovní službě ve věznicích*.)

⁵³ *Česká společnost pro klinickou pastorační péči ČSL JEP* [online]. [cit. 2009-08-30]. Dostupné z URL: <<http://www.cskpp.estranky.cz/>>, <<http://www.cskpp.wz.cz/>>, <http://www.linkos.cz/odbornici/vzdelavani/CSKPP_stanovy.pdf>

⁵⁴ Srov. *Standards Document agreed at Turku*. [online]. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z URL: <http://www.eurochaplains.org/turku_standards_czech.pdf>.

⁵⁵ *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice* [online]. [cit. 2010-04-11]. Dostupné z URL: <<http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1164034509>>.

(Dále jen *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*.)

⁵⁶ Srov. *Listina základních práv a svobod*. [online]. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z URL: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>

a postavení církvi a náboženských společností⁵⁷ vymezují podmínky pro poskytování duchovní péče v českém zdravotnictví. Termíny „nemocniční kaplanská služba“, „duchovní péče ve zdravotnictví“, „klinická pastorační péče“ nebo „duchovní služba“ jsou synonyma. V této práci se přikláníme k užívání pojmu „duchovní služba“.

3.3 Nemocniční kaplan

Duchovní službu (dále jen DS) nemocným poskytuje nemocniční kaplan neboli pastorační asistent (dále jen kaplan), muž nebo žena, duchovní nebo laik, který absolvoval vysokoškolské studium oboru teologie a odborný výcvik v oblasti pastorační služby, je vyslán vlastní náboženskou komunitou a současně je uznán zdravotnickým systémem. DS není chápána jako náhrada práce psychologa, a podstatným jádrem jakékoli kaplanské služby je modlitba kaplana za všechny, ke kterým je poslán.⁵⁸

3.3.1 Činnost nemocničního kaplana

Úkolem kaplana ve zdravotnickém zařízení je poskytovat pastorační službu, tj. pomoc v oblasti existenciálních, spirituálních a náboženských potřeb, a to jak nemocným, jejich příbuzným a blízkým, tak návštěvám i zaměstnancům zdravotnického zařízení. Podle etického kodexu poskytovatele spirituální péče má kaplan úlohu chránit důstojnost lidské osoby, připomínat spirituální a existenciální rozměr utrpení, nemoci a smrti a také uzdravující, usmiřující a pomáhající sílu víry, snažit se vyhovět spirituálním potřebám lidí, podpírat ty, kdo prožívají úzkost, působit jako zprostředkující nebo smířčí osoba v konfliktních situacích. Podle svých možností a podle své náboženské tradice koná nebo zajistí

⁵⁷ Srov. Zákon č. 308/1991 Sb. [online]. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z URL: <<http://spcp.prf.cuni.cz/lex/308-91.htm>>

⁵⁸ Srov. Smlouva o duchovní službě v Armádě ČR.

pro zájemce bohoslužby, obřady a udělení svátostí, v případě potřeby zprostředkuje kontakt s duchovním vlastní církve.⁵⁹

Protože DS je primárně službou neevangelizační a nadkonfesijní, je poskytována věřícím i nevěřícím, respektuje osobní přesvědčení, bere ohled na náboženské i kulturní rozdílnosti. Všem (nevěřícím i věřícím) nabízí možnost „mít u sebe někoho, kdo mi naslouchá“, nebo rozhovor o otázkách životního principu, smyslu, odpuštění, smíření, naději, a tím reaguje na projev deficitu v duchovní oblasti, jakým je například smutek, zoufalství, deprese apod.⁶⁰ Blízké osoby doprovází v procesu truchlení, může konat vzpomínkové bohoslužby.⁶¹

DS chrání před nežádoucím duchovním obtěžováním a proselytismem, zejména před sektami, které se občas snaží vytěžit z těžké situace nemocného k získávání členů do vlastních řad. Takového chování se kaplan varuje a o důvěrně sdělených skutečnostech zachovává mlčenlivost jako jiní zdravotničtí profesionálové. Při porušení etického kodexu nebo podmínek *Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví* je kaplan ze své služby odvolán vysílající církví,⁶² případně může být propuštěn svým zaměstnavatelem dle platného *Zákoníku práce*.

Kaplan rozvíjí vlastní znalosti, dovednosti a kompetence v oblasti své práce, organizuje výukové programy pro zdravotníky, podporuje, zkoumá, posuzuje a vyhodnocuje účinnost spirituální péče, účastní se programů a diskuzí týkajících se teologických, pastoračních a etických (včetně biomedicínských) problémů, existenciálních a spirituálních potřeb a hodnot, a usilujících o zdokonalení pastorační péče ve zdravotnictví.

Považuje se za žádoucí, aby kaplani měli jako členové multidisciplinárního týmu volný vstup do nemocničních prostor i mimo návštěvní hodiny, aby mohli požadovat informace o stavu těch, jimž poskytují službu a nahlížet do jejich dokumentace, jestliže tito s tím souhlasí.⁶³ Co se týká profesionálního

⁵⁹ Srov. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*.

⁶⁰ Srov. Kapitola 2. Péče o spirituální potřeby v ošetrovatelství.; OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 14-21.

⁶¹ VURST, V. Role duchovního při mimořádných událostech. In ŠIMR, K. *Duchovní péče při mimořádných událostech*. Sborník ze semináře. Plzeň: Diecézní charita Plzeň, 2005, s. 14-17.

⁶² Srov. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*.

⁶³ Srov. *Dohoda o duchovní službě ve věznicích*.

zařazení do zdravotnického zařízení, je vhodné, aby kaplan byl členem etické komise. Ačkoli je dnes v mnohých nemocnicích v oblasti DS zajištěno pouze konání bohoslužeb, podporuje se úsilí, aby se nemocným ve větší míře poskytovaly též individuální rozhovory, pastorační návštěvy, aby měli přístup k náboženským úkonům, k duchovní a náboženské literatuře, příp. k účasti na setkávání ve skupinách k výkladu náboženských textů (na způsob biblických hodin apod.).

V kompetenci nemocničního kaplana je též řízení práce dobrovolníků v oblasti duchovní péče, kteří se na službě nemocným podílí ve svém volném čase. Kvalifikační předpoklady dobrovolníka jsou podobné jako požadavky na kaplana, vysokoškolské vzdělání může být nahrazeno teologickým minimem.⁶⁴

3.3.2 Vzdělání a výcvik nemocničního kaplana

Vzhledem k nárokům na profesionální zdatnost kaplana je výcvik nemocničních kaplanů nedílnou podmínkou jejich služby. Zahrnuje dokončené obecně uznávané teologické vzdělání na magisterské úrovni a to s důrazem na pastorační péči a religionistiku. Kaplan je dobře obeznámen s náboženstvími a náboženskými hnutími i s praxí duchovní péče jednotlivých církví v ČR, orientuje se ve zdravotnických oborech, v lékařské a zdravotnické etice, v právních základech sociální péče a zdravotnictví, v organizaci zdravotnictví a nemocnice, ovládá alespoň jeden světový jazyk. Během výcviku absolvuje kurz krizové intervence a komunikace zejména v obtížných situacích, zná a řídí se obecnými zásadami spirituální péče. V oblasti pastorační má minimálně pětiletou praxi a v době výcviku praktikuje 90 hodin u lůžka. V ČR čeká na schválení projekt postgraduálního vzdělávání nemocničních kaplanů a dobrovolníků, který zahrnuje též programy pro školení pracovníků ve zdravotnictví. Připravila jej Cyrilometodějská teologická fakulta ve spolupráci s Lékařskou fakultou a Fakultou zdravotních věd Univerzity Palackého v Olomouci. Fakultní nemocnice Olomouc je jedním z partnerů projektu.⁶⁵

⁶⁴ Srov. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*.

⁶⁵ Z rozhovoru s PhDr. Mgr. Martou Hošťálkovou, Th.D. 14. 2. 2010

3.3.3 Perspektivy a omezení pro duchovní službu nemocným v současnosti

Pro efektivní činnost kaplana je nezbytné disponování informacemi o těch, kdo péči potřebují, kontakt a spolupráce s ostatními pečujícími o nemocné v rámci multidisciplinárního týmu, jisté zázemí a zajištěná mobilita na pracovišti, ale též odpovídající finanční ohodnocení a legislativní podmínky – společný a jednotný postup představitelů církví, státní správy a nemocničního zařízení. U kaplana nesmí se podceňovat jeho profesní spolehlivost, dodržování formálních postupů, průhlednost, konkrétnost, dostupnost a srozumitelnost obsahu pomoci. Postupy jednotlivých kaplanů by měly být jednotné, aby s ohledem na zastupitelnost jednotlivých duchovních DS splňovala zásadu kontinuity. Poskytování DS se potýká s mnohými riziky, jakými jsou posuzování DS odborně málo kompetentními lidmi, vystavení neduchovním kritériím nebo napětí s ostatními pomáhajícími profesemi, které odkládají DS na podřadnou významovou úroveň. Poskytovatelům duchovní služby přitom nejde o to vnutit duchovní pomoc, ale zajistit, aby tam, kde existuje, byla respektována.⁶⁶

⁶⁶ Srov. HOLUB, T. Duchovní služba v krizových situacích. In ŠIMR, K. (ed.) *Duchovní péče při mimořádných událostech*. Sborník ze semináře, s. 18-24.; PROCHÁZKA, Z. Integrovaný záchranný systém, ochrana obyvatelstva a možnosti duchovní péče při řešení mimořádných událostí a krizových stavů. In ŠIMR, K. (ed.) *Duchovní péče při mimořádných událostech*. Sborník ze semináře, s. 10.

4 HLAVNÍ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ DUCHOVNÍ SLUŽBY VE FAKULTNÍ NEMOCNICI OLOMOUČ V HISTORII A SOUČASNOSTI

Při poskytování DS je kaplan poslán do konkrétního zdravotnického zařízení a má-li v něm promlouvat a pomáhat lidem, pak znalost tohoto prostředí je pro něj nezbytným východiskem. Svým studiem a praxí, jak jsme uvedli v předchozí kapitole, získává předpoklady pro vykonávání činnosti. Proto musí znát sociální skladbu a podmínky v oblasti, ve které se nemocnice nachází, jaké hodnoty dominují v této společnosti, tedy jaké jsou cílové skupiny osob a předpokládaná místa pro poskytování DS. Proto se v této kapitole pokusíme nastínit religiózní situaci v oblasti, z níž nejčastěji přicházejí nemocní do FNOL, dále pak nahlédnout k počátkům a minulosti DS ve FNOL a reflektovat současnou situaci, kdy se tato služba začíná rozvíjet novým způsobem.

4.1 Prezentace statistik o počtu věřících v Olomouckém kraji v kontextu možného rozvoje duchovní služby ve FNOL

Statistika ze sčítání lidu, které naposledy proběhlo v r. 2001, poskytuje údaje o počtu věřících ve společnosti: Z celkového počtu 10 230 060 obyvatel ČR uvedlo 6 039 991 osob (59 %), že jsou bez vyznání, u 901 981 lidí (8,8 %) nebylo vyznání zjištěno. K víře se přihlásilo 3 288 088 obyvatel (32,2 %), z toho nejvyšší podíl představovali věřící Církve římskokatolické se 2 740 780 věřícími (26,8 %), a zbývajících 330 993 věřících (3,2 %) se přihlásilo k ostatním církvím, zejména

k Českobratrské církvi evangelické, Církvi československé husitské, Pravoslavné církvi a k náboženské společnosti Svědků Jehovových.⁶⁷

Co se týče Olomouckého kraje, k náboženskému vyznání se přihlásilo 236 441 jeho obyvatel (37 %), 344 162 lidí (53,8 %) uvedlo, že je bez vyznání, a u zbývajících 58 766 osob (9,2 %) zůstalo vyznání nezjištěno. Největší skupinu věřících tvoří římskokatolíci a to 207 113 (32,4 %) z celkového počtu 639 369 (100 %) obyvatel Olomouckého kraje.⁶⁸ Olomoucký okres čítal 224 613 lidí (100 %), z toho za osoby bez vyznání se považovalo 128 407 obyvatel (57,2 %) a k víře se přihlásilo 76 538 lidí (34,1 %), z toho 44 096 žen (57,6 %) a 32 442 mužů (42,4 %). Nejpočetnější skupinu ze všech věřících (100 %) představovala Církev římskokatolická s 64 401 věřícím (84,1 %), Církev československá husitská se 3 881 věřícím (5,1 %), třetí nejpočetnější skupinou byla Českobratrská církev evangelická s 1 510 věřícími (2 %) a za čtvrtou nejsilnější se považuje Pravoslavná církev v českých zemích s 1 122 věřícími (1,5 %). Skupinu, která přesahovala 300 členů (0,4 %), tvořili Svědkové Jehovovi, něco málo přes 100 členů (mezi 0,1 - 0,2 %) měla Apoštolská církev, Bratrská jednota baptistů, Církev Adventistů sedmého dne, Církev řeckokatolická, Křesťanské sbory, ale také skupiny hlásící se k islámu a buddhismu. V ostatních nebo nepřesně určených skupinách je zařazeno 4 353 věřících (5,7 %) a chybějících 19 668 obyvatel okresu (8,7 %) zůstalo nezjištěno.⁶⁹

Od roku 2001 se situace změnila. Počet obyvatel zjevně narůstá, na území bývalého okresu Olomouc v roce 2008 se vyskytovalo 231 843 obyvatel.⁷⁰ Celkově v ČR i v Olomouckém kraji se počítá, že věřících ubývá zejména v řadách Římskokatolické církve a protestantských církví, a naopak narůstá počet těch,

⁶⁷Srov. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (dále jen ČSÚ). *Náboženské vyznání obyvatelstva*. [online]. [cit. 2009-11-04]. Dostupné z URL: <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/o/4110-03--obyvatelstvo_hlasici_se_k_jednotlivym_cirkvim_a_nabozenskym_spolecnostem>

⁶⁸ Srov. ČSÚ. *Náboženské vyznání obyvatelstva*. [online]. [cit. 2009-11-04]. Dostupné z URL: <<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/tab/7A002B2AF5>>

⁶⁹ Srov. ČSÚ. OLOMOUCKÝ KRAJ. *Obyvatelstvo podle pohlaví a náboženského vyznání - okres Olomouc*. [online]. [cit. 2010-04-24]. Dostupné z URL:

<http://notes.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_podle_pohlavi_a_nabozenskeho_vyznani_okres_olomouc>

⁷⁰ Srov. ČSÚ. OLOMOUCKÝ KRAJ. *Časové řady okresu Olomouc*. [online]. [cit. 2010-04-24]. Dostupné z URL: <http://www.olomouc.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/casove_rady_okresu_olomouc>

kteří se přidávají k sektám, hnutím New Age⁷¹, nebo se přiklánějí k náboženstvím východu,

jako je islám a buddhismus. Dále se předpokládá, že tradičně bude mít dominující postavení mezi církvemi Církev římskokatolická, i když jejich členů ubude a zestárnou, že největší část římských katolíků bude soustředěna na Moravě, zejména na venkově, více než z poloviny půjde o ženy, zatímco u nových náboženství bude poměr spíše opačný.⁷² Vzhledem k ústupu tradice a změně hodnot bude zeslabovat též dlouhodobé dominantní postavení Římskokatolické církve, ale s největší pravděpodobností přetrvá mimo jiné v souvislosti s konfesní roztržitostí ostatních věřících.⁷³

Podle posledních informací bylo v roce 2008 v Olomouckém kraji hospitalizováno 128 642 nemocných, to je asi 200 osob na 1000 obyvatel (20 %).⁷⁴

⁷¹ Tradice New Age je velmi rozsáhlá. Jedná se o dávné okultní egyptské praktiky a představy, kabalou, raně křesťanský gnosticismus, sufismus, druidskou moudrost, keltské křesťanství, alchymii, hermetismus, zenový buddhismus, jógu, esoteriku, alternativní spiritualitu atd. Dnes New Age propaguje široký okruh praktik, jako je akupunktura, biofeedback, chiropraxe, kinesiologie, homeopatie, iridologie, masáže, a různé druhy tělesných cvičení (např. ergonomie, metoda Feldenkreis, reflexologie, rolfing, tzv. masáž polarity, terapeutická stimulace bodů atd.), meditaci a vizualizaci, nutriční terapii, psychické uzdravení, různé druhy léčení pomocí bylin, krystaloterapii, metaloterapii, muzikoterapii a chromoterapii, terapie vázané na reinkarnaci a konečně tzv. dvanácti etapové programy a psychologické skupiny. New Age využívá hesel, nauk a symbolů jako je androgynie, antroposofie, astrologie, eneagram, esoterika, evoluce, Feng šui, gnóze, hermetismus, hlubinná psychologie, hnutí lidského potenciálu, karma, kontaktérství, krystaly, monismus, new Thought, tradiční nebo přírodní matriarchální, magická nebo šamanská náboženství, okultismus, panteismus, parapsychologie, pozitivní myšlení, rebirthing, reinkarnace, spiritismus, teosofie, transcendentalismus, witchcraft apod. Srov. PAPEŽSKÁ RADA PRO KULTURU, PAPEŽSKÁ RADA PRO MEZINÁRODNÍ DIALOG. *Ježíš Kristus, nositel živé vody. Křesťanské zamyšlení nad New Age*. 1. vyd. Praha: Česká biskupská konference, 2003, s. 14, 20, 67-80; VOJTÍŠEK, Z., *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v ČR*, s. 140-300.

⁷² Srov. ČSÚ. *Náboženské vyznání obyvatelstva*. [online]. [cit. 2009-11-04]. Dostupné z URL: <<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/tab/7A002BDDD3>> <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/o/41110-03--skladba_obyvatelstva_podle_nabozenskeho_vyznani_pohlavi_a_podle_veku>

⁷³ Srov. ČSÚ. *Náboženské vyznání obyvatelstva*. [online]. [cit. 2009-11-04]. Dostupné z URL: <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/o/41110-03--obyvatelstvo_hlasici_se_k_jednotlivym_cirkvim_a_nabozenskym_spolecnostem>

⁷⁴ Srov. ČSÚ. OLOMOUCKÝ KRAJ. *Statistická ročenka Olomouckého kraje 2009. Zdravotnictví*. [online]. [cit. 2010-04-24]. Dostupné z URL: <[http://www.olomouc.czso.cz/xm/edicniplan.nsf/t/7F004B29F1/\\$File/711011091119.xls](http://www.olomouc.czso.cz/xm/edicniplan.nsf/t/7F004B29F1/$File/711011091119.xls)>

4.2 Poskytování duchovní služby ve FNOL ve 20. stol. a v současnosti

Nemocnice v Olomouci se začala stavět na konci 19. stol. na základě povolení císaře Františka Josefa I. z r. 1892, první pacienti do ní byli nastěhováni v září 1896. Tehdy měla 212 lůžek na interním, chirurgickém, očním a infekčním oddělení, prostory pro kuchyni, prádelnu, lékárnu, sklad materiálu, strojovnu s kotelnou, stáj, byty lékařů, dům úředníků a domov řádových sester.⁷⁵ Tyto sestry Kongregace Milosrdných sester III. řádu svatého Františka v nemocnici pracovaly jako zdravotnice a zprostředkovávaly též péči o duchovní potřeby nemocných. Součástí jejich domu, jenž se nacházel v budově dnešní neurologické kliniky, byla také kaple, která dnes slouží jako posluchárna kliniky neurologie. S rozvojem nemocnice se rozšiřoval také okruh jejich působení i jejich počet až do r. 1950, kdy po tzv. „Akci VŽK“ byly mnohé řeholnice odsouvány z veřejného života nebo hned internovány do centralizačních táborů.⁷⁶ Protože za sestry nebyla náhrada, 140 jich v nemocnici působilo až do r. 1957, kdy k 1. červnu dostaly výpověď.⁷⁷

Za totality bylo náboženské přesvědčení potíráno, a proto i DS nemocným musela z velké části ustoupit do ilegality. Přesto však byla vykonávána na žádost nemocných nebo jejich rodinných příslušníků. V nemocnici tajně pracovaly jako zdravotní sestry mnohé řeholnice a kněží přicházeli jako návštěvy nebo bývali přes odpor režimu vpuštěni k nemocným i legálně.

Po revoluci v listopadu r. 1989 se počet věřících silně rozrostl a DS začala být více žádána a vykonávána veřejně. Vzhledem k tomu, že Římskokatolická církev je mezi konfesemi v ČR nejpočetnější a jako taková již v nemocnici DS provozovala, začala ji poskytovat i po revoluci. V r. 1990 na žádost vedení FNOL do nemocnice znovu přišlo 7 Milosrdných sester III. řádu sv. Františka a 2 roky pracovaly v léčebně

⁷⁵ Srov. FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Historie*. [online]. [cit. 2010-04-24]. Dostupné z URL: <<http://www.fnol.cz/main.jsp?id=1459>>

⁷⁶ Srov. VLČEK, T. *Akce VŽK (vyklizení ženských klášterů)*. [online]. [cit. 2010-04-28]. Dostupné z URL: <http://www.totalita.cz/cirkev/cir_07.php>

⁷⁷ Srov. RICHTER, A. *Kronika Kongregace Milosrdných sester III. řádu sv. Františka*. 2. díl. Samizdat, s. 187.

dlouhodobě nemocných. Nadále ve FNOL pracovaly sestry jen ojedinele na RTG pracovišti a 1. interní klinice do r. 2004.⁷⁸

Mezi vedením nemocnice a Arcibiskupstvím olomouckým vznikla ústní dohoda ohledně používání posluchárny na neurologické klinice k účelu konání bohoslužeb pro nemocné vždy jednou týdně v neděli. Službu zastával P. Eduard Staríček, který se už za totality nemocným tajně věnoval.

Také od r. 1990 je jednou měsíčně, většinou třetí sobotu, sloužena bohoslužba pro pacienty z oddělení geriatric v jejich jídelně, zprostředkována Řádem Maltézských rytířů. Bohoslužby bývají římskokatolické, pravoslavné nebo evangelické podle toho, kterého duchovního Maltézští rytíři sjednají.⁷⁹

V r. 1999 se DS z pověření olomouckého arcibiskupa Jana Graubnera ujal Řád bratří kazatelů - dominikáni, a nemocničním kaplanem se stal nejprve P. Antonín Krasucki, a od r. 2003 P. Pavel Mayer, kteří přicházeli k nemocným na zavolání pacienta, příbuzných nebo zdravotních sester nebo sami aktivně nemocné vyhledávali. Kancelář nemocničního kaplana byla umístěna na odd. geriatric, kde na čísle 3443 byl k dispozici tři odpoledne v týdnu a v době nepřítomnosti se žádosti o návštěvu duchovního ukládaly na telefonní záznamník, nebo bylo možné zavolat jej v případě potřeby mobilním telefonem, dle informací z letáků vyvěšených na každém oddělení nemocnice. DS v této době zahrnovala vysluhování svátostí, duchovní rozhovory, službu modlitby, jedno školení zdravotních sester o duchovní péči, spolupráci s Vyšší odbornou školou zdravotnickou E. Pöttinga, kde probíhalo vzdělávání studentek v otázce DS.⁸⁰

Od podzimu 2009 přestali DS vykonávat Dominikáni a v návštěvách nemocných se začali střídát kněží z olomouckých farností.⁸¹ Takto se na čas zhoršila dostupnost DS. Od ledna 2010 ve FNOL pracuje jako nemocniční kaplan PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, ThD., zaměstnaná pro tuto službu na plný úvazek Arcibiskupstvím olomouckým, koordinátorem DS je P. Bohumír Vitásek, farář farnosti sv. Václava v Olomouci. Za mnohými nemocnými přicházejí známí duchovní

⁷⁸ Z rozhovoru s Martou Lucií Cincialovou, Th.D. 16. 3. 2010.

⁷⁹ Z rozhovoru s panem Josefem Batkem, který byl Řádem Maltézských rytířů pověřen zajišťováním bohoslužeb na geriatric ve FNOL 2. 1. 2010.

⁸⁰ Z rozhovoru s P. Pavlem Mayerem 12. 9. 2009.

⁸¹ Srov. Příloha 4: Informační leták o duchovní službě ve FNOL

z jejich církví a farností nebo trvalí jáhni římskokatolické církve Mgr. Karel Berka a Mgr. MUDr. Petr Závodný, CSc, který pracuje jako lékař na gynekologicko-porodnické klinice FNOL. DS doposud zahrnuje rozhovory s nemocnými a vysluhování svátostí, důraz se začal klást na nadkonfesijní a neevangelizační charakter služby.⁸²

Počet nemocných žádajících DS různě kolísá dle skladby pacientů, má zatím spíše vzrůstající tendenci. Zatímco v lednu 2010 nemocniční kaplan uskutečnil 54 návštěv u nemocných, v únoru jich již bylo 76 a v březnu 122. Od února začala na částečný úvazek pracovat pastorační asistentka. Návštěvy kaplana byly za tyto tři měsíce nejžádanější na odděleních geriatry, plicních, interních, psychiatrických, hemato-onkologických, rehabilitačních, ARO, IPCHO, traumatologii, novorozeneckém a očním. Služba kaplana byla na většině pracovišť redukována dvouhodinovou dobou návštěv, což je pro poskytnutí DS všem zájemcům čas nedostatečný.⁸³

4.3 Snahy managementu FNOL o zlepšení kvality poskytování duchovní služby

Posláním FNOL je komplexní péče poskytovaná na základě mezioborové spolupráce s cílem dosáhnout spokojenosti klientů, jak vypovídá hlavní motto nemocnice: „*Profesionalita a lidský přístup*“.⁸⁴ Z těchto bodů FNOL vychází také při svých snahách o stálé zlepšování péče o nemocné. Po akreditaci FNOL, která byla nemocnici udělena *Spojenou akreditační komisí České republiky*⁸⁵ v roce 2009, se nemocnice stále snaží zkvalitňovat službu nemocným a splňovat požadavky podle *Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice*.

⁸² Z rozhovoru s PhDr. Mgr. Martou Hošťálkovou, Th.D. 14. 2. 2010

⁸³ Z rozhovoru s PhDr. Mgr. Martou Hošťálkovou, Th.D. 8. 4. 2010

⁸⁴ Srov. FAKULTNÍ NEMOCNICE OLMOUC. *Mise, vize, strategie FNOL*. [online]. [cit. 2010-04-22]. Dostupné z URL: <<http://altus/Default.aspx?page=p-2117998271>>

⁸⁵ Srov. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČESKÉ REPUBLIKY. *Akreditovaná zdravotnická zařízení*. [online]. [cit. 2010-04-22]. Dostupné z URL: <<http://www.sakcr.cz/akreditovana-zarizeni.php>>

Jedním z požadavků *Joint Commission International* je dodržování práva pacienta na vlastní hodnotový systém, respekt a ochrana spirituální hodnoty každého pacienta.⁸⁶ Podle standardu podporujícího práva pacientů a jejich blízkých *PFR 1.1.1* má nemocnice „*mít vytvořený postup, v rámci kterého uspokojí požadavky pacientů a jejich blízkých na poskytnutí duchovních služeb či podobné požadavky, vyplývající z pacientových spirituálních potřeb a náboženského přesvědčení*“⁸⁷. Indikátorem tohoto standardu je vypracovaný a dodržovaný postup zajišťování duchovních/spirituálních potřeb a to rutinního i méně běžného charakteru.⁸⁸

FNOL je jednou z fakultních nemocnic, ve které proběhlo v letech 2008 a 2009 národní dotazníkové šetření *Kvalita Očima Pacientů* (dále jen *KOP*). V roce 2008 se FNOL umístila ve 4. (B+) skupině, tedy byla hodnocena jako nemocnice s mírně podstandardním hodnocením a to na 6. místě z 11 sledovaných fakultních nemocnic. V r. 2009 postoupila do 3. (A-) skupiny, tedy standardní kategorie kvality, ale poklesla na 7. místo v žebříčku 11 sledovaných FN.⁸⁹

Dle *KOP* je nejhůře hodnocenou dimenzí kvality v českém zdravotnictví citová opora (2008 - 75% spokojenost, 2009 – 76%), konkrétně spokojenost se zajištěním citových a duchovních potřeb nemocného (2008 - 61,6 %, 2009 – 63,4 %). FNOL se v zajišťování citové opory umístila v r. 2008 na 5. místě se spokojeností 74,6 %, v kategorii zajištění citových a duchovních potřeb se spokojeností 61,2 %. V r. 2009 si spokojenost se zajišťováním citové opory udržela na 74,6 %, ale přesto to znamenalo propad na 9. Místo.⁹⁰

Management nemocnice si uvědomuje tyto slabiny v oblasti duchovní péče o nemocné, a proto si jako jeden z cílů pro rok 2010 stanovil zhotovit koncepci péče o duchovní potřeby nemocných i zaměstnanců, vytvořit pracovní skupinu, která vymezí postup pro poskytování DS, na jehož podkladě chce oficiálně zakotvit

⁸⁶ Srov. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 77.

⁸⁷ *Tamtéž*, s. 78.

⁸⁸ Srov. *tamtéž*, s. 82.

⁸⁹ Srov. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (dále jen MZČR). *Kvalita Očima Pacientů. Hodnocení nemocnic* (dále jen *KOP*). [online]. [cit. 2010-04-22]. Dostupné z URL: <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Zaverecne-zpravy-ke-stazeni.php>>

⁹⁰ Srov. MZČR. *KOP*. [online]. [cit. 2010-04-22]. Dostupné z URL: <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Fakultni-nemocnice-a-ustavy.php?n=6&d=8>>

DS v partnerské smlouvě mezi FNOL a Arcibiskupstvím olomouckým. Jako další nutnost do budoucna se jeví vybudování ekumenického prostoru pro ztišení a modlitbu.⁹¹

Skupinu, která bude pracovat na vyhotovení postupu zajišťování duchovních potřeb, svolal manažer nelékařských oborů FNOL Bc. Martin Šamaj a k prvnímu setkání došlo 8. 4. 2010. Tým tvoří Bc. Šamaj, jeho sekretářka paní Jiřina Cahlíková, DiS., nemocniční kaplan PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D., koordinátor duchovní služby P. Bohumír Vitásek, psycholožka PhDr. Marie Dlabáčová, DiS., staniční sestry Marie Jiříčková a Eva Pavlíková, a zdravotní sestry Jana Tilšarová a Miroslava Tobia Matějková. Na prvním setkání byli všichni nemocničním kaplanem seznámeni s náplní práce kaplana, s etickým kodexem, jímž se kaplan musí řídit, byly vysloveny představy o tom, co by DS měla přinést, hovořilo se o identifikaci osob poskytujících DS, a bylo rozhodnuto, že postup pro zajišťování duchovních potřeb bude zpracován formou metodického pokynu, nikoli standardu ošetrovatelské péče, jak se původně předpokládalo, protože jde o téma, které přesahuje rámec čistě ošetrovatelské péče. Průzkum zájmu nemocných o DS mezi pacienty hospitalizovanými ve FNOL, který je součástí této bakalářské práce, je koncipován tak, aby poznatky v něm získané mohla pracovní skupina využít při projektování přístupné, kvalitní a efektivní péče o duchovní potřeby nemocných.

⁹¹ Dle stanoviska FNOL vyjádřeného Bc. Šamajem při 1. setkání pracovní skupiny pro realizaci duchovní péče o nemocné 8. 4. 2010.

5 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Pro svou bakalářskou práci jsem ke sběru dat ve FNOL použila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníků, které pomáhají získávat od lidí informace o jejich mínění pomocí připravených otázek. Při výzkumu jsem postupovala po 3 úrovních. V pilotáži jsem si na základě získaných informací o problematice duchovních potřeb a duchovní služby upřesňovala formulace problémů, cílů, očekávaných výsledků a sestavila dotazník pro nemocné ve Fakultní nemocnici Olomouc. Na malém vzorku 10 osob z okruhu svých známých jsem realizovala předvýzkum, ve kterém jsem se ujistila, že otázky jsou položeny srozumitelně a jednoznačně, a na základě jeho vyhodnocení jsem provedla drobné úpravy.⁹² Samotný výzkum jsem prováděla dle připraveného plánu, abych získala co nejkomplexnější informace. Rozhodla jsem se pro náhodný výběr respondentů z řad pacientů hospitalizovaných ve FNOL. Do výzkumu jsem nezařadila intenzivní obory, protože veškerá plošnější dotazníková šetření ve FNOL probíhají pouze na standardních pracovištích a dotazníky jsem distribuovala pouze dospělým pacientům. Z celkového počtu 1406 akutních lůžek ve FNOL jsem po odečtení z výzkumu vyřazených oborů získala počet 1035 a dotazník jsem si připravila přibližně pro 10 % hospitalizovaných podle počtu lůžek na jednotlivé kliniky.⁹³ Respondenti měli možnost svobodně na dotazník odpovědět nebo jej odmítnout, případně nevyplňovat otázky, které považovali za zasahující do soukromí.

Dotazník obsahoval celkem 24 položek⁹⁴ a byl určen pacientům hospitalizovaným ve FNOL. První kategorie položek byla zaměřena na obecné informace o respondentovi (položky 1-5), druhá kategorie na zjišťování oblastí duchovních potřeb nemocných (položky 6-15), a poslední kategorie zkoumala zájem nemocných hospitalizovaných ve FNOL o duchovní službu a otázky s duchovní službou související (položky 16-24).

⁹² Srov. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 26-27.

⁹³ Srov. Příloha 6: Schéma distribuce dotazníků pro jednotlivé kliniky FNOL.

⁹⁴ Srov. Příloha 7: Dotazník.

V dotazníku byly použity položky otevřené (1, 4), uzavřené (2, 3, 5, 6, 7, 13, 14, 17, 19, 20, 23) a polouzavřené (8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 21, 22, 24), na některé (8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 21, 24) bylo povoleno uvést více odpovědí eventuelně vlastní názor (23).

1. března 2010 jsem předložila dotazník i schéma distribuce spolu se žádostí o povolení sběru dat ve FNOL manažeru nelékařských zdravotnických oborů Bc. Martinu Šamajovi ke schválení. Povolení ke sběru dat mi bylo uděleno 29. března 2010.⁹⁵ Dotazníky jsem rozdávala během první poloviny dubna na klinikách FNOL dle předem připraveného schématu po předchozí domluvě s vrchními a staničními sestrami daných pracovišť. Na 3 klinikách se mi nabídly zdravotní sestry, že dotazníky pacientům rozdají (celkem rozdaly 22 dotazníků, z toho vráceno bylo 18), na ostatních odděleních nemocnice jsem aktivně obcházela pokoje nemocných a hledala pacienty ochotné k vyplnění dotazníků. Celkem jsem oslovila 296 nemocných. 163 nemocných odmítlo dotazník vyplňovat (v chirurgických oborech 51 mužů a 38 žen, v interních oborech 36 mužů a 38 žen). 38 z nich uvedlo důvod a to nejčastěji nezájem vyplňovat jakýkoli dotazník (22), nezájem o DS (6), obavu ze sekt (3), tělesný nebo smyslový deficit (3) nebo očekávání zákroku případně propuštění domů (3). 12 z těchto nemocných mělo zájem o rozhovor o víře, protože se považovali za věřící. 125 pacientů, kteří odmítli vyplnění dotazníku, důvod neuvedlo. Mezi nimi se mohlo jednat o osoby věřící, o osoby bez vyznání, o ty, kteří odmítli, protože odpovědi považovali za soukromé, nebo jsou jim tyto otázky lhostejné a nezajímají je, případně o ty, kteří využili principu dobrovolnosti a do výzkumu se nezapojili.

Těm, kteří mi vyplnění přislíbili, jsem rozdala 133 dotazníků. Sběr probíhal vždy 2. den po distribuci dotazníků. Vyplněných se jich vrátilo 112 (84 %). Protože v instrukci k vyplňování dotazníku byla povolena možnost nevyjádřit se k otázkám, které by zasahovaly do soukromí, byly do zpracování a analýzy dat zahrnuty i dotazníky neúplně vyplněné. Bylo jich 23 (20 % z navrácených).

⁹⁵ Srov. Příloha 5: Žádost o povolení ke sběru dat ve FNOL.

K analýze dat bylo použito 112 dotazníků. Při evaluaci dat jsem se často zamýšlela nad tím, zda a jakým způsobem posuzovat odpovědi nevyplněné, ale došla jsem k názoru, že i nevyjádření se již je jakýmsi typem výpovědi a jejich počet jsem vyjádřila procentuelně jako u jiných položek. 112 respondentů je, pokud není uvedeno jinak, považován za 100 % a to jak u položek s jednou možnou odpovědí, tak u otázek, ve kterých bylo možno uvést odpovědi více, tedy i pokud počet odpovědí na jednu položku přesahuje 112. Celkový součet relativních četností některých položek pak netvoří vždy 100 %, ale tato varianta posuzování je záměrná, abychom mohli zhodnotit v každé možné odpovědi, kolik respondentů se k ní přiklání.

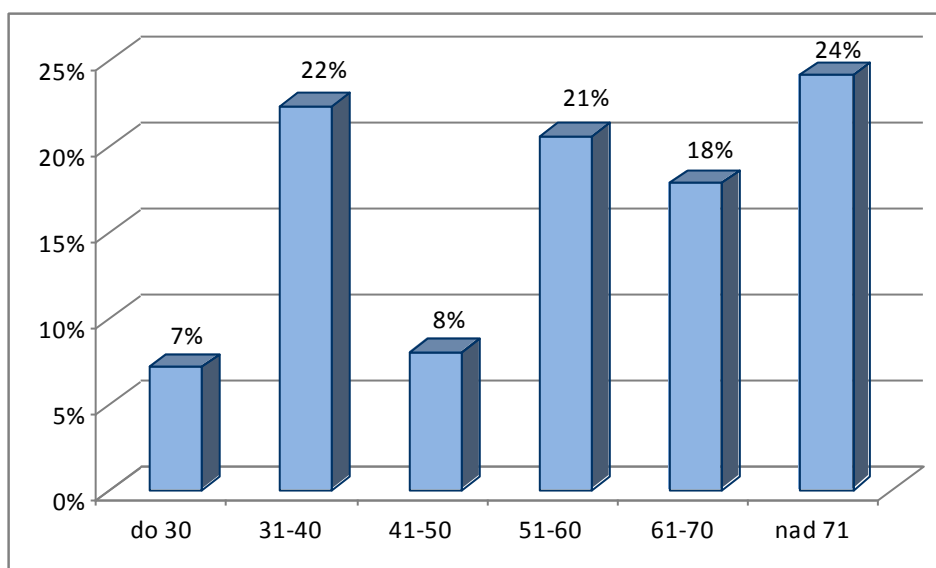
Výsledky šetření jsem zpracovala do tabulek a grafů v programech *Excel* a *Statistica* a vyjádřila pomocí absolutní a relativní četností. *Relativní četnost* f_i byla vypočítána dle vzorce: $f_i = n_i / n$ (kde n_i je *absolutní četnost* a n je *celková četnost*).⁹⁶ Relativní četnost je uváděna v procentech, zaokrouhlených na celé číslo.

⁹⁶ Srov. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*, s. 41.

6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 30	8	7 %
31-40	25	22 %
41-50	9	8 %
51-60	23	21 %
61-70	20	18 %
nad 71	27	24 %
Celkem	112	100 %

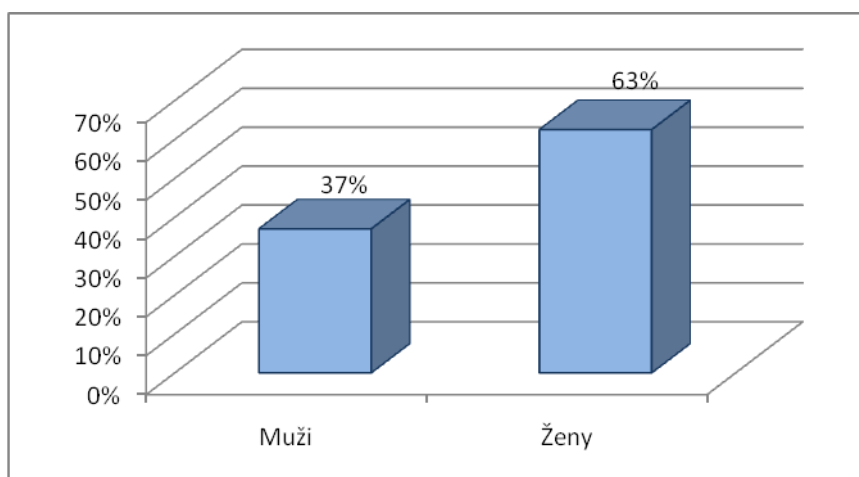


Graf č. 1: Věk respondentů

Ze 112 respondentů (100 %) bylo 8 osob mladších 30 let (7 %), 25 respondentů (22 %) dosahovalo věku 31-40 let, ve věku 41-50 let se nacházelo 9 respondentů (8 %), v 5. decenniu věku 23 pacientů (21 %), 20 respondentů (18 %) bylo ve věku 61-70 let a zbývajících 27 pacientů (24 %) bylo starších 71 let.

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	42	37 %
Ženy	70	63 %
Celkem	112	100 %

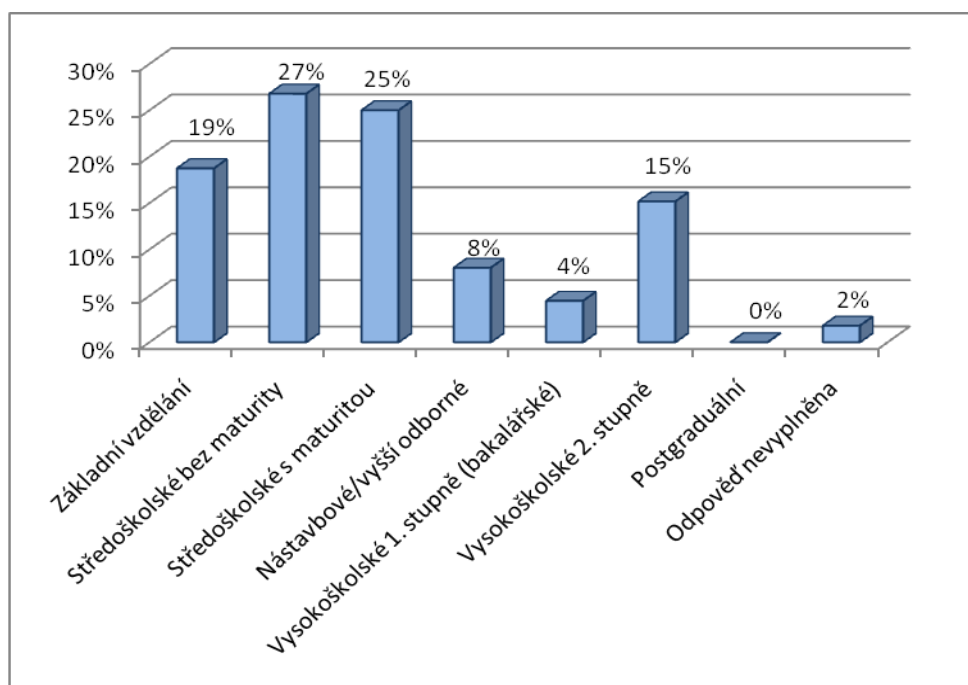


Graf č. 2: Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 112 respondentů (100 %) na dotazník o duchovní službě odpovídalo 42 mužů (37 %) a 70 žen (63 %).

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	21	19 %
Středoškolské bez maturity	30	27 %
Středoškolské s maturitou	28	25 %
Nástavbové/vyšší odborné	9	8 %
Vysokoškolské 1. stupně (bakalářské)	5	4 %
Vysokoškolské 2. stupně	17	15 %
Postgraduální	0	0 %
Odpověď nevyplněna	2	2 %
Celkem	112	100 %



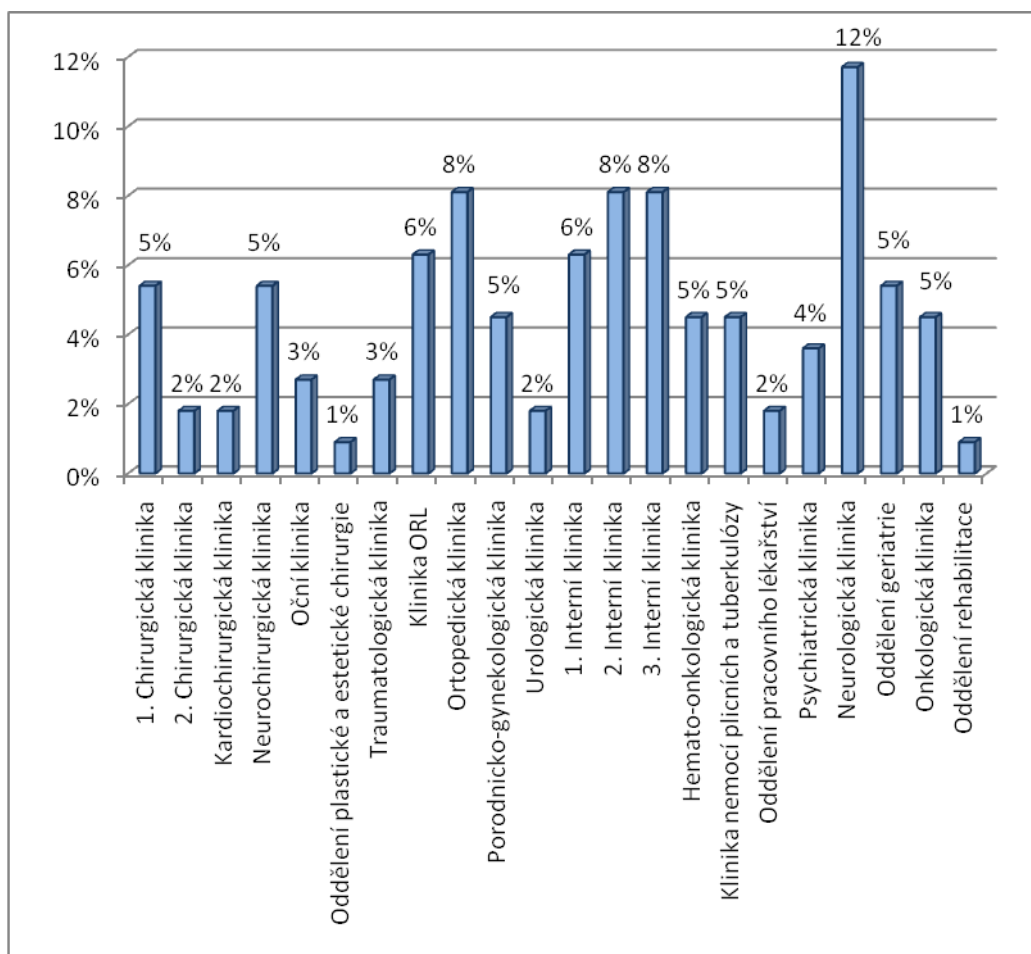
Graf č. 3: Vzdělání respondentů

Z celkového počtu 112 respondentů (100 %) jich 21 (19 %) získalo pouze základní vzdělání, 30 (27 %) jich dosáhlo středoškolského vzdělání bez maturity, 28 (25 %) s maturitou. Nadstavbové nebo vyšší odborné vzdělání uvedlo 9 respondentů (8 %), 5 bylo bakalářů (4 %). 17 osob (15 %) bylo vysokoškolsky vzdělaných na 2. Stupni. Postgraduální vzdělání nevedl žádný z respondentů. Vzdělání vůbec neudali 2 respondenti (2 %).

Metodika sběru dat byla koncipována tak, aby přibližně na 10 lůžek ve FNOL byl rozdán 1 dotazník, tedy aby jej obdrželo asi 10 % hospitalizovaných. Na každou kliniku byl dodán takový počet dotazníků, aby odpovídal našemu záměru. V původním plánu bylo distribuovat dotazníky na 24 pracovišť, ale z dermato-venerologické kliniky a z kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie se nevrátil žádný dotazník, proto byl výzkum proveden pouze na 22 pracovištích FNOL.

Tabulka č. 4: Hospitalizace respondentů na pracovištích FNOL

	Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chirurgické obory	1. Chirurgická klinika	6	5 %
	2. Chirurgická klinika	2	2 %
	Kardiochirurgická klinika	2	2 %
	Neurochirurgická klinika	6	5 %
	Oční klinika	3	3 %
	Oddělení plastické a estetické chirurgie	1	1 %
	Traumatologická klinika	3	3 %
	Klinika ORL	7	6 %
	Ortopedická klinika	9	8 %
	Porodnicko-gynekologická klinika	5	4 %
	Urologická klinika	2	2 %
Interní obory	1. Interní klinika	7	6 %
	2. Interní klinika	9	8 %
	3. Interní klinika	9	8 %
	Hemato-onkologická klinika	5	4 %
	Klinika nemocí plicních a tuberkulózy	5	4 %
	Oddělení pracovního lékařství	2	2 %
	Psychiatrická klinika	4	4 %
	Neurologická klinika	13	12 %
	Oddělení geriatric	6	5 %
	Onkologická klinika	5	4 %
	Oddělení rehabilitace	1	1 %
	Celkem	112	100 %



Graf č. 4: Hospitalizace respondentů na pracovištích FNOL

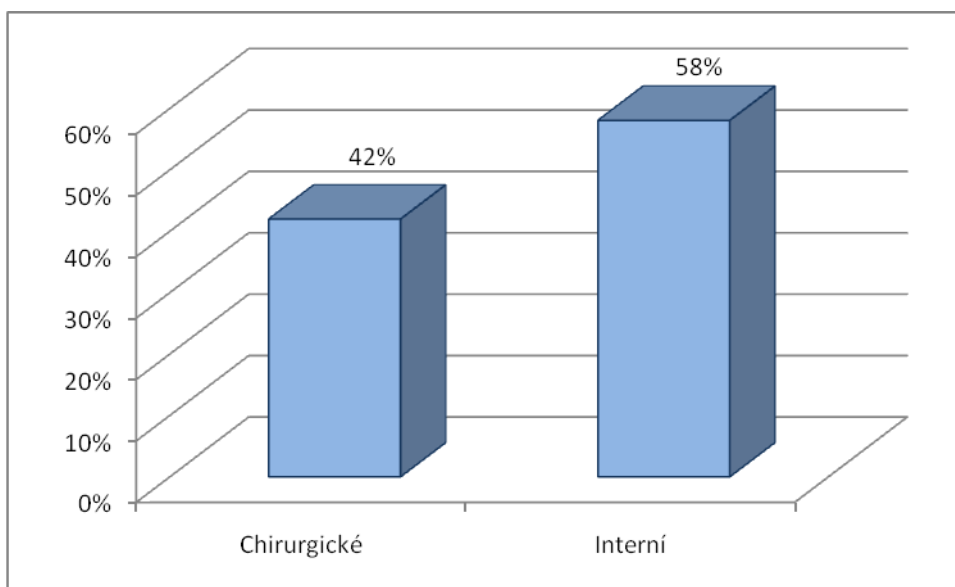
Ze 112 respondentů (100 %) jich bylo hospitalizováno 6 (5 %) na 1. chirurgii (gastroenterochirurgie, hrudní a plicní chirurgie a miniinvazivní chirurgie), 2 (2 %) na 2. chirurgii (transplantační chirurgie, endokrinochirurgie a chirurgie vegetativního nervstva), 2 (2 %) na kardiochirurgii, 6 (5 %) na neurochirurgii, 3 (3 %) na oční klinice, 1 (1 %) na odd. plastické a estetické chirurgie, 3 (3 %) na traumatologii, 7 (6 %) na ORL, 9 (8 %) na ortopedii, 5 (4 %) na porodnicko-gynekologické klinice a 2 (2 %) na urologii. To je celkem 47 (42 %) respondentů hospitalizovaných na chirurgických oborech.

Na interních oborech bylo hospitalizováno zbývajících 65 (58 %) respondentů, a to 7 (6 %) na 1. interně (kardiologie), 9 (8 %) na 2. interně (gastroenterologie, hepatologie a diabetologie) a 9 (8 %) na 3. interně (nefrologie, revmatologie a hematologie), 5 (4 %) na hemato-onkologii, 5 (4 %) na plicním,

2 (2 %) na pracovním lékařství, 4 (4 %) na psychiatrii, 13 (12 %) na neurologii, 6 (5 %) na geriatrii, 5, (4 %) na onkologii, a 1 (1 %) na odd. rehabilitace. Vysoká četnost respondentů z neurologické kliniky je dána tím, že na jednom pokoji tohoto pracoviště je většinou umístěno 8 pacientů a při oslovení pacientů z pouhých dvou pokojů a vysoké ochotě hospitalizovaných odpovídat na dotazníky jsme získali více respondentů, než bylo původně v plánu. Oproti tomu například pro získání 6 geriatrických respondentů muselo být osloveno téměř 50 pacientů.

Tabulka č. 5: Hospitalizace respondentů v chirurgických a interních oborech

Obory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chirurgické	47	42 %
Interní	65	58 %
Celkem	112	100 %

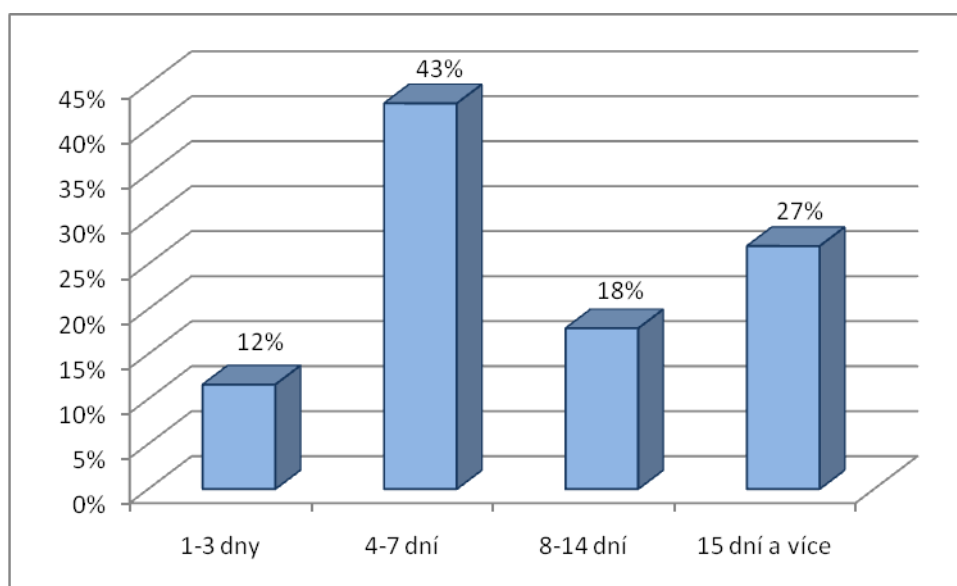


Graf č. 5: Hospitalizace respondentů v chirurgických a interních oborech

Ze 112 respondentů (100 %) jich bylo hospitalizováno 47 (42 %) na pracovištích chirurgických oborů a zbývajících 65 (58 %) respondentů na pracovištích oborů interních.

Tabulka č. 6: Délka hospitalizace

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-3 dny	13	12 %
4-7 dní	48	43 %
8-14 dní	20	18 %
15 dní a více	31	27 %
Celkem	112	100 %

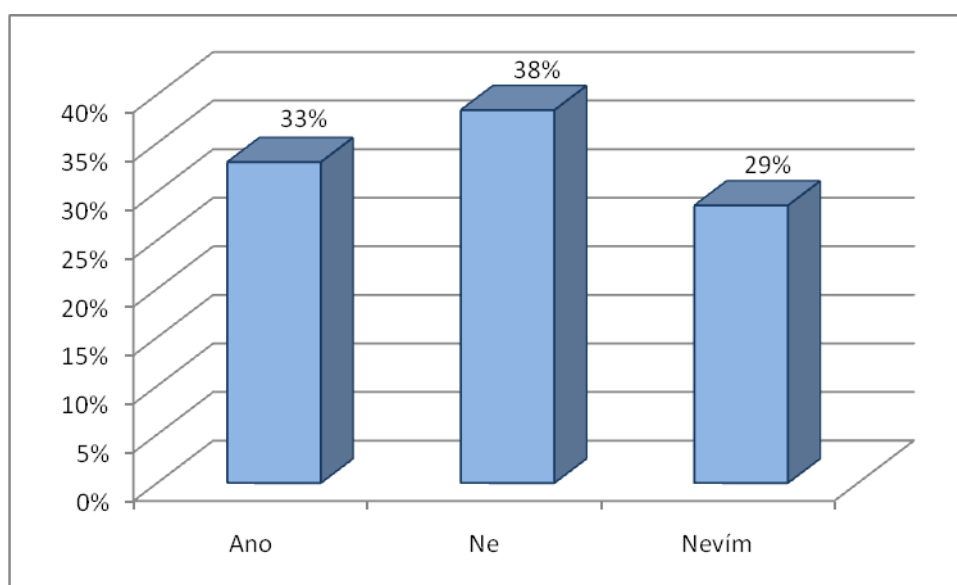


Graf č. 6: Délka hospitalizace

Z celkového počtu 112 respondentů (100 %) jich při vyhodnocování dotazníku bylo hospitalizováno 13 (12 %) do 3 dnů, 48 (43 %) 4-7 dní, 20 (18 %) 8-14 dní a u 31 respondentů (27 %) délka hospitalizace přesáhla 15 dní.

Tabulka č. 7: Závažnost nemoci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	33 %
Ne	43	38 %
Nevím	32	29 %
Celkem	112	100 %

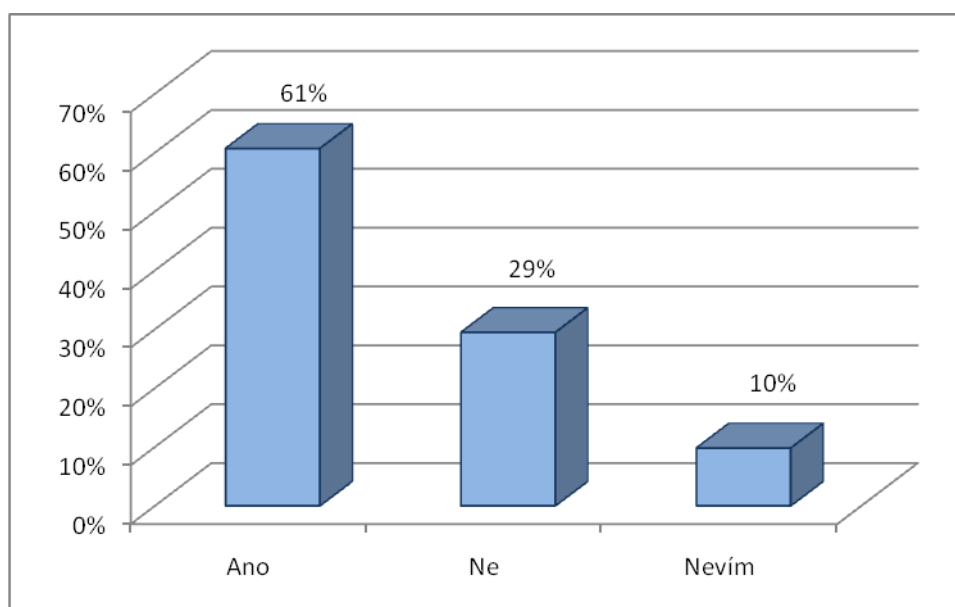


Graf č. 7: Závažnost nemoci

Ze 112 respondentů (100 %) se jich 37 (33 %) považuje za vážně nemocné, 43 nemocných (38 %) svoji nemoc za vážnou nepovažuje a 32 respondentů (29 %) neví, jak vážný je jejich stav. Všechny tři skupiny jsou přibližně stejně početné.

Tabulka č. 8: Vyjádření kladného osobního postoje k víře

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	68	61 %
Ne	33	29 %
Nevím	11	10 %
Celkem	112	100 %

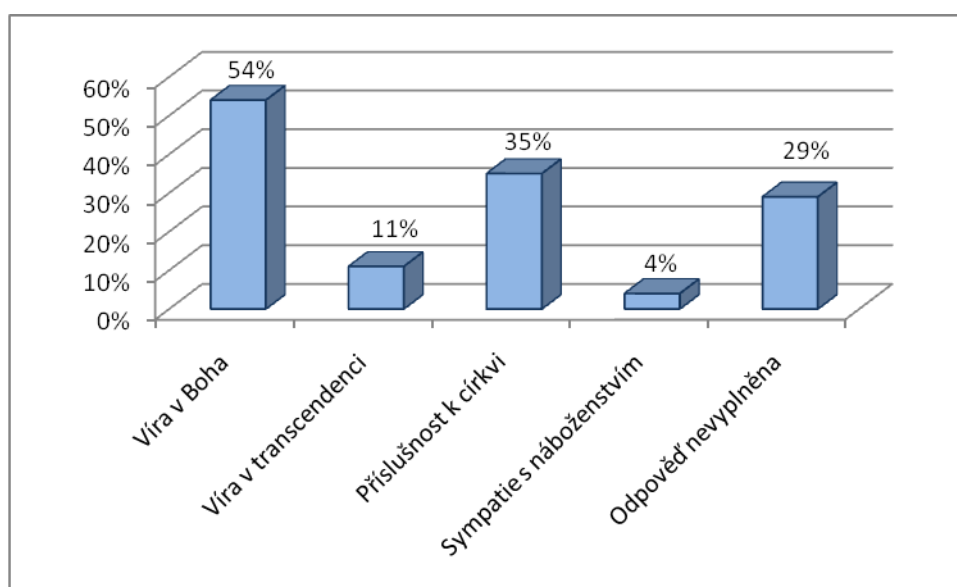


Graf č. 8: Vyjádření kladného osobního postoje k víře

Z celkových 112 dotazovaných (100 %) se 68 respondentů (61 %) považuje za věřící, 33 (29 %) nemá k víře kladný osobní postoj, 11 (10 %) nezaujímá k víře jasné stanovisko.

Tabulka č. 9: Konkrétní projev víry

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Víra v Boha	60	54 %
Víra v transcendenci	12	11 %
Příslušnost k církvi	39	35 %
Sympatie s náboženstvím	5	4 %
Odpověď nevyplněna	33	29 %
Celkem získaných odpovědí	149	---



Graf č. 9: Konkrétní projev víry

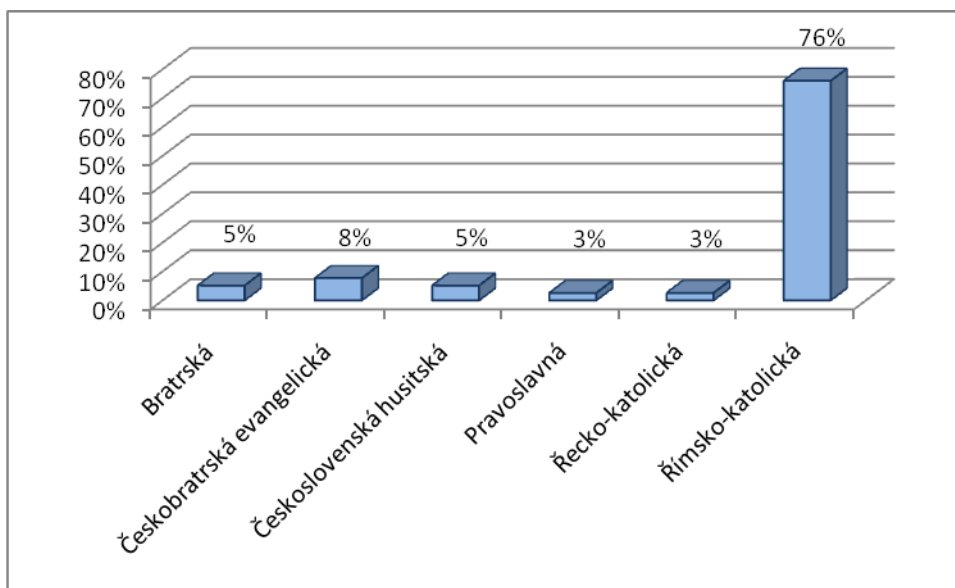
Na otázku po konkrétnější podobě víry měli odpovídat pouze ti, kdo v předchozí otázce vyjádřili svůj kladný osobní postoj k víře. Přesto na ni odpověděli i ti, kteří v otázce víry nemají vyhraněné stanovisko. Mnozí využili možnosti uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí tak dosáhl počtu 149. Toto množství nepřevádíme na procenta, protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí.

Ze 112 respondentů (100 %) na otázku neodpovídalo 33 těch, kteří se považují za nevěřící (29 %). 60 dotázaných uvedlo, že věří v Boha (54 %), 39 respondentů se hlásí k některé křesťanské církvi (35 %), 12 jich věří ve skutečnost, která je přesahuje (11 %) a sympatii s některým náboženstvím přiznává 5 respondentů (4 %).

Následující dvě tabulky (č. 10 a 11) a dva grafy (č. 10 a 11) budou podrobněji analyzovat informace získané z odpovědí k položce dotazující se na konkrétní projevy víry zapsané v tabulce č. 9 a grafu č. 9. Za 100 % budeme považovat všechny ty, kteří vyjádřili svou příslušnost k církvi nebo sympatii k náboženství.

Tabulka č. 10: Příslušnost ke křesťanské církvi

Církev	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bratrská	2	5 %
Českobratrská evangelická	3	8 %
Československá husitská	2	5 %
Pravoslavná	1	3 %
Řecko-katolická	1	3 %
Římsko-katolická	30	76 %
Celkem	39	100 %

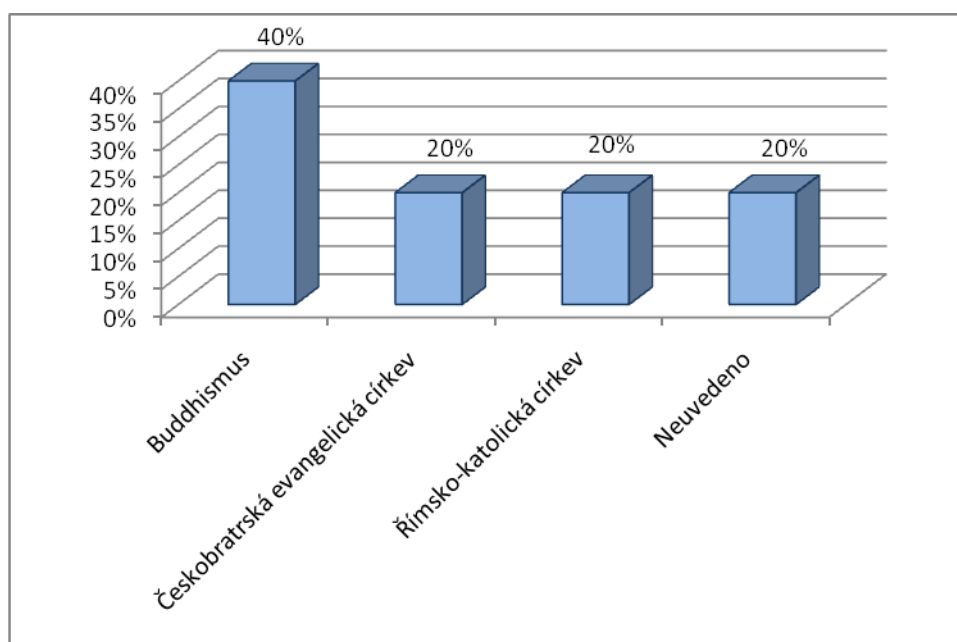


Graf č. 10: Příslušnost ke křesťanské církvi

Z 39 respondentů (100 %), kteří se přihlásili ke křesťanské víře, se většina tj. 30 křesťanů (76 %) hlásí k Římsko-katolické církvi, 3 (8 %) k církvi Českobratrské evangelické, po 2 členech (à 5 %) mají církve Československá husitská a Bratrská, jeden respondent je Řecko-katolík (3 %) a jeden Pravoslavný (3 %).

Tabulka č. 11: Sympatie s některým náboženstvím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Buddhismus	2	40 %
Českobratrská evangelická církev	1	20 %
Římsko-katolická církev	1	20 %
Neuvedeno	1	20 %
Celkem	5	100 %

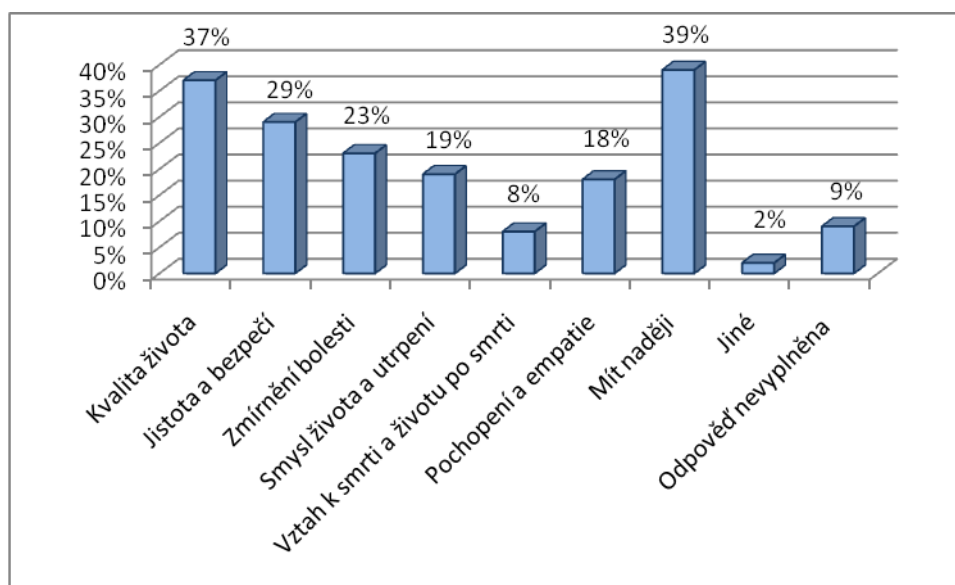


Graf č. 11: Sympatie s některým náboženstvím

K sympatii s některým náboženstvím se přiznalo 5 respondentů (100 %). Dvěma z nich je blízký buddhismus (40 %), jednomu Českobratrská evangelická církev (20 %) a jednomu Římsko-katolická církev (20 %). Jeden neupřesnil svoji sympatii konkrétně (20 %).

Tabulka č. 12: Duchovní otázky spojené se zdravotním stavem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kvalita života	41	37 %
Jistota a bezpečí	32	29 %
Zmírnění bolesti	26	23 %
Smysl života a utrpení	21	19 %
Vztah k smrti a životu po smrti	9	8 %
Pochopení a empatie	20	18 %
Mít naději	44	39 %
Jiné	2	2 %
Odpověď nevyplněna	10	9 %
Celkem získaných odpovědí	205	---



Graf č. 12: Duchovní otázky spojené se zdravotním stavem

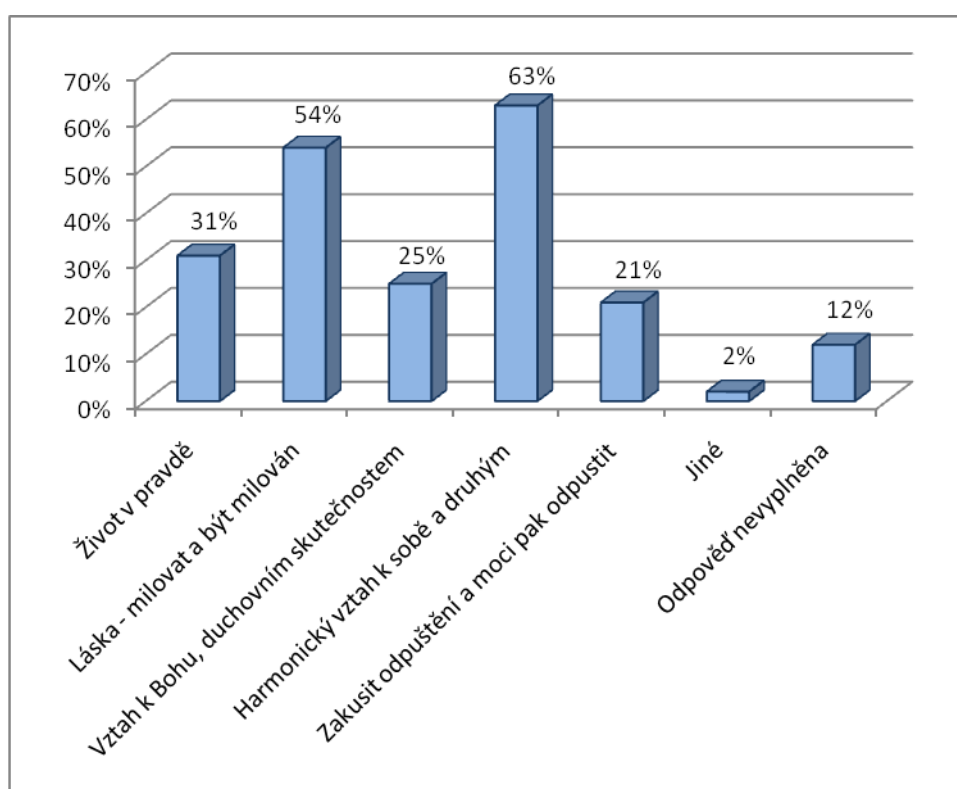
V této otázce opět bylo možné uvést více odpovědí, celkový počet jich tak dosáhl 205. Toto množství nepřevádíme na procenta, protože při hodnocení budeme opět vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí.

Ze 112 dotazovaných (100 %) využilo 10 respondentů (9 %) možnosti neodpovídat. Nejčastější duchovní otázkou spojenou se zdravotním stavem je potřeba mít naději, jak uvedlo 44 respondentů (39 %), v žebříčku ji následuje požadavek

na kvalitu života přiznaný 41 respondenty (37 %), jistotu a bezpečí hledá 32 dotázaných (29 %), zmírnit bolest potřebuje 26 nemocných (23 %), po smyslu života a utrpení se ptá 21 dotazovaných (19 %), pochopení a empatii čeká 20 pacientů (18 %), nad vztahem k smrti a životu po smrti se zamýšlí 9 respondentů (8 %) a 2 dotázaní (2 %) uvedli ještě jinou možnost. Vzhledem k jejich nevýznamnému počtu, nebudeme tuto variantu dále zpracovávat.

Tabulka č. 13: Další důležité duchovní otázky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Život v pravdě	35	31 %
Láska - milovat a být milován	60	54 %
Vztah k Bohu, duchovním skutečnostem	28	25 %
Harmonický vztah k sobě a druhým	70	63 %
Zakusit odpuštění a moci pak odpustit	23	21 %
Jiné	2	2 %
Odpověď nevyplněna	13	12 %
Celkem získaných odpovědí	231	---



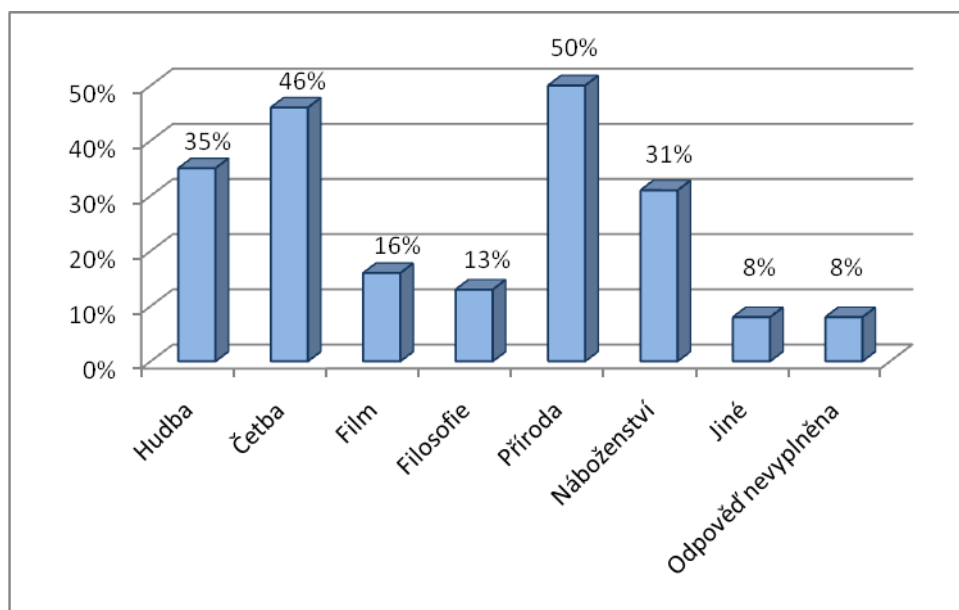
Graf č. 13: Další důležité duchovní otázky

V této položce, zkoumající další důležité duchovní otázky, mohli dotazovaní vybrat více odpovědí, získali jsme jich tedy 231. Toto množství nepřevádíme na procenta, protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí.

Možnosti vyjádřit se k dalším důležitým otázkám, tentokrát ne s přímým vztahem ke zdravotnímu stavu, nevyužilo 13 (12 %) z celkového počtu 112 respondentů (100 %). Jednoznačně za nejdůležitější je považován harmonický vztah k sobě a k druhým, jak uvedlo 70 dotázaných (63 %), milovat a být milován pokládá za podstatné 60 respondentů (54 %), život v pravdě je významný pro 35 pacientů (31 %), vztah k Bohu a duchovním skutečnostem uvádí 28 respondentů (25 %), možnost zakusit odpuštění a moci pak odpustit vybralo 23 nemocných (21 %) a pro 2 (2 %) je podstatné ještě něco jiného. Jinou možnost opět nebudeme vzhledem k zanedbatelnému počtu analyzovat podrobněji.

Tabulka č. 14: Způsob reakce na duchovní otázky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hudba	39	35 %
Četba	51	46 %
Film	18	16 %
Filosofie	14	13 %
Příroda	56	50 %
Náboženství	35	31 %
Jiné	9	8 %
Odpověď nevyplněna	9	8 %
Celkem získaných odpovědí	231	---



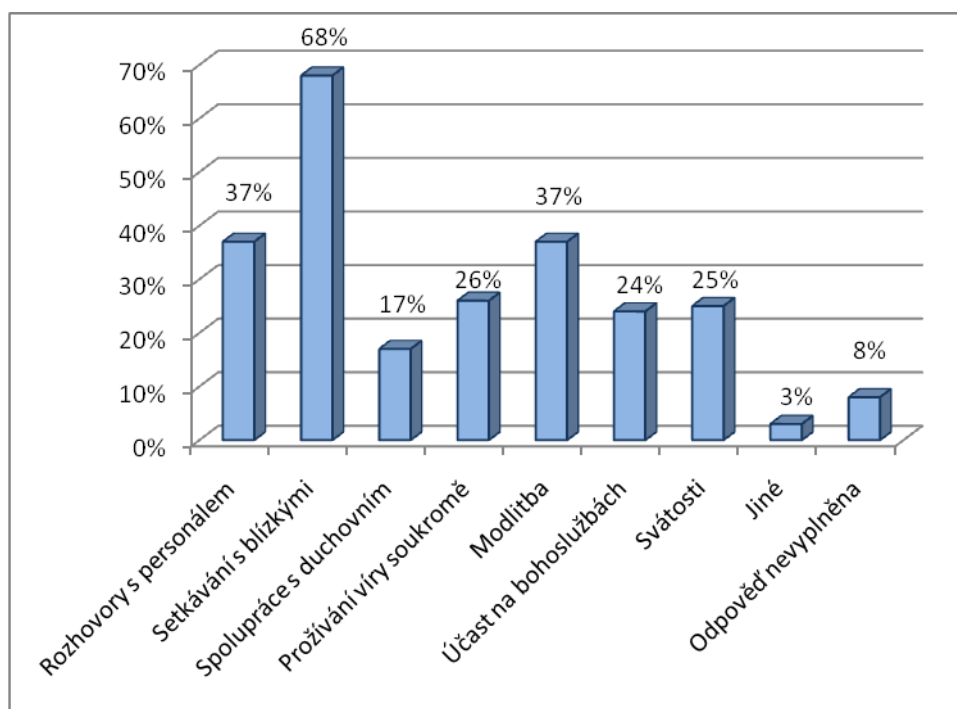
Graf č. 14: Způsob reakce na duchovní otázky

V položce, která zjišťuje způsob reakce na duchovní otázky, bylo opět možno uvést více odpovědí, získali jsme jich tak 231. Toto množství nepřevádíme na procenta, protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, ne z počtu získaných odpovědí.

Nevyjádřilo se 9 (8 %) z celkového počtu 112 respondentů (100 %). Polovina tj. 56 respondentů (50 %) na své duchovní otázky reaguje pobytem v přírodě, 51 (46 %) četbou, 39 (35 %) poslechem hudby, pro 35 dotazovaných (31 %) je důležitá rovněž náboženská reakce, 18 respondentů (16 %) se podívá na film a 14 (13 %) jich hledá odpovědi ve filosofii. 9 respondentů (8 %) uvádí ještě jinou možnost, a to setkávání a komunikaci s lidmi (3 %), péči o druhé (2 %) a tvůrčí činnost, pravdu, komunikaci s Bohem a evangelizační činnost (cca à 1 %).

Tabulka č. 15: Další významné aspekty v zájmu o duchovní otázky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhovory se zdravotním personálem	41	37 %
Setkávání s blízkými	76	68 %
Spolupráce s duchovním	19	17 %
Prožívání víry soukromě	29	26 %
Modlitba	41	37 %
Účast na bohoslužbách	27	24 %
Svátosti	28	25 %
Jiné	3	3 %
Odpověď nevyplněna	9	8 %
Celkem získaných odpovědí	273	---



Graf č. 15: Další významné aspekty v zájmu o duchovní otázky

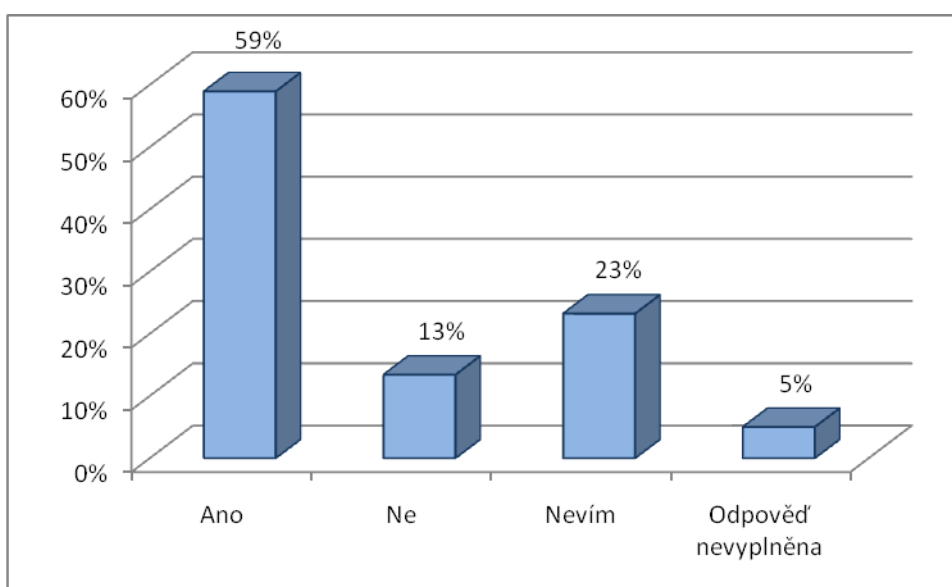
V průzkumu zájmu o další významné duchovní aspekty mohli respondenti opět uvádět více možností, celkem jich bylo dosaženo 273. Toto množství

nepřevádíme na procenta, protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí.

Z celkového počtu 112 respondentů (100 %) jich neodpovědělo 9 (8 %). Jednoznačnou prioritu v důležitosti duchovní péče zastává setkávání s blízkými, jak uvedlo 76 pacientů (68 %). Pro pacienty jsou stejně podstatné rozhovory se zdravotním personálem, jako modlitba, neboť každou z obou zmíněných položek vyplnilo 41 respondentů (37 %). Soukromě chce i v nemocnici prožívat víru 29 pacientů (26 %), přijímat svátosti 28 dotázaných (25 %) a účastnit se bohoslužeb 27 respondentů (24 %). Spolupráce s duchovním je významná pro 19 dotázaných (17 %) a 3 (3 %) mají ještě jiné duchovní zájmy, které vzhledem k jejich nízkému procentu nebudeme analyzovat.

Tabulka č. 16: Vliv uspokojování duchovních potřeb na uzdravování

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	66	59 %
Ne	15	13 %
Nevím	26	23 %
Odpověď nevyplněna	5	5 %
Celkem	112	100%

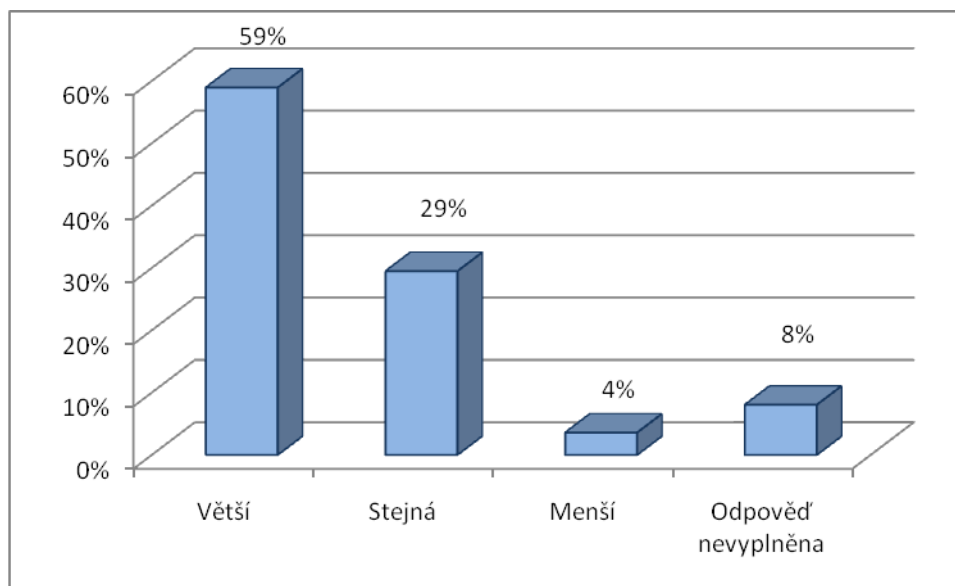


Graf č. 16: Vliv uspokojování duchovních potřeb na uzdravování

Ze 112 (100 %) respondentů se 66 nemocných (59 %) přiklání k názoru, že uspokojování duchovních potřeb má vliv na proces uzdravování. Pouze 15 respondentů (13 %) si myslí, že uspokojování duchovních potřeb nemá s jejich zdravotním stavem nic společného, 26 pacientů (23 %) neví, zda tyto dvě skutečnosti souvisí, a 5 respondentů (5 %) tuto otázku nechalo bez odpovědi.

Tabulka č. 17: Potřeba duchovní péče v nemoci ve srovnání s potřebností duchovní péče ve zdraví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Větší	66	59 %
Stejná	33	29 %
Menší	4	4 %
Odpověď nevyplněna	9	8 %
Celkem	112	100 %

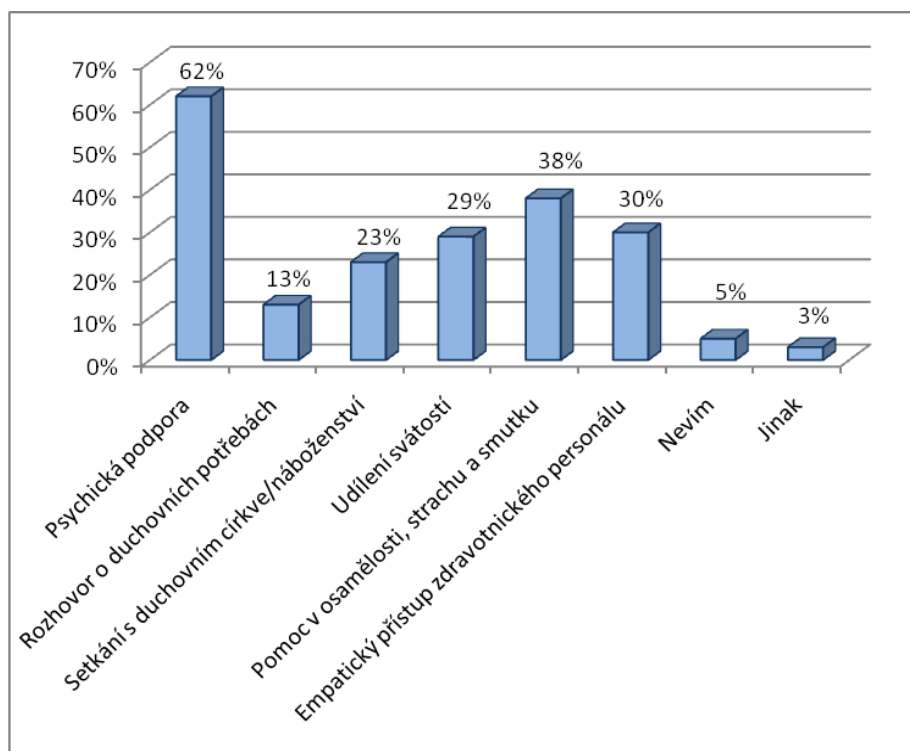


Graf č. 17: Potřeba duchovní péče v nemoci ve srovnání s potřebností duchovní péče ve zdraví

Na otázku, zda je potřeba duchovní péče jiná v nemoci než ve zdraví, odpovědělo z celkového počtu 112 respondentů (100 %) pouze 103 pacientů (92 %). Názor, že potřeba duchovní péče je v nemoci větší než ve zdraví, zastává 66 respondentů (59 %), 33 nemocných (29 %) se domnívá, že potřeba je stejná a pouze 4 respondenti (4 %) mají potřebu duchovní péče v nemoci menší.

Tabulka č. 18: Představy o obsahu duchovní péče

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psychická podpora	69	62 %
Rozhovor o duchovních potřebách	15	13 %
Setkání s duchovním církve/náboženství	26	23 %
Udílení svátostí	32	29 %
Pomoc v osamělosti, strachu a smutku	42	38 %
Empatický přístup zdravotnického personálu	34	30 %
Nevím	6	5 %
Jinak	3	3 %
Celkem	227	---



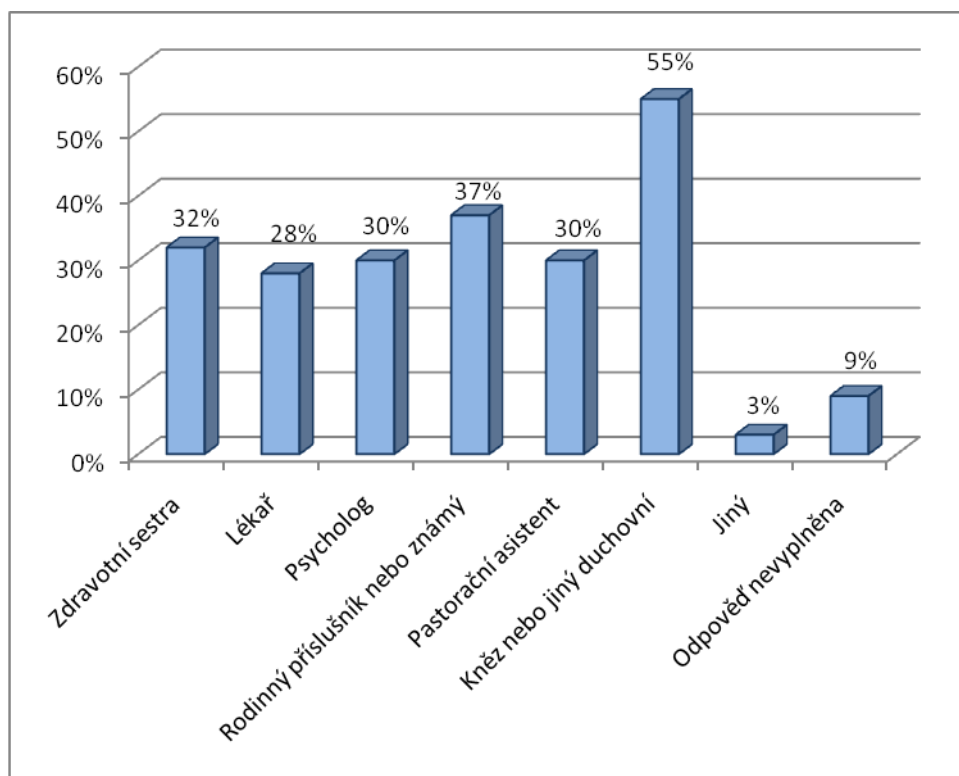
Graf č. 18: Představy o obsahu duchovní péče

Ve vztahu k představám o duchovní péči bylo opět možno uvést více odpovědí. Celkem se jich od 112 respondentů (100 %) shromáždilo 227. Toto množství nepřevádíme na procenta, protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí.

Podle výsledku průzkumu nemocní nejvíce vyhledávají psychickou podporu, jak uvedlo 69 respondentů (62 %), 42 si přeje pomoc v osamělosti, strachu a smutku (38 %), přibližně stejně důležitý je pro ně empatický přístup zdravotnického personálu, jak popsalo 34 nemocných (30 %) a udílení svátostí, což zmiňuje 32 (29 %) dotazovaných. 26 respondentů (23 %) si představuje jako součást duchovní péče setkání s duchovním, 15 rozhovor o duchovních potřebách (13 %) a 6 respondentů (5 %) neví, jak si má duchovní péči představit. Tři respondenti mají ještě jiný návrh (3 %), ale vzhledem k zanedbatelnému množství těchto představ je nebudeme dále zkoumat.

Tabulka č. 19: Poskytovatelé duchovní péče

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní sestra	36	32 %
Lékař	31	28 %
Psycholog	33	30 %
Rodinný příslušník nebo známý	41	37 %
Pastorační asistent	33	30 %
Kněz nebo jiný duchovní	61	55 %
Jiný	3	3 %
Odpověď nevyplněna	10	9 %
Celkem získaných odpovědí	248	---



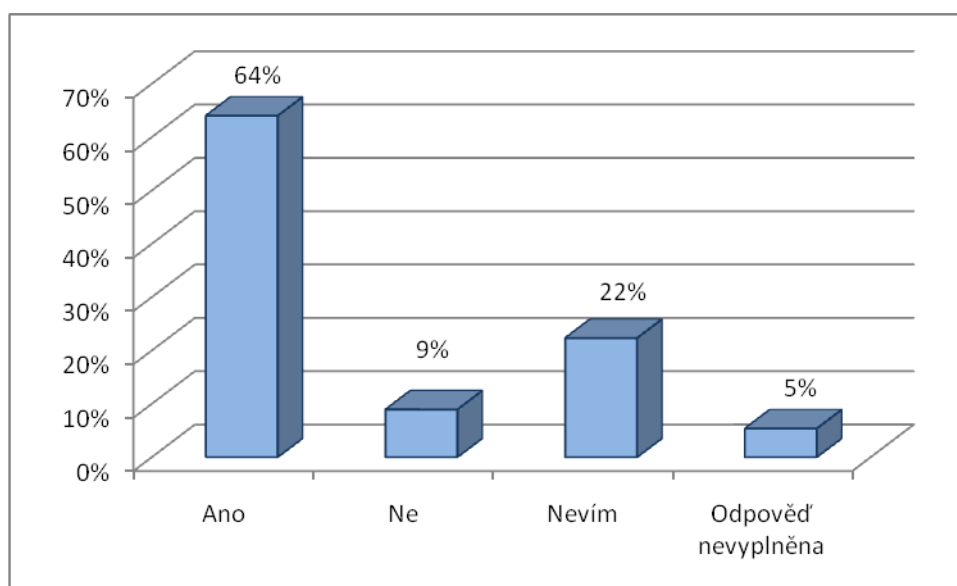
Graf č. 19: Poskytovatelé duchovní péče

V položce, která pojednává o poskytovatelích duchovní péče, měli respondenti z nabídnutých možností vybrat všechny ty, které považují za vhodné. Celkem se od 112 respondentů (100 %) sešlo 248 možných odpovědí. Nepřevádíme je na procenta, protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, ne z počtu získaných odpovědí.

61 respondentů (55 %) si myslí, že pro poskytování duchovní služby je nejvhodnějším profesionálem kněz nebo jiný duchovní, 41 dotázaných (37 %) považuje za možné poskytovatele své příbuzné nebo známé, 36 respondentů (32 %) uvádí zdravotní sestru, na stejné pozici se nachází pastorační asistent a psycholog s počty po 33 hlasech (à 30 %), a 31 respondentů (28 %) by svěřilo péči o své duchovní potřeby lékařům. Jinou možnost navrhuje 3 respondenti (3 %) a odpověď zůstala v 10 dotaznících (9 %) nevyplněna.

Tabulka č. 20: Poskytování duchovní služby mimo návštěvní hodiny

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	71	64 %
Ne	10	9 %
Nevím	25	22 %
Odpověď nevyplněna	6	5 %
Celkem	112	100 %

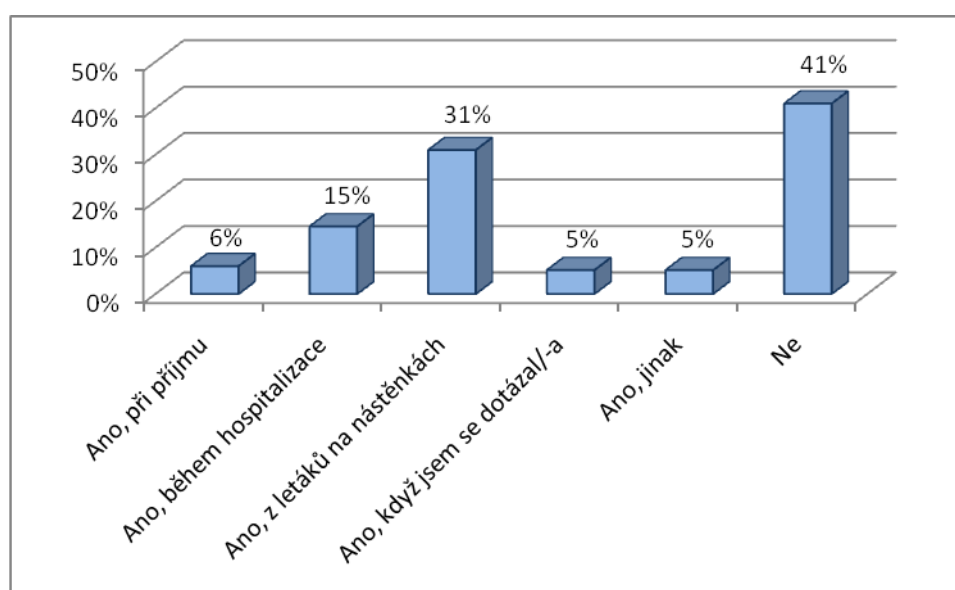


Graf č. 20: Poskytování duchovní služby mimo návštěvní hodiny

Co se týče průzkumu názorů na poskytování duchovní služby kdykoli, i mimo návštěvní hodiny, vyjadřuje se 71 respondentů (64 %) jasně pro tuto možnost, vykonávání duchovní služby mimo dobu návštěv si nepřeje 10 respondentů (9 %) a nejednoznačně se k tématu staví 25 respondentů (22 %). Z plného počtu 112 dotazníků (100 %) jich zůstalo v této položce 6 nevyplněno (5 %).

Tabulka č. 21: Informovanost o možnosti duchovní služby

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, při příjmu	7	6 %
Ano, během hospitalizace	17	15 %
Ano, z letáků na nástěnkách	35	31 %
Ano, když jsem se dotázal/-a	6	5 %
Ano, jinak	6	5 %
Ne	46	41 %
Celkem získaných odpovědí	117	---



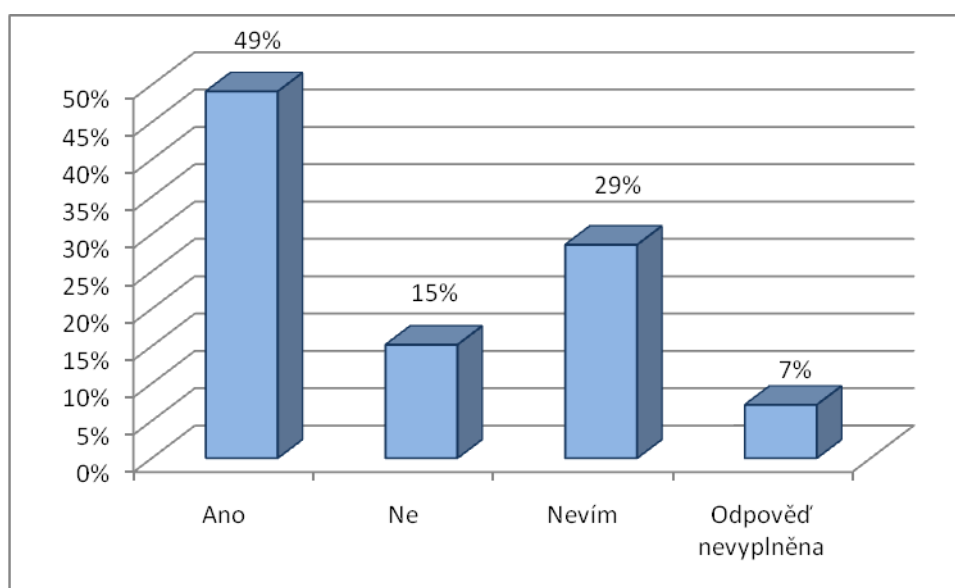
Graf č. 21: Informovanost o možnosti duchovní služby

Zda jsou nemocní o možnosti duchovní služby informováni a odkud informace dostali, bylo zkoumáno v položce, na kterou opět bylo možno uvést více odpovědí. Ze dvou zdrojů bylo informováno 5 respondentů (4 %) a tak celkový počet odpovědí dosáhl 117. Toto množství nepřevádíme na procenta, protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí.

Z celkového počtu 112 respondentů (100 %) největší skupinu tvoří 46 těch, kteří informováni vůbec nebyli (41 %). Z těch, kteří o možnosti duchovní služby vědí, jich 35 (31 %) své informace získalo z letáků na nástěnkách oddělení, 17 (15 %) dotazovaných vypovídá o tom, že informace bylo možné získat během hospitalizace, 7 (6%) při příjmu, 6 (5 %) na dotázání a 6 (5 %) ještě jiným způsobem.

Tabulka č. 22: Zájem o více informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	55	49 %
Ne	17	15 %
Nevím	32	29 %
Odpověď nevyplněna	8	7 %
Celkem	112	100 %

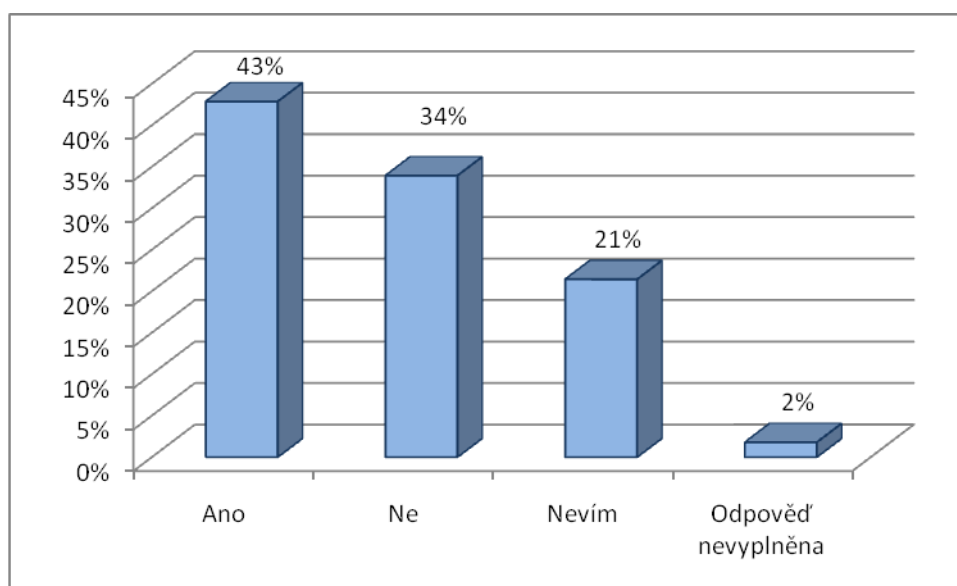


Graf č. 22: Zájem o více informací

Zájem o více informací o duchovní službě projevilo 55 respondentů (49 %) z celkového počtu 112 (100 %). 17 respondentů o informace zájem nemá (15 %), 32 nemocných neví (29 %) a 8 respondentů (7 %) opět využilo možnosti na otázku neodpovídat.

Tabulka č. 23: Zájem o duchovní službu

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	48	43 %
Ne	38	34 %
Nevím	24	21 %
Odpo věď nevyplněna	2	2 %
Celkem	112	100 %

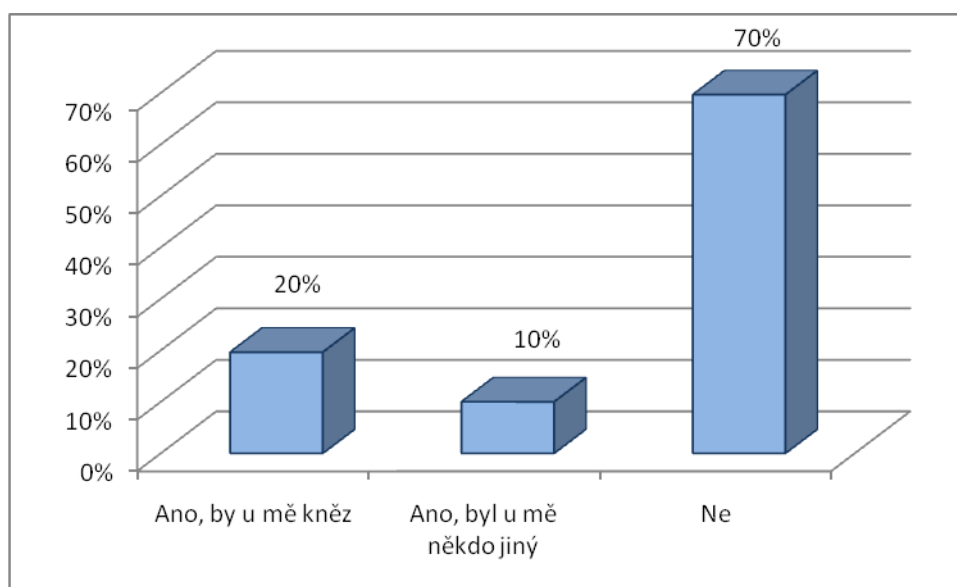


Graf č. 23: Zájem o duchovní službu

Zájem o duchovní službu má 48 (43 %) z celkového počtu 112 (100 %) respondentů, nezájem je jasný u 38 respondentů (34 %), 24 pacientů neví (21 %) a 2 nemocní (2 %) položku nechali nevyplněnou.

Tabulka č. 24: Využití duchovní služby v minulosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, by u mě kněz	22	20 %
Ano, byl u mě někdo jiný	12	10 %
Ne	78	70 %
Celkem	112	100 %

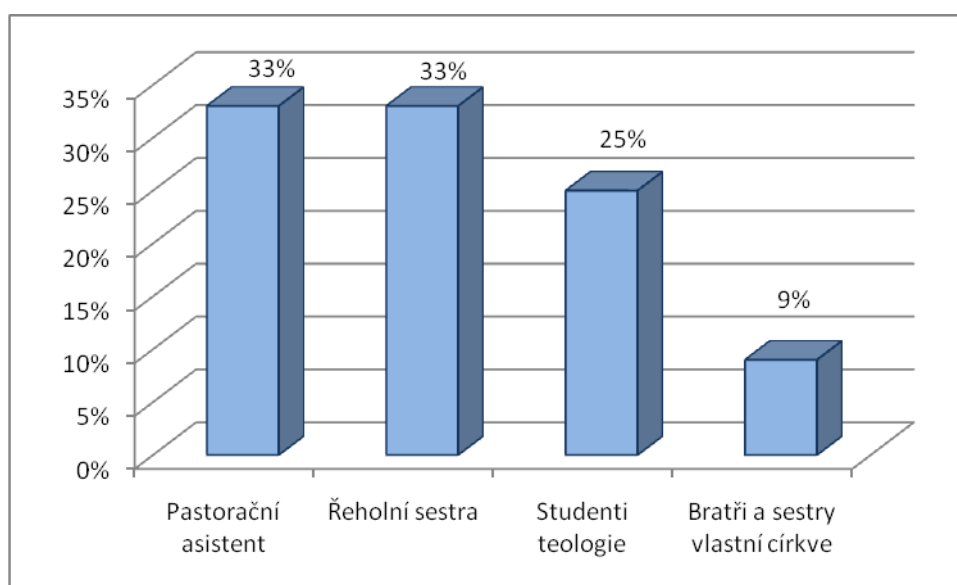


Graf č. 24: Využití duchovní služby v minulosti

Ze 112 respondentů (100 %) jich 78 (70 %) nikdy v minulosti duchovní službu nevyužilo, zbývajících 30 % ano. 22 respondentů (20 %) navštívil kněz, ke 12 nemocným (10 %) přišel duchovní službu poskytnout někdo jiný. Vzhledem k vysokému procentu těchto jiných poskytovatelů duchovní služby uvádíme podrobnější informace v následující tabulce č. 23 a grafu č. 23. S výsledky zjištěnými v položce o využití duchovní služby v minulosti (tabulka a graf č. 24) pracujeme nadále i v tabulce a grafu č. 26, které znázorňují, kdo nemocným duchovní službu zprostředkoval.

Tabulka č. 25: Jiní poskytovatelé duchovní služby mimo kněze

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pastorační asistent	4	33%
Řeholní sestra	4	33%
Studenti teologie	3	25%
Bratři a sestry vlastní církve	1	9%
Celkem	12	100%

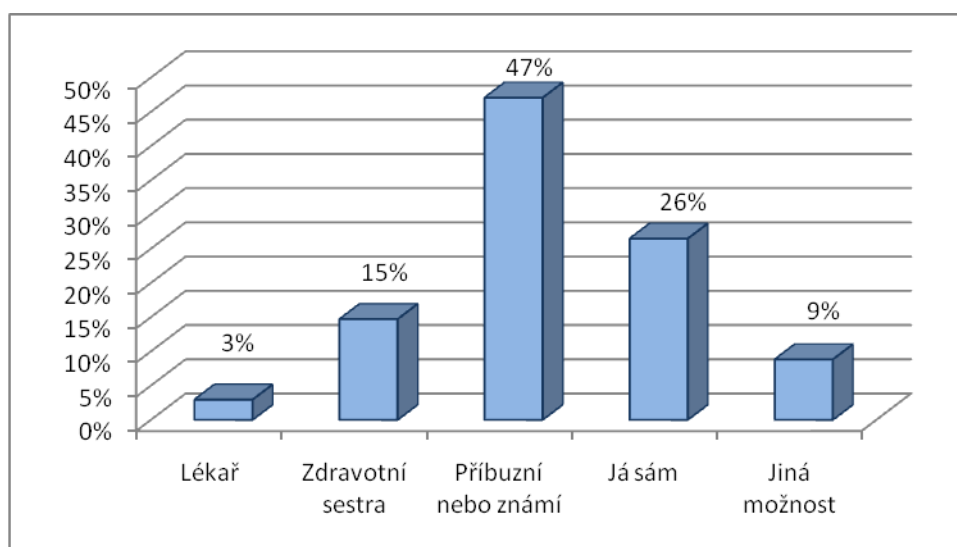


Graf č. 25: Jiní poskytovatelé duchovní služby mimo kněze

V tabulce a grafu č. 25 pracujeme s výsledky uvedenými v tabulce a grafu č. 24. Všech 12 respondentů (100 %), kteří v předchozí položce uvedli jiné poskytovatele duchovní služby, se vyjádřilo podrobněji. Pastorační asistentka poskytla duchovní službu 4 z nich (33 %), stejnému počtu pak řeholní sestra, 3 respondenty (25 %) navštívili studenti teologie a jednomu dotázanému (9 %) poskytli duchovní službu věřící z církevního společenství, které dříve navštěvoval.

Tabulka č. 26: Zprostředkovatel využité duchovní služby

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	1	3 %
Zdravotní sestra	5	15 %
Příbuzní nebo známí	16	47 %
Já sám	9	26 %
Jiná možnost	3	9 %
Celkem	34	100 %

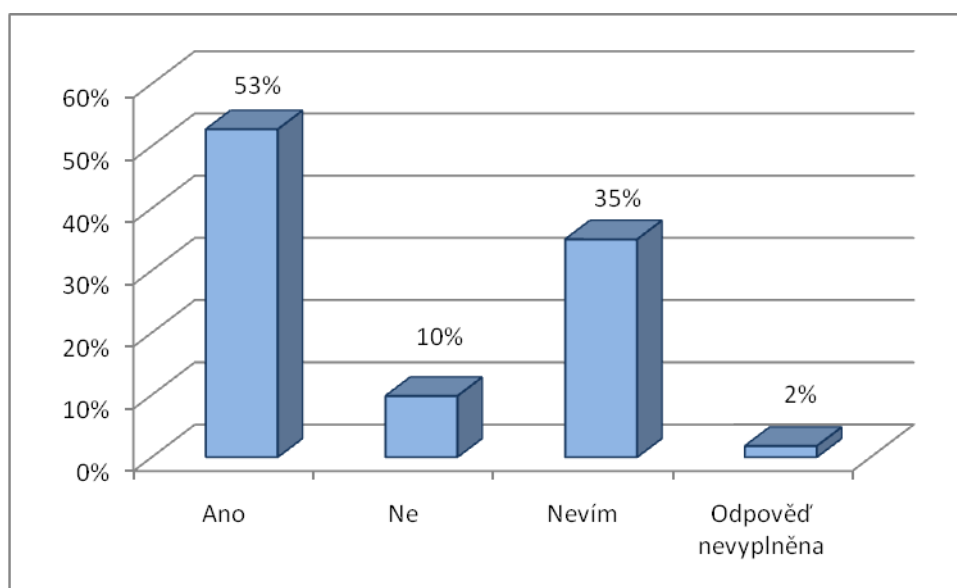


Graf č. 26: Zprostředkovatel využité duchovní služby

Všech 34 respondentů (100 %), kteří mají osobní zkušenost s duchovní službou, odpovědělo také na otázku o jejím konkrétním zprostředkovateli. Jako nejčastější prostředníky uvedlo 16 respondentů příbuzné nebo známé (47 %), 9 nemocných (26 %) si duchovní službu zařídilo osobně, zdravotní sestra ji zprostředkovala 5 krát (15 %), jedenkrát lékař (3 %) a 3 pacienti uvedli jinou možnost (9 %), a to, že poskytovatel duchovní služby je sám oslovil s nabídkou této služby.

Tabulka č. 27: Zájem o návštěvu nemocniční kaple

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	59	53 %
Ne	11	10 %
Nevím	40	35 %
Odpověď nevyplněna	2	2 %
Celkem	112	100 %

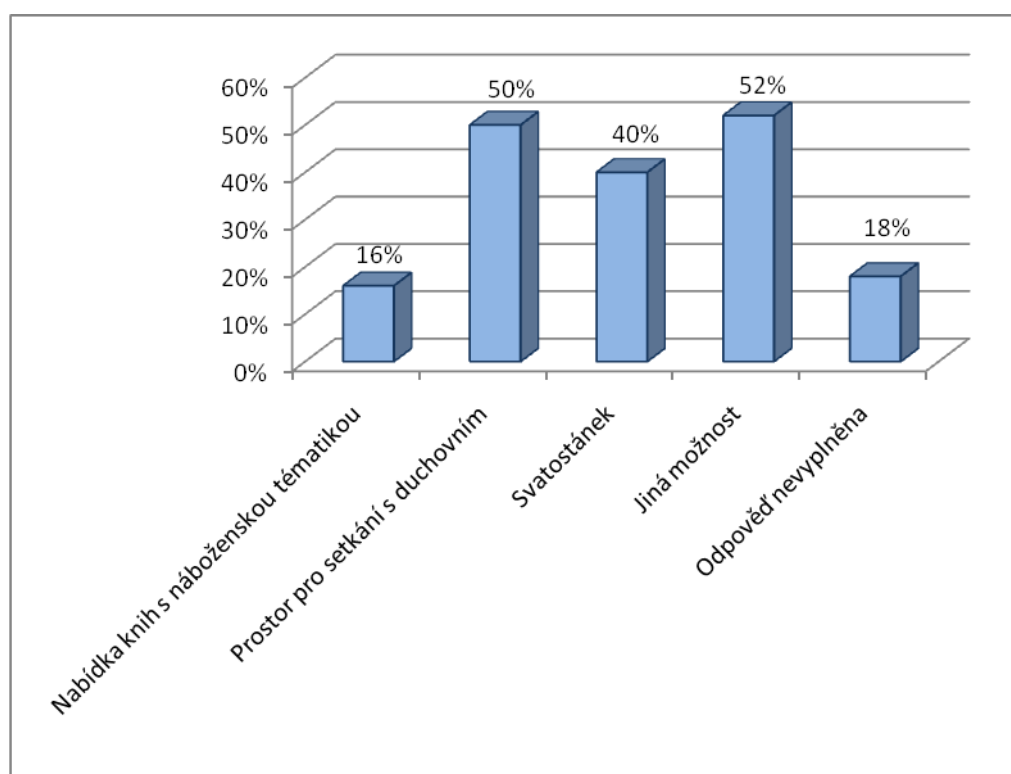


Graf č. 27: Zájem o návštěvu nemocniční kaple

Z celkového počtu 112 respondentů (100 %) by jich 59 (53 %) uvítalo možnost, aby byla v nemocnici stále přístupná nemocniční kaple, 40 nemocných neví (35 %) a jen 11 respondentů (10 %) takovou možnost neuvítá. Dva respondenti (2 %) na tuto otázku nezodpověděli.

Tabulka č. 28: Názory na využití kaple

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nabídka knih s náboženskou tematikou	18	16 %
Prostor pro setkání s duchovním	56	50 %
Svatostánek	45	40 %
Jiná možnost	58	52 %
Odpověď nevyplněna	20	18 %
Celkem získaných odpovědí	197	---



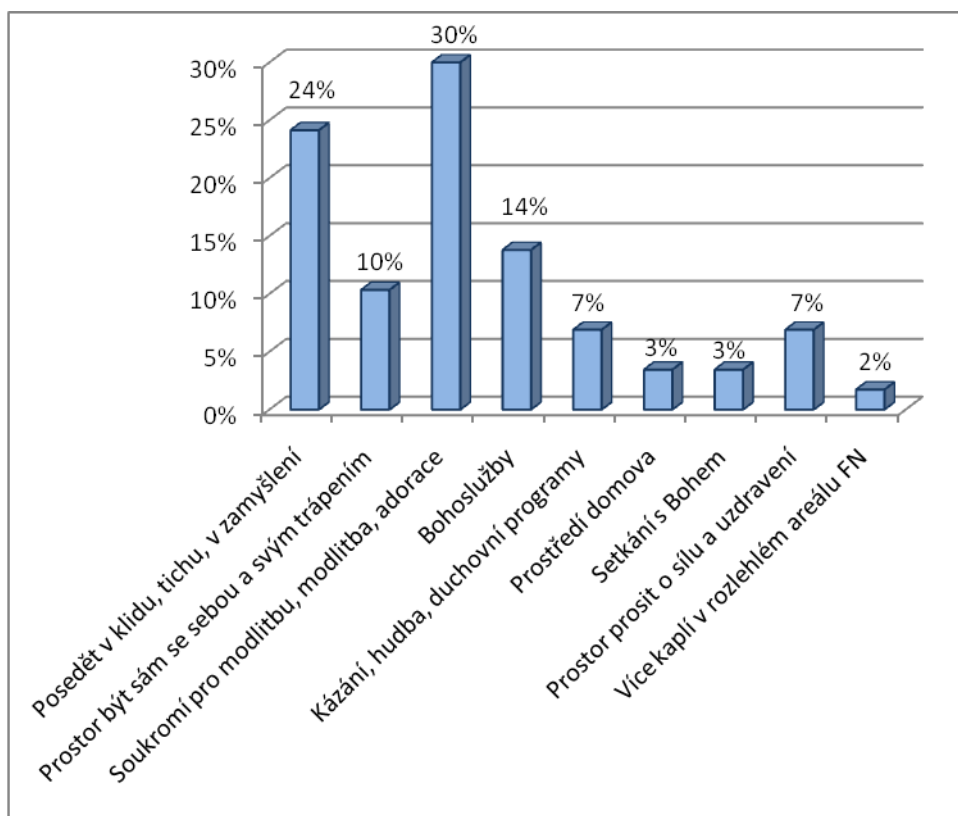
Graf č. 28: Názory na využití kaple

O využití kaple nebo prostoru pro modlitbu jsme získali od 112 respondentů (100 %) celkem 166 názorů. Toto množství nepřevádíme na procenta a budeme vycházet z celkového počtu respondentů. Odpověď nevyplnilo 20 respondentů (18 %), 56 pacientů (50 %) se domnívá, že by kaple měla být prostorem pro setkání s duchovním, 45 dotázaných (40 %) by v kapli chtělo mít svatostánek, 18 (16 %) by jich zde rádo našlo knihy s náboženskou tematikou a 58 respondentů (52 %) uvedlo ještě jinou možnost.

Vzhledem k vysokému počtu členů poslední skupiny provádíme podrobnější rozbor názoru v následující tabulce a grafu.

Tabulka č. 29: Jiné možnosti využití kaple

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Posedět v klidu, tichu, v zamyšlení	14	24%
Prostor být sám se sebou a svým trápením	6	10%
Soukromí pro modlitbu, modlitba, adorace	17	30%
Bohoslužby	8	14%
Kázání, hudba, duchovní programy	4	7%
Prostředí domova	2	3%
Setkání s Bohem	2	3%
Prostor prosit o sílu a uzdravení	4	7%
Více kaplí v rozlehlém areálu FN	1	2%
Celkem	58	100%



Graf č. 29: Jiné možnosti využití kaple

Jinou, než navrženou, možnost využití kaple uvedlo 58 respondentů (100 %), považujeme proto za významné se k této otázce vyjádřit podrobněji: 17 z nich (30 %) přeje kapli využít k modlitbě nebo adoraci protože v kapli najdou potřebné soukromí k důstojné modlitbě, 14 dotázaných (24 %) si přeje v prostoru kaple jen tak v klidu a tichu posedět, nebo se zamyslet, mnozí z nich se považují i za nevěřící. 8 respondentů (14 %) je nakloněno využívat kapli pro bohoslužby, 6 (10 %) pojmenovává výslovně přání využít ji k tomu, aby mohli někde svobodně být sami se sebou a se svým trápením, 4 (7 %) si přejí na tomto místě prosit o sílu a uzdravení, stejný počet by v kapli uvítalo možnost poslechnout si kázání, duchovní hudbu, zazpívat si duchovní písně nebo se zúčastnit duchovních programů. Dva respondenti (3 %) kapli považují za prostor, který jim v nemocnici bude prostředím domova a stejný počet se tam chce výslovně setkávat s Bohem.

7 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá tématem poskytování duchovní služby nemocným hospitalizovaným ve Fakultní nemocnici Olomouc. Této konkrétní problematice se ještě dosud souhrnně nikdo nevěnoval. Literatura k duchovní službě v nemocnicích zatím v České republice příliš dostupná není. Ve zdravotnické literatuře i na odborných seminářích se již objevují témata o spirituální péči, ale zatím jsou víceméně pouze dílčími kapitolami v rámci publikací eventuelně kurzů o paliativní péči, nebo jsou součástí péče o onkologické pacienty. Dostupné jsou sborníky z těchto seminářů, které se zaměřují na péči o duchovní potřeby nemocných a jejich blízkých.⁹⁷ Málo se zatím hovoří o poskytování duchovní péče také zdravotnickým profesionálům.⁹⁸ V rámci ošetřovatelství, které postupuje cestou holistické péče o nemocné, se začíná klást na spirituální potřeby větší důraz a tak se objevují i závěrečné bakalářské a diplomové práce na toto téma. Na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity existují práce o spirituálních potřebách nemocných jako součástí holistického přístupu, o problematice uspokojování duchovních potřeb v nemocnicích, dále o duchovních potřebách ve vztahu ke stáří nebo k paliativní péči.⁹⁹ O duchovní službě nemocným v užším slova smyslu, poskytované přímo specialistou na spiritualitu, tedy nemocničním kaplanem, ještě žádná práce nepojednává, i když můžeme sledovat mnohé podobnosti, vycházející z celkového pojetí problému, ze společné terminologie, z mapování stejných oblastí spirituálních potřeb a podobně.

⁹⁷ Srov. HUDSON, R.; RUMBOLD, B. Duchovní péče. In CONCOR, M., ARANDA, S. (eds.) *Paliativní péče pro sestry všech oborů.*; VORLÍČEK, J.; a kol. *Klinická onkologie pro sestry.*; OPATRNÁ, M. *Klinická pastorační péče jako součást péče o pacienty.* Doktorská disertační práce.; IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství*; ŠIMR, K. (ed.) *Duchovní péče při mimořádných událostech.* Sborník ze semináře.; KISVETROVÁ, H.; a kol. *Důstojné umírání II.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. DORKOVÁ, Z.; KRÁTKÁ, A. (eds.) *Etické aspekty ošetřovatelské péče v teorii a praxi.* Sborník z konference. 1. vyd. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, 2009.

⁹⁸ Srov. *tamtéž.*

⁹⁹ Srov. ZÍTKOVÁ, M. *Spirituální potřeby jako součást holistického přístupu k nemocným.* Diplomová práce.; STANISLAVOVÁ, A. *Problematika uspokojování spirituálních potřeb v nemocnicích.* Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2008; HRUŠKOVÁ, D. *Vliv duchovních potřeb na vyrovnání se se stářím.* Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2009.

V r. 2008 proběhlo dotazníkové šetření, podobající se mému, ve Fakultní nemocnici Brno.¹⁰⁰ Protože pro skupiny, zasazující se o realizaci duchovní služby, jsou v mapování zájmu důležité analogické údaje z oblasti duchovní péče, mají tyto práce i obdobné přístupy ve zjišťování dat od nemocných. Samotnou mne překvapila podobná struktura dotazníku a totožnost některých položek, na které jsem narazila při bližším studiu diplomové práce Zítkové.

Při výzkumu ve FNOL jsem nejdříve zjišťovala věk respondentů. Vzhledem ke stáří pacientů, se kterými se v nemocnici setkávám při své praxi, se mi výsledky nezdály nijak překvapivé. Téměř čtvrtinu, přesně 24 %, tvořili pacienti starší 71 let, 22 % dosahovalo věku 31-40 let, v 21 % se jedná o pacienty mezi 51-60 rokem života, 18 % se nachází ve věku od 61-70 let, 8 % mezi 41-50 lety, a nejmenší skupinu s pouhými 7 % zastává kategorie mladší 30 let, přesto že v podstatě zahrnuje nejširší věkové období od 18 do 30 let.

Co se týče pohlaví respondentů, ani zde jsem nebyla nijak překvapena. Odpovídalo 37 % mužů a 63 % žen, protože podle mého soudu ženy většinou bývají ke spolupráci ochotnější než muži a obecně mají o duchovní službu i větší zájem.

Při hodnocení vzdělání největší skupinu tvořili středoškoláci, a to 27 % jich středoškolské vzdělání ukončilo bez maturity a 25 % s maturitou, 19 % dosáhlo pouze základního vzdělání. Vysokoškolsky vzdělaných na 2. stupni je podstatně více (15 %) než bakalářů (4 %) a respondentů s nadstavbovým či vyšším odborným vzděláním (8 %). Postgraduální stupeň vzdělání není v dotazníkovém šetření zastoupen a u 2 % respondentů nebylo vzdělání uvedeno. Výsledky dle mého názoru korelují s věkem respondentů, protože podle dnešního trendu dosahují mladší věkové kategorie vyššího vzdělání, zatímco staří lidé během života měli často možnost pouze vzdělání základního.

¹⁰⁰ Srov. ZÍTKOVÁ, M. *Spirituální potřeby jako součást holistického přístupu k nemocným*. Diplomová práce.

Na pracovištích chirurgických oborů bylo hospitalizováno 42 % dotazovaných a 58 % na interních oborech. Tyto výsledky se přibližně shodují s původním plánem pro distribuci dotazníků a s mou domněnkou, že na interních jsou vzhledem k délce hospitalizace a charakteru onemocnění ochotnější zapojit se do všech nabídek, které jim pomohou zkrátit čas, tudíž i do vyplňování dotazníků.

Délka hospitalizace u 43 % respondentů se pohybuje mezi 4-7 dny, 27 % v nemocnici leží víc než 15 dní, 18 % 8-14 dní a méně než třídní pobyt uvádí 12 %. Tyto výsledky jsem očekávala vzhledem k tendenci hospitalizovat jen na nejnnutnější dobu. Hospitalizace delší než 1 týden se týká většinou pacientů, kteří jsou vážněji nemocní, a buď čekají na propuštění, nebo se dostanou do skupiny následující. Těch, kteří potřebují pobyt v nemocnici delší než 2 týdny, opět přibývá vzhledem k neodkladnosti péče do domácích podmínek. Současně se tyto teorie kryjí s komentářem k výše uvedenému odstavci.

Za vážně nemocné se pokládá 33 % respondentů, 38 % svoji nemoc za vážnou nepovažuje a 29 % neví, jak vážný je jejich stav. Všechny tři skupiny jsou přibližně stejně početné. Překvapivé je vysoké procento těch, kteří nejsou o svém stavu dobře informovaní. Tato neinformovanost nemocných je častým problémem v poskytování duchovní služby, protože pokud pacient nezná svůj klinický stav a prognózu, jen těžko může kaplan pracovat s jeho duchovní stránkou, protože spiritualita vychází z pravdivého poznání o sobě.

Při zjišťování životního přesvědčení v otázce víry se 61 % respondentů považuje za věřící, 29 % nemá k víře kladný osobní postoj a 10 % nezaujímá k víře jasné stanovisko. **Očekávala jsem, že za věřící se bude považovat více než 25 % respondentů, což bylo potvrzeno,** ale procento přesahující polovinu jsem opravdu nečekala, protože statistiky a odhady o počtech věřících ze sčítání lidu v roce 2001 hovoří spíše o poklesu do budoucna. Výsledek souvisí pravděpodobně s tím, že v nemoci a zvláště při hospitalizaci jsou lidé vnímavější k duchovním otázkám, hledají možnou příčinu své nemoci a zdroj naděje právě ve víře. Dalším důvodem může snad být větší ochota věřících lidí vyplňovat dotazník o problematice duchovní služby.

Na otázku po konkrétnější podobě víry měli odpovídat pouze ti, kdo v předchozí otázce vyjádřili svůj kladný osobní postoj k víře. Přesto na ni neodpovědělo pouze 29 %, tedy ti, kteří se jednoznačně považují za nevěřící. 54 % dotázaných věří v Boha, 35 % se hlásí k některé křesťanské církvi, 11 % věří v transcendenci, a 4 % sympatizují s některým náboženstvím.

Z křesťanů jsou nejvíce zastoupeni Římsko-katolíci se 76 %, k církvi Českobratrské evangelické se hlásí 8 %, 5 % k církvi Československé husitské a stejný počet k církvi Bratrské, 3 % jsou Řecko-katolického vyznání a 3 % Pravoslavných.

Co se týče sympatií k jiným náboženstvím, na prvním místě se nachází buddhismus (40 %) a na dalších, avšak stejných pozicích, Českobratrská evangelická církev (20 %) a Římsko-katolická církev (20 %), 20 % sympatií nebylo upřesněno konkrétně. Výsledky týkající se výzkumu konkrétnější podoby víry přibližně odpovídají údajům z posledního sčítání lidu v r. 2001. Zajímavé je, že náklonnost k buddhismu je opravdu podle odhadů z r. 2001 doménou mužů mladší věkové kategorie.

Duchovní otázky spojené se zdravotním stavem můžeme seřadit dle důležitosti takto: 39 % udává potřebu mít naději, 37 % požadavek na kvalitu života, 29 % hledá jistotu a bezpečí, 23 % potřebuje zmírnit bolest, 19 % se ptá po smyslu života a utrpení, 18 % očekává pochopení a empatii, 8 % se zamýšlí nad vztahem k smrti a životu po smrti, 2 % uvádí ještě jinou možnost. Připadá mi zvláštní, že jen tak nízké procento respondentů se zamýšlí nad smrtí, přestože se smrtí se ve zdravotnických zařízeních setkáváme poměrně často. Myslím si, že v dnešním zdravotnictví se o smrti hovoří málo, samotní zdravotníci neumí zaujmout postoj k umírajícím a k umírání obecně, a pacienti nebývají na smrt připraveni, protože s ní nepočítají. Na druhé straně je „odmítání smrti“ pravděpodobně též důsledkem silné lidské touhy hledat a mít naději. **Při dosahování cíle č. 1 a mapování duchovních potřeb a oblastí duchovní služby, o které je mezi nemocnými největší zájem, jsem předpokládala, že mi potřebu mít naději potvrdí více než 25 % respondentů, a moje očekávání se naplnilo.**

K cíli č. 1 se vztahuje také dotazníková položka s číslem 10, zkoumající další důležité otázky, tentokrát ne s přímým vztahem ke zdravotnímu stavu. Očekávaný výsledek, že potřebu milovat a být milován má alespoň 50 % respondentů byl potvrzen. Ještě větší počet (63 %) respondentů považuje za podstatný harmonický vztah k sobě a k druhým, 54 % má potřebu milovat a být milován, 31 % si přeje žít v pravdě, 25 % potřebuje prožívat vztah k Bohu a duchovním skutečností, 21 % vybralo možnost zakusit odpuštění a moci pak odpustit, pro 2 % je důležité ještě něco jiného a 12 % nevedlo odpověď. Udivuje mě vysoké procento těch, kteří neodpověděli. Domnívám se, že tato skutečnost souvisí s dnešní kulturou, ve které se mnozí lidé málo zamýšlejí nad hlubšími duchovními otázkami.

Na duchovní otázky reaguje 50 % respondentů pobytem v přírodě, 46 % četbou, 35 % poslechem hudby, pro 31 % je důležitá rovněž náboženská reakce, 16 % se podívá na film, 13 % hledá odpovědi ve filosofii a 8 % uvádí ještě jinou možnost, a to nejčastěji setkávání a komunikaci s lidmi a péči o druhé. Pokud vidíme takto seřazené způsoby, kterými lidé reagují na své duchovní otázky, zdá se, že při hospitalizaci v podstatě odpadá významné procento těchto možností. Mělo by se tedy usilovat o podporu těch oblastí, které je možno nějakým způsobem v nemocnici zajistit. **Náboženskou reakci na duchovní potřeby jsem očekávala alespoň u 25 % respondentů a toto očekávání bylo potvrzeno.**

Co se týče dalších aspektů duchovní péče, průzkum ukázal, že jednoznačnou prioritu v důležitosti zastává setkávání s blízkými (68 %). Za dvě stejně podstatné stránky považují pacienti rozhovory se zdravotním personálem (37 %) a modlitbu (37 %). Soukromě chce i v nemocnici prožívat víru 26 % pacientů, přijímat svátosti 25 % dotázaných a účastnit se bohoslužeb 24 % respondentů. Spolupráce s duchovním je významná pro 17 % dotázaných a 3 % mají ještě jiné duchovní zájmy. Z uvedeného můžeme usoudit, že duchovní opora je ve FNOL pro pacienty opravdu velmi důležitá a že asi čtvrtina pacientů patří do skupiny potenciálních zájemců o duchovní službu. **Potvrzuje se tu očekávaný výsledek, podle něhož o modlitbu, svátosti, bohoslužby a setkání s knězem bude mít zájem méně než 50 % dotazovaných.**

K názoru, že uspokojování duchovních potřeb má vliv na proces uzdravování, se hlásí 59 % respondentů. Pouze 13 % si myslí, že uspokojování duchovních potřeb nemá s jejich zdravotním stavem nic společného, 23 % neví, zda tyto dvě skutečnosti souvisí a 5 % tuto otázku nechalo bez odpovědi. Získáváme zde další měřitelnou odpověď, která upevní přesvědčení, že člověk je opravdu bio-psycho-emocionálně-sociálně-spirituální jednotkou a jako k takovému k němu musíme přistupovat, chceme-li zamezit vzniku a rozvoji psychosomatických a civilizačních onemocnění.

Potřebu duchovní péče má v nemoci větší než ve zdraví 59 % respondentů, 29 % se domnívá, že potřeba je stejná, pouze 4 % mají potřebu duchovní péče v nemoci menší a 8 % se nevyjádřilo. Pokud v nemoci je potřeba spirituální péče menší než ve zdraví jen u 4 % respondentů, pak můžeme říci, že pro člověka, který pozbyl komfort zdraví a určité fyzické pohody, není ani tak nejdůležitější získat toto zpět, ale najít uprostřed strádání duchovní rovnováhu. Péče o spirituální potřeby je tedy velmi významná, důležitostí srovnatelná s péčí medicínskou.

Při mapování představ o duchovní péči nám výzkum ukázal, že 62 % respondentů myslí na psychickou podporu, 38 % míní pomoc v osamělosti, strachu a smutku, 30 % empatický přístup zdravotnického personálu, 29 % zmiňuje udílení svátostí, 23 % si představuje jako součást duchovní péče setkání s duchovním, 13 % by uvítalo rozhovor o duchovních potřebách, 5 % neví, jak si má duchovní péči představit a 3 % mají ještě jiný návrh. Tato položka byla do dotazníku zařazena jako kontrolní, aby ověřila autenticitu uvádění dat. V podstatě zahrnuje otázky z dotazníkových položek č. 9, 11 a 12. Výpovědi se liší do 10 %, ale **očekávaný výsledek, podle něhož o modlitbu, svátosti, bohoslužby a setkání s knězem bude mít zájem méně než 50 % dotazovaných, zůstává potvrzen.**

Za vhodné poskytovatele duchovní služby považuje 55 % respondentů kněze nebo jiného duchovního, 37 % příbuzné nebo známé, 32 % zdravotní sestru, 30 % pastoračního asistenta nebo psychologa a 28 % lékaře. Jinou možnost navrhuje 3 % respondentů a 9 % neodpovědělo. Zdá se, že v odpovědích se odráží množství důvěry a přesvědčení o profesionalitě v poskytování duchovní péče, které je jednotlivým poskytovatelům přikládáno. Myslím si, že pozice pastoračního asistenta je podhodnocena, protože mnozí z respondentů nevědí, co tento pojem znamená, stejně tak se domnívám, že mnozí nemocní nedokážou rozlišit péči o duchovní potřeby od duchovní služby. Tuto domněnku aplikuji též na hodnocení následující položky, protože návštěvní hodiny, ve kterých by měl nebo neměl mít tento poskytovatel k nemocnému přístup, se přece nevztahují na lékaře, sestry a psychology daného pracoviště. Dle názoru 64 % respondentů by mělo být umožněno, aby duchovní služba mohla být poskytnuta kdykoli, i mimo návštěvní hodiny, tuto možnost si nepřeje 9 % respondentů a nejednoznačně se k ní staví 22 % dotazovaných. 5 % respondentů se k této položce nevyjadřuje.

Dotazníková položka č. 18 měla dát odpověď na část cíle č. 1, **jímž bylo zjistit, jak jsou nemocní informováni o možnosti duchovní služby.** Vzhledem k tomu, že na všech odděleních FNOL visí letáky o duchovní službě, **očekávala jsem, že o existenci a praxi poskytování duchovní služby ve Fakultní nemocnici Olomouc je informováno více než 50 % zde hospitalizovaných pacientů. Tento očekávaný výsledek byl potvrzen.** O možnosti duchovní služby vůbec není informováno 41 % respondentů, což považuji stále ještě za vysoké procento. Je faktem, že dotazníky vyplňovali také pacienti, kteří jsou omezeně mobilní, ale nebylo jich více než 15 %. Ze dvou zdrojů byly informovány 4 % respondentů, typy kombinací jejich sdělení podrobněji nerozvádíme. Z letáků na nástěnkách o duchovní službě vědělo 31 % respondentů, 15 % vypovídá o tom, že informace získali během hospitalizace, 6 % tvrdí, že při příjmu, 5 % na dotázání a 5 % ještě jiným způsobem.

Zájem o více informací projevil 49 % respondentů, 15 % zájem nemá, 29 % neví, a 7 % se k otázce nevyjádřilo. Zajímavé by bylo zjištění, zda zájem mají spíše neinformovaní, nebo informovaní, ale to je nad rámec této práce.

Cílem č. 1 bylo také zjistit, jaký je zájem o duchovní službu. Předpokládala jsem, že půjde o skupinu menší než 50 % respondentů a očekávaný výsledek se mi potvrdil. O duchovní službu má zájem 43 % respondentů, bez zájmu je 34 %, 21 % není jasně rozhodnuto a 2 % položku nechali nevyplněnou. Vysoká četnost nerozhodných nemocných dle mého názoru souvisí s nedostatečnou informovaností o duchovní službě a o jejím obsahu, jak jsem se dovídala při setkávání s lidmi během distribuce dotazníků. Pokud se zamyslíme nad počtem zájemců o duchovní službu a uvážíme, že ji jeden nemocniční kaplan doposud smí provádět pouze po dobu 2 hodin návštěv, nemá téměř žádnou šanci, aby potřeby těchto nemocných uspokojil, když jich je v nemocnici hospitalizováno téměř 1500.

Duchovní službu již v minulosti využilo 30 % respondentů, a pokud se ptáme podrobněji, tak 20 % dotazovaných navštívil kněz, 10 % někdo jiný, z toho téměř shodně asi po 3 % pastorační asistentka, řeholní sestra, nebo studenti teologie a 1 % příslušníci vlastní církve. Vzhledem k tomu, že mnozí nemocní se pravděpodobně setkali s duchovním někdy v minulosti při předchozích hospitalizacích a že pastorační asistentka v nemocnici působí teprve od ledna a několik předchozích let službu vykonával kněz, nejsou tyto výstupy průzkumu nijak překvapující. S duchovní službou se nikdy nesetkalo 70 % dotazovaných.

Těm, kteří duchovní službu využili, ji nejčastěji obstarali příbuzní nebo známí (47 %), 26 % respondentů si duchovní službu zjednalo samo, v 15 % domluvila setkání zdravotní sestra, ve 3 % lékař a 9 % uvádí, že si je duchovní sám vyhledal. Výsledky ukazují na skutečnost, že duchovní služba stále ještě v nemocnici není součástí celkové péče o nemocné a zdravotníci se do jejího zprostředkování příliš nezapojují.

Cíle č. 2 máme dosáhnout zpracováním informací z následujících dvou dotazníkových položek, které zjišťují údaje o počtech nemocných, kteří mají zájem o zřízení nemocniční kaple a zkoumají představy o využití tohoto prostoru. Předpokládala jsem, že nemocniční kapli by v nemocnici uvítalo více než 25 % nemocných, ale současně méně než 50 %. Tento očekávaný výsledek se ale nepotvrdil. Zřízení nemocniční kaple by totiž přivítalo 53 % respondentů a 35 % není jasně rozhodnuto. Jen 10 % odpovědělo jednoznačně, že je jim tato problematika lhostejná a kapli si nepřeje a 2 % dotazovaných na tuto otázku nezodpovědělo. Názory respondentů mě překvapily. Netušila jsem, kolik lidí a to i z řad nevěřících, má kladný vztah k sakrálním prostorám.

Očekávaný výsledek vztahující se k využití kaple, tedy k cíli č. 2, že více než 75 % zájemců si přeje zřízení kaple z důvodu existence prostoru pro modlitbu nebo pro ztišení a zamyšlení, nebyl potvrzen.

50 % dotazovaných se domnívá, že by kaple měla být prostorem pro setkání s duchovním, 40 % by v kapli chtělo mít svatostánek a 16 % by zde rádo našlo knihy s náboženskou tematikou. 18 % respondentů neodpovědělo.

Vzhledem k tomu, že ještě jinou možnost využití kaple uvedlo 52 % respondentů, roztřídili jsme jejich návrhy do několika skupin a získali podrobnější přehled jejich přání: 15 % z nich chce kapli využít k modlitbě nebo adoraci protože v kapli najdou potřebné soukromí k důstojné modlitbě, 13 % si přeje v prostoru kaple jen tak v klidu a tichu posedět, nebo se zamyslet (do této skupiny patří především nevěřící respondenti), 7 % si v kapli přeje bohoslužby, 5 % svobodně být sami se sebou a se svým trápením, 4 % potřebují prosit o sílu a uzdravení, další 4 % si chtějí poslechnout kázání, duchovní hudbu, zazpívat si duchovní písně nebo se zúčastnit duchovních programů, 2 % by zde našlo prostředí domova a 2 % se chtějí výslovně setkávat s Bohem.

ZÁVĚR

Záměrem bakalářské práce bylo zdůraznit důležitost spirituální péče o nemocné a duchovní služby poskytované nemocným ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Péče o existenciální, duchovní a náboženské potřeby pacientů ve zdravotnických zařízeních je nezbytná. K základním spirituálním otázkám patří otázky po smyslu života, otázky týkající se smrti a otázky posvátna, které vedou k existenciální úzkosti. Jejich řešením se proto zabývá duchovní péče jako nedílná součást holistického přístupu v ošetrovatelství. Poskytování duchovních služeb zajišťuje nemocniční kaplan s respektem k autonomii nemocného, k jeho osobním hodnotám a k jím preferovanému kulturnímu rámci. Podle „*Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice*“ je třeba, aby péče o spirituální dimenzi nemocných a jejich blízkých ve zdravotnických zařízeních zajištěna byla. V České republice je doposud tato forma péče prováděna nesystematicky a rozdílnými způsoby. Česká společnost pro klinickou pastorační péči proto usiluje o vzdělávání a výcvik nemocničních kaplanů, o edukaci zdravotnického personálu a informování veřejnosti v oblasti duchovní péče. Vedení FNOL si uvědomuje význam duchovní péče o nemocné a usiluje o její standardizaci.

Ve výzkumu jsem realizovala šetření, jaké je mezi nemocnými hospitalizovanými ve FNOL povědomí o poskytované duchovní službě, jaký je o ni zájem a které oblasti duchovní služby preferují. Dále jsem řešila otázku, jak velký je zájem o zřízení nemocniční kaple a jaké představy mají nemocní o využití tohoto prostoru. Předpokládané cíle se mi podařilo splnit. Překvapila mne velká četnost těch, kteří mají zájem o zpřístupnění nemocniční kaple, a doufám, že výsledky tohoto průzkumu napomohou k realizaci plánů o zbudování tohoto prostoru.

Bakalářská práce chce být přínosem v oblasti rozvoje spirituální péče o nemocné ve zdravotnických zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví může přispět k jejich edukaci v problematice poskytování duchovní služby nemocným, k objasnění jejího významu, obsahu a cílů.

Pro potřeby FNOL chce být podnětem k reflexi realizace duchovní služby a k utváření vzájemné spolupráce lékařů, zdravotníků a nemocničních kaplanů v péči o nemocné s cílem posílit jejich pozice jako členů multidisciplinárních týmů na jednotlivých klinikách. Tato skutečnost může napomoci ke zlepšení výsledků FNOL v hodnocení indikátorů kvality v péči o duchovní a citovou oporu nemocných.

ANOTACE

Příjmení a jméno autora:	Matějková Miroslava Tobia
Instituce:	Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Katedra ošetřovatelství
Název práce:	Duchovní služba nemocným ve Fakultní nemocnici Olomouc
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D.
Počet stran:	112
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	duchovní/spirituální potřeba duchovní/spirituální péče, duchovní služba, kaplan, dotazník, Fakultní nemocnice Olomouc

Bakalářská práce na téma duchovní služba nemocným ve Fakultní nemocnici Olomouc se zabývá problematikou poskytování duchovní služby nemocným hospitalizovaným ve Fakultní nemocnici Olomouc. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První definuje pojmy, popisuje základní spirituální potřeby nemocných a způsoby péče o ně v rámci holistického přístupu. Druhá kapitola na základě dokumentů blíže specifikuje obsah duchovní služby nemocným a vykresluje profil nemocničního kaplana. Poslední teoretická kapitola se cíleně zaměřuje na hlavní aspekty poskytování duchovní služby ve Fakultní nemocnici Olomouc. Výzkumná část je podložena výsledky dotazníkového šetření mezi pacienty hospitalizovanými ve Fakultní nemocnici Olomouc. Získaná data jsou pracována do tabulek a grafů.

ANNOTATION

Surname and name:	Matějková Miroslava Tobia
Institution:	Masaryk University, Faculty of Medicine, Department of Nursing
Title of the Thesis:	Spiritual Services for Patients of the University Hospital Olomouc
Supervisor:	PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D.
Number of pages:	112
Number of annexes:	7
Year of exam:	2010
Key words:	Spiritual Needs, Spiritual Care, Spiritual Services, Chaplain, questionnaire, The University Hospital Olomouc

This thesis for the Bachelor's degree spiritual care for patients of the University Hospital in Olomouc is treating a topic of a spiritual care provided for the patients hospitalized in the University Hospital in Olomouc. The theoretical part is divided into three chapters. The first one defines terminology, describes the basic spiritual needs of patients and ways of their care in a holistic method. The second chapter based on the documents specifies in more details the content of the patients' spiritual care and shows a profile of a hospital chaplain. The last theoretical chapter seeks the main aspects of the spiritual care provided in the University Hospital in Olomouc. The research part is based on the results of the questionnaire between the patients hospitalized in the University Hospital in Olomouc. The obtained data are elaborated in tables and graphs.

SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY

Prameny

- ČERVINKOVÁ, E.; a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 190 s. ISBN 80-7013-443-7.
- DOENGES, M., E.; MOORHOUSE M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Přel.: I. Suchardová. 2. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. Přel. z: *Nursed's Pocket Guide-Diagnoses, Interventions and Rationales*. ISBN 80-247-0242-8.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Přel.: D. Marx; I. Staněk. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 309 s. Přel. z: *Joint Comision International accreditation standards for hospitals*. ISBN 978-80-247-2436-2.
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- TRACHTOVÁ, E.; a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- WASTON, M. S.; and col. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 1st edn. Oxford: Oxford University Press, 2005. 819 pp. ISBN 0-19-850897-2.

Literatura

- ALTRICHTER, M. *Dějiny filosofie*. Skriptum pro vnitřní potřebu studentů CMTF UPOL. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 102 s. Bez ISBN.
- CONCOR, M.; ARANDA, S. (eds.) *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přel.: J. Heřmanová. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. Přel. z: Paliative Care Nursing – A Guide to Practice. ISBN 80-247-1295-4.
- Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Český ekumenický překlad. 6. přepracované vyd. Praha: Česká biblická společnost, 1995. ISBN 80-85810-08-5.
- ČERMÁK, J.; a kol. *Nové universum. Všeobecná encyklopedie A- Ž*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group – Knižní klub, 2003. 1303 s. ISBN 80-242-1069-X.
- DORKOVÁ, Z.; KRÁTKÁ, A. (eds.) *Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi*. Sborník z konference. 1. vyd. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, 2009. 191 s. ISBN 978-80-7013-506-8.
- ELSER, M.; a kol. *Encyklopedie náboženství*. Přel.: V. Pola. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. 406 s. Přel. z: Enzyklopädie der Religionen. ISBN 80-7192-188-2.
- FRANKL, E. V. *Psychoterapie pro laiky*. Přel.: V. Smékal. 1. vyd. Brno: Cesta, 1998. 158 s. Přel. z: Psychoterapie für den Laien. ISBN 80-85319-80-2.
- FRANKL, E. V. *Vůle ke smyslu*. Přel.: V. Hochmann. 2. vyd. Brno: Cesta, 2006. 216 s. Přel. z: Der Wille zum Sinn. ISBN 80-7295-084-3.
- GILLERNOVÁ I.; a kol. *Slovník základních pojmů z psychologie*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2000. 79 s. ISBN 176-989.

- GOFFI, T.; FIORES, S. *Slovník spirituality*. Přel.: T. Brychtová, a kol. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. 1295 s. Přel. z: Nuovo dizionario di spiritualità. ISBN 80-7192-338-9.
- HRUŠKOVÁ, D. *Vliv duchovních potřeb na vyrovnání se se stářím*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2009. 124 s. Nepublikováno.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 80-247-1369-1.
- IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- FILKA, J. *Metodika tvorby diplomové práce. Praktická pomůcka pro studenty vysokých škol*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství Knihář, 2002. 223 s. ISBN 80-86292-05-3.
- KISVETROVÁ, H. (ed.) *Důstojné umírání II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 165 s. ISBN 978-80-244-2381-4.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-657-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. 1. vyd. Praha: Advent, 1991. 122. s. ISBN neuvedeno.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- MASLOW, A. H.; MITTELMANN, B. *Principles of abnormal Psychology: The Dynamics of Psychic Illnes*. Harper and Brothers Publishers New York and London, 1941. 638 s. Bez ISBN.
- MASLOW, A. H. *Toward a Psychology of Being*. Second edn. 1968, by D. Van Nostrand Company. (Canada) Library of Congress Catalog Card No. 68-30757. 240 s. Bez ISBN.

- MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být či nebýt?* 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-258-9.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
- OPATRŇNÁ, M. *Klinická pastorační péče jako součást péče o pacienty*. Doktorská disertační práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 2007. 169 s. Nепublikováno.
- OPATRŇNÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 1. vyd. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995. 27 s. Bez ISBN.
- PAPEŽSKÁ RADA PRO KULTURU, PAPEŽSKÁ RADA PRO MEZINÁRODNÍ DIALOG. *Ježíš Kristus, nositel živé vody. Křesťanské zamyšlení nad New Age*. 1. vyd. Praha: Česká biskupská konference, 2003, 92 s. Bez ISBN.
- POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby. Kniha (nejen) pro ty, kdo se věnují křesťanské charitě a diakonii*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. 214 s. ISBN 80-7192-748-1.
- RICHTER, A. *Kronika Kongregace Milosrdných sester III. řádu sv. Františka. 2. díl*. Samizdat. 257 s. Bez ISBN.
- STANISLAVOVÁ, A. *Problematika uspokojování spirituálních potřeb v nemocnicích*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2008. 127 s. Nепublikováno.
- STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. Přel.: M. Petříček, a kol. 7. přepracované a rozšířené vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. Přel. z.: *Kleine Weltgeschichte der Philosophie*. ISBN 80-7192-500-4.
- ŠÍPR, K. (ed.) *Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 47 s. ISBN 80-244-1278-0.

VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. Přel.: D. Pohunková, T. Starcovská. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. Přel. z: *Leben bis zum Ende*. ISBN 80-7021-330-2.

VOJTÍŠEK, Z. *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v České republice. Náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 462 s. ISBN 8071787981.

VORLÍČEK, J.; a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

ZÍTKOVÁ, M. *Spirituální potřeby jako součást holistického přístupu k nemocným*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2009. 112 s. Nепublikováno.

Elektronické zdroje

ČESKÁ SPOLEČNOST PRO KLINICKOU PASTORAČNÍ PÉČI ČSL JEP. [online]. 2008 [cit. 2009-08-30]. Dostupné z URL: <<http://www.cskpp.estranky.cz/>>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Náboženské vyznání obyvatelstva*. [online]. 2003 [cit. 2009-11-04]. Dostupné z URL:

<<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/tab/7A002BDDD3>>

<<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/o/4110-03-->

[skladba obyvatelstva podle nabozenskeho vyznani, pohlavi a podle věku](#)>

<<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/o/4110-03-->

[obyvatelstvo hlasici se k jednotlivym cirkvim a nabozenskym spolecnostem](#)>

<<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/tab/7A002B2AF5>>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. OLOMOUCKÝ KRAJ. *Časové řady okresu Olomouc*.

[online]. 2010 [cit. 2010-04-24]. Dostupné z URL:

<http://www.olomouc.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/casove_rady_okresu_olomouc>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. OLOMOUCKÝ KRAJ. *Obyvatelstvo podle pohlaví*

a náboženského vyznání - okres Olomouc. [online]. 2010 [cit. 2010-04-24].

Dostupné z URL:

<http://notes.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_podle_pohlavi_a_nabozenskeho_vyznani_okres_olomouc>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. OLOMOUCKÝ KRAJ. *Statistická ročenka Olomouckého kraje 2009. Zdravotnictví*. [online]. 2010 [cit. 2010-04-24]. Dostupné z URL:

<[http://www.olomouc.czso.cz/xm/edicniplan.nsf/t/7F004B29F1/\\$File/711011091119.xls](http://www.olomouc.czso.cz/xm/edicniplan.nsf/t/7F004B29F1/$File/711011091119.xls)>

Dohoda o vzájemné spolupráci Vězeňské služby ČR a církví a náboženských společností [online]. 2008 [cit. 2010-04-13]. Dostupné z URL:

<<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/vezen.htm>>

- Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice* [online]. 2006 [cit. 2010-04-11]. Dostupné z URL: <http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1164034509>.
- FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. [online]. 2009 [cit. 2010-04-24]. Dostupné z URL: <http://www.fnol.cz/main.jsp?id=1459>
- Listina základních práv a svobod.* [online]. 1998 [cit. 2010-04-12]. Dostupné z URL: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Kvalita Očima Pacientů. Hodnocení nemocnic.* [online]. 2010 [cit. 2010-04-22]. Dostupné z URL: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Zaverecne-zpravy-ke-stazeni.php>
<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Fakultni-nemocnice-a-ustavy.php?n=6&d=8>
- Smlouva o podmínkách vzniku a působení duchovní služby v resortu ministerstva obrany mezi Ekumenickou radou církví a Českou biskupskou konferencí.* [online]. 1998 [cit. 2009-11-04]. Dostupné z URL: http://www.biskupstvi.cz/dokumenty/09_Dohoda_duchovni_sluzba.pdf.
- SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČESKÉ REPUBLIKY. *Akreditovaná zdravotnická zařízení.* [online]. 2010 [cit. 2010-04-22]. Dostupné z URL: <http://www.sakcr.cz/akreditovana-zarizeni.php>
- Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě* [online]. 2002 [cit. 2010-04-12]. Dostupné z URL: http://www.eurochaplains.org/turku_standards_czech.pdf.
- ŠIMR, K. (ed.) *Duchovní péče při mimořádných událostech.* Sborník ze semináře. Plzeň: Diecézní charita Plzeň, 2005, 37 s. [online]. 2005 [cit. 2009-11-04]. Dostupné z URL: http://www.kadel.cz/dchp/krize/prilohy/DUCHOVNI_PECHE_PRI_MIMORA_DNYCH_UDALOSTECH.pdf

VLČEK, T. *Akce VŽK (vyklizení ženských klášterů)*. [online]. 2010 [cit. 2010-04-28].
Dostupné z URL: <http://www.totalita.cz/cirkev/cir_07.php>

Zákon č. 308/1991 Sb. [online]. 2009 [cit. 2010-04-12]. Dostupné z URL:
<<http://spcp.prf.cuni.cz/lex/308-91.htm>>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Věk respondentů.....	39
Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů	40
Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů	41
Tabulka č. 4: Hospitalizace respondentů na pracovištích FNOL	42
Tabulka č. 5: Hospitalizace respondentů v chirurgických a interních oborech	44
Tabulka č. 6: Délka hospitalizace.....	45
Tabulka č. 7: Závažnost nemoci.....	46
Tabulka č. 8: Vyjádření kladného osobního postoje k víře	47
Tabulka č. 9: Konkrétní projev víry	48
Tabulka č. 10: Příslušnost ke křesťanské církvi.....	49
Tabulka č. 11: Sympatie s některým náboženstvím	50
Tabulka č. 12: Duchovní otázky spojené se zdravotním stavem	51
Tabulka č. 13: Další důležité duchovní otázky	52
Tabulka č. 14: Způsob reakce na duchovní otázky	53
Tabulka č. 15: Další významné aspekty v zájmu o duchovní otázky.....	55
Tabulka č. 16: Vliv uspokojování duchovních potřeb na uzdravování	56
Tabulka č. 17: Potřeba duchovní péče v nemoci ve srovnání s potřebností duchovní péče ve zdraví	57
Tabulka č. 18: Představy o obsahu duchovní péče.....	58
Tabulka č. 19: Poskytovatelé duchovní péče	59
Tabulka č. 20: Poskytování duchovní služby mimo návštěvní hodiny	61
Tabulka č. 21: Informovanost o možnosti duchovní služby	62
Tabulka č. 22: Zájem o více informací.....	63
Tabulka č. 23: Zájem o duchovní službu.....	64
Tabulka č. 24: Využití duchovní služby v minulosti.....	65
Tabulka č. 25: Jiní poskytovatelé duchovní služby mimo kněze	66

Tabulka č. 26: Zprostředkovatel využití duchovní služby	67
Tabulka č. 27: Zájem o návštěvu nemocniční kaple	68
Tabulka č. 28: Názory na využití kaple	69
Tabulka č. 29: Jiné možnosti využití kaple	70

Seznam grafů

Graf č. 1: Věk respondentů	39
Graf č. 2: Pohlaví respondentů	40
Graf č. 3: Vzdělání respondentů	41
Graf č. 4: Hospitalizace respondentů na pracovištích FNOL	43
Graf č. 5: Hospitalizace respondentů v chirurgických a interních oborech	44
Graf č. 6: Délka hospitalizace	45
Graf č. 7: Závažnost nemoci	46
Graf č. 8: Vyjádření kladného osobního postoje k víře	47
Graf č. 9: Konkrétní projev víry	48
Graf č. 10: Příslušnost ke křesťanské církvi	49
Graf č. 11: Sympatie s některým náboženstvím	50
Graf č. 12: Duchovní otázky spojené se zdravotním stavem	51
Graf č. 13: Další důležité duchovní otázky	52
Graf č. 14: Způsob reakce na duchovní otázky	54
Graf č. 15: Další významné aspekty v zájmu o duchovní otázky	55
Graf č. 16: Vliv uspokojování duchovních potřeb na uzdravování	56
Graf č. 17: Potřeba duchovní péče v nemoci ve srovnání s potřebností duchovní péče ve zdraví	57
Graf č. 18: Představy o obsahu duchovní péče	58
Graf č. 19: Poskytovatelé duchovní péče	60
Graf č. 20: Poskytování duchovní služby mimo návštěvní hodiny	61
Graf č. 21: Informovanost o možnosti duchovní služby	62
Graf č. 22: Zájem o více informací	63

Graf č. 23: Zájem o duchovní službu	64
Graf č. 24: Využití duchovní služby v minulosti	65
Graf č. 25: Jiní poskytovatelé duchovní služby mimo kněze	66
Graf č. 26: Zprostředkovatel využité duchovní služby.....	67
Graf č. 27: Zájem o návštěvu nemocniční kaple	68
Graf č. 28: Názory na využití kaple.....	69
Graf č. 29: Jiné možnosti využití kaple	70

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod.	a podobně
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
à	po
Bc.	bakalář
cca	cirka, asi
cit.	citováno
CMTF	Cyrilometodějská teologická fakulta
col.	Collective, kolektiv
CSc.	Kandidát věd
č.	číslo
ČBK	Česká biskupská konference
ČEP	Český ekumenický překlad
čl.	článek
ČR	Česká Republika
ČSKPP	Česká společnost pro klinickou pastorační péči
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSÚ	Český statistický úřad
DiS.	Diplomovaný specialista
DS	duchovní služba
ed.	editor
edn.	edition, edice, vydání
eds.	editoři
ERC	Ekumenická rada církví
f_i	relativní četnost
FN	Fakultní nemocnice
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
In	v

IPCHO	Intenzivní péče chirurgických oborů
JCI	Joint Commission International, Mezinárodní spojená komise
KaPr	Kapesní průvodce zdravotní sestry
KAR	Klinika anestezie a resuscitace
kol.	kolektiv
KOP	Kvalita očima pacientů
LF	Lékařská fakulta
Mgr.	Magister
MUDr.	Doktor medicíny
MZČR	Ministerstvu zdravotnictví České Republiky
NANDA – Int	NANDA – International North American Association for Nursing Diagnosis International Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku
n_i	absolutní četnost
odd.	oddělení
odst.	odstavec
ORL	otorhinolaryngologie
orig.	originál
OšDg	Ošetrovatelské diagnózy
P.	páter
pp.	pages, strany
PFR	Práva pacientů a jejich blízkých
PhDr.	Doktor filosofie
přel.	přeloženo, přeložil
r.	rok
RTG	rentgen
s.	strana, strany
Sb.	sbírka, sbírky
srov.	srovnej
stol.	století
stol. př. Kr.	století před Kristem, před naším letopočtem

stol. po Kr.	století po Kristu, našeho letopočtu
sv.	svatý, svatá
tj.	to je
tzv.	takzvaný
Th.D.	Doktor teologie
UPOL	Univerzita Palackého v Olomouci
URL	Unique Resource Locator = jednoznačné určení zdroje = absolutní adresa
vyd.	vydání
VŽK	vyklizení ženských klášterů
1st.	first, první

Jména biblických knih včetně jejich zkratk jsou použity dle ČEP Bible:

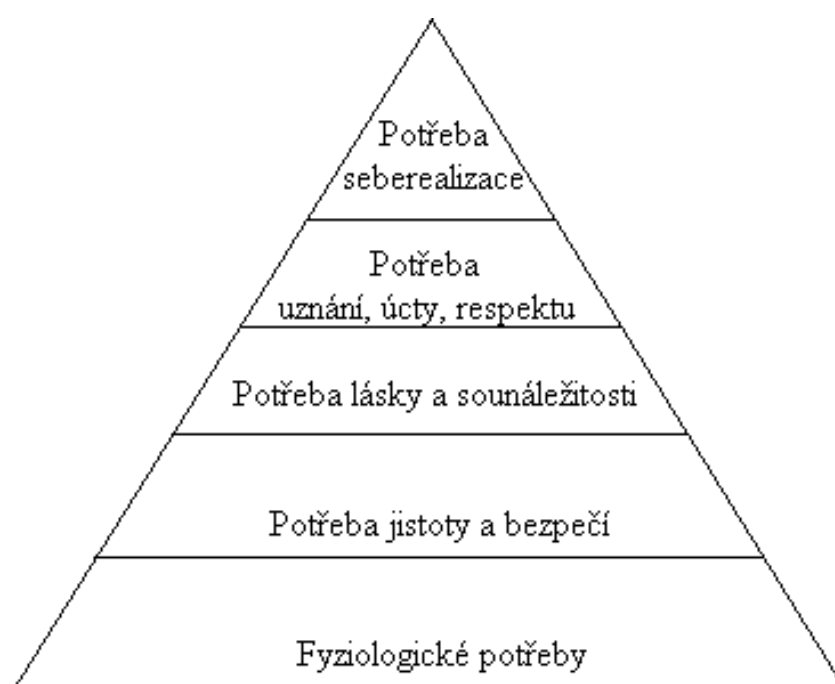
J	Evangelium podle sv. Jana
L	Evangelium podle sv. Lukáše
Mk	Evangelium podle sv. Marka
Mt	Evangelium podle sv. Matouše

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Grafické znázornění hierarchie potřeb dle Maslowa.....	100
Příloha 2: Diagnostické domény, okruhy působnosti a třídy klasifikace NANDA – Int., taxonomie II.....	101
Příloha 3: Doména 10. Životní princip	103
Příloha 4: Informační leták o duchovní službě ve FNOL.....	104
Příloha 5: Žádost o povolení ke sběru dat ve FNOL.....	105
Příloha 6: Schéma distribuce dotazníků pro jednotlivé kliniky FNOL	106
Příloha 7: Dotazník.....	107

PŘÍLOHY

Příloha 1: Grafické znázornění hierarchie potřeb dle Maslowa



**Příloha 2: Diagnostické domény, okruhy působnosti a třídy
klasifikace NANDA – Int., taxonomie II¹⁰¹**

Domény	Oblast diagnostiky funkčních potřeb	Třídy
1. Podpora zdraví	Povědomí o zdravém životě, povědomí o správném fungování člověka, a povědomí o strategiích, které podporují nebo zlepšují zdravý život a správné fungování člověka.	- povědomí o zdraví - management zdraví
2. Výživa	Přijímání a asimilace látek, využívání živin za účelem zachování hojení tkání a za účelem tvorby energie člověka.	- přijímání potravy - trávení - vstřebávání - metabolismus - hydratace
3. Vylučování a výměna	Sekrece a exkrece odpadových produktů těla.	- vyprazdňování moči - gastrointestinální funkce - funkce pokožky - respirační funkce
4. Aktivita – odpočinek	Produkce, uchování, výdej a rovnováha energetických zdrojů člověka.	- spánek – odpočinek - aktivita – pohyb - energetická rovnováha - srdeční – plicní odezva
5. Vnímání - poznávání	Informační systémy člověka – pozornost, orientace, citění, percepce, poznávání a komunikace.	- pozornost - orientace - čítí – vnímání - poznávání - komunikace
6. Vnímání sebe sama	Povědomí o sobě samém.	- sebepojetí - sebeúcta - obraz těla
7. Vztahy	Pozitivní a negativní společenské kontakty a společný život lidí nebo skupin.	- role pečovatele - rodinné vztahy - vykonávání rolí
8. Sexualita	Sexuální identita, sexuální funkce a reprodukce.	- sexuální identita - sexuální funkce - reprodukce

¹⁰¹ MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*, s. 18.

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Vyrovňování se se životními událostmi.	<ul style="list-style-type: none"> - posttraumatická odezva - reakce na zvládání zátěže - neurobehaviorální stres
10. Životní principy	Zásady, které jsou podkladem postojů, způsobu myšlení, projevů a zvyků člověka nebo institucí. Jsou jimi považovány za pravdivé a mají pro ně vnitřní hodnotu.	<ul style="list-style-type: none"> - hodnoty - přesvědčení - soulad hodnot, přesvědčení, činů
11. Bezpečnost – ochrana	Ochrana před nebezpečím, fyzickým poškozením nebo poškozením imunitního systému. Jistota a bezpečí.	<ul style="list-style-type: none"> - infekce - tělesné poškození - násilí - rizika životního prostředí - obranné procesy - termoregulace
12. Komfort	Psychická, tělesná a sociální pohoda nebo klid.	<ul style="list-style-type: none"> - tělesný komfort - komfort prostředí - sociální komfort
13. Růst/vývoj	Nárůst tělesných rozměrů, zrání orgánových systémů a průběh vývojových stadií člověka.	<ul style="list-style-type: none"> - růst - vývoj

Příloha 3: Doména 10. Životní princip¹⁰²

TŘÍDA	Ošetrovatelské diagnózy: - aktuální (A) - potenciální (P) - edukační (E)	Číselný kód diagnózy v NANDA taxonomii
1. Hodnoty	nebyly do roku 2005 vyvinuty pozdější informace se nám nepodařilo získat	
2. Přesvědčení	E - Ochota ke zlepšení duchovní pohody <i>„situace člověka, který je schopen prostřednictvím sebe, lidí, umění, hudby, literatury, přírody nebo vyšší moci dát svému životu smysl a cíl“</i>	00068
3. Soulad hodnot přesvědčení a činů	A - duchovní nouze konflikt v rozhodování nedodržení porušená religiozita P - riziko duchovní nouze riziko porušení religiozity E - ochota ke zlepšení religiozity	00066 00083 00079 00169 00067 00170 00171

¹⁰² Srov. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, s. 204-213.

DUCHOVNÍ SLUŽBA

ŘÍMSKOKATOLICKÉ CÍRKVE

VE FAKULTNÍ NEMOCNICI

Kdykoliv budete potřebovat, můžete požádat o setkání s jáhnem nebo knězem za účelem rozhovoru nebo udělení svátostí (sami, prostřednictvím sestry nebo příbuzných).

TELEFONNÍ KONTAKTY NA NEMOCNIČNÍ SLUŽBU:

dispečink: 733 789 731

Navíc je možné dovolat se jednotlivým kněžím:

SLUŽBY KNĚŽÍ K NÁVŠTĚVÁM - DENNĚ 15:00 - 17:00 hod.

(po domluvě i v jindy)

PO:	P. Jiří Kvapil	603 484 436
ÚT:		608 769 446
ST:		737 452 475
ČT:	P. Dismas Tomašík	732 584 387
PÁ:	P. František Hanáček	602 539 303
SO:	P. Antonín Basler	603 282 975
NE:	P. Bohumír Vitásek	731 402 051

MUDr. Petr Závodný, jáhen 732 613 778

MŠE SVATÁ

každou neděli v 17:00 hod.

v posluchárně neurologické kliniky FN Olomouc

SVÁTOST SMÍŘENÍ

vždy v neděli od 16:40 tamtéž

Příloha 5: Žádost o povolení ke sběru dat ve FNOL

Vážený pan
Bc. Martin Šamaj
Manažer ošetrovatelské péče
I. P. Pavlova 6, 775 20, Olomouc

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu ve FN Olomouc


Vážený pane bakaláři,
pracuji ve FNOL jako zdravotní sestra na JIP II. interní kliniky a v rámci studia oboru Všeobecná sestra na Katedře ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity v Brně vypracovávám závěrečnou bakalářskou práci na téma „*Duchovní služba nemocným ve Fakultní nemocnici Olomouc*“, jejíž součástí je i kvantitativní výzkum.

Chtěla bych Vás požádat o povolení ke sběru dat, který by probíhal formou rozdání asi stovky dotazníků pacientům hospitalizovaným na standardních odděleních interních i chirurgických oborů přibližně podle přiloženého schématu (cca 1 dotazník/10 lůžek FNOL). Přikládám též dotazník. Výsledky průzkumu Vám rádi poskytneme.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

V Olomouci 1. 3. 2010

S pozdravem



Bc. Miroslava Tobia Matějková
pracoviště: FNOL, II. interní klinika, odd. 30D
kontaktní adresa: Wurmova 9, 779 00 Olomouc
email: Tobia@email.cz

Vyjádření k žádosti:

žádost povolena

žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko:

29. 3. 2010


Bc. Martin ŠAMAJ
manažer
nelékařských oborů
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUČ

Příloha 6: Schéma distribuce dotazníků pro jednotlivé kliniky FNOL

Pracoviště FNOL	Předpokládaný počet rozdaných dotazníků cca 1/10 lůžek (tj. cca 121 dotazníků)
Interní obory	cca 65 dotazníků
I. interní klinika	6
II. interní klinika	5
III. interní klinika	7
Dětská klinika	pracoviště do výzkumu nezařazeno
Hemato-onkologická klinika	4
Dermato-venerologická klinika	3
Klinika plicních nemocí a tuberkulózy	6
Klinika pracovního lékařství	2
Psychiatrická klinika koedukované otevřené oddělení	3
Neurologická klinika	7
Novorozenecké oddělení	pracoviště do výzkumu nezařazeno
Oddělení geriatric	9
Onkologická klinika	7
Oddělení rehabilitace	6
Chirurgické obory	cca 56 dotazníků
I. chirurgická klinika	8
II. chirurgická klinika	3
Kardiochirurgie	3
KAR	pracoviště do výzkumu nezařazeno
Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie	3
Neurochirurgická klinika	4
Oční klinika	3
Odd. intenzivní péče chirurgických oborů	pracoviště do výzkumu nezařazeno
Oddělení plastické a estetické chirurgie	2
Oddělení urgentního příjmu	pracoviště do výzkumu nezařazeno
Traumatologické oddělení	3
ORL klinika	5
Ortopedická klinika	8
Porodnicko-gynekologická klinika	9
Urologická klinika	5

Příloha 7: Dotazník

Vážená paní/ pane,

jmenuji se Miroslava Tobia Matějková, pracuji v této nemocnici jako zdravotní sestra. Považuji za důležité, aby nemocní byli ošetřováni profesionálně a s lidským přístupem po stránce lékařské i ošetřovatelské péče. Zdravotníci se odborně snaží uspokojovat biologické, psychologické i sociální potřeby nemocných. Kromě těchto potřeb má každý člověk ještě jiné, hlubší, duchovní potřeby, na které často zdravotníkům chybí čas. Právě na tuto problematiku jsem se zaměřila při studiu ošetřovatelství ve své bakalářské práci, která nese název „*Duchovní služba nemocným ve Fakultní nemocnici Olomouc*“. Chtěla bych zjistit, jaký je zájem Vás nemocných o tuto službu, aby se podle zájmu případně tato služba více zpřístupnila nebo aby se otevřely nové možnosti. Dovoluji si Vás tedy požádat o spolupráci tím, že mi odpovíte na následující otázky. Zaškrtněte, prosím, pouze jednu odpověď, pokud výslovně nebude uvedeno jinak. Dotazník je zcela anonymní. Pokud vnímáte některé otázky jako zasahující do Vašeho soukromí, máte možnost nechat je nevyplněné.

Děkuji Vám za Vaši ochotu i čas, který mi takto věnujete. Věřím, že tak přispějete ke zlepšování péče o nemocné.

1. Věk: let

2. Pohlaví: muž žena

3. Vzdělání: Základní vzdělání
 Středoškolské bez maturity
 Středoškolské s maturitou
 Nástavbové/vyšší odborné
 Vysokoškolské 1. stupně (bakalářské)
 Vysokoškolské druhého stupně
 Postgraduální

4. Na kterém oddělení jste hospitalizován/-a?

.....

5. Jak dlouho jste hospitalizován/-a?

1-3 dny
 4-7 dní
 8-14 dní
 15 dní a více

6. Považujete se za vážně nemocného/nemocnou?

- Ano
- Ne
- Nevím

7. Považujete se za věřícího/věřící?

- Ano
- Ne
- Nevím

8. Pokud jste v předchozí otázce uvedli ano, vyberte prosím, některé z následujících odpovědí, může jich být i více, a pokuste se slovně vyjádřit na připravené řádky.

- Věřím v Boha
- Věřím v „něco“, co mě přesahuje (v „co“?)

.....
 Patřím k některé z křesťanských církví (ke které?)

.....
 Je mi blízké některé jiné náboženství (které?)

9. Které z duchovních otázek, spojených s Vaším zdravotním stavem, jsou pro Vás teď nejdůležitější? Můžete uvést více odpovědí.

- Kvalita života
- Jistota a bezpečí
- Zmírnění bolesti
- Smysl života a utrpení
- Vztah k smrti a životu po smrti
- Pochopení a empatie
- Mít naději
- Jiné (uved'te které)

10. Které z dalších duchovních otázek jsou pro Vás důležité? Můžete uvést více odpovědí.

- Život v pravdě
- Láska – milovat a být milován
- Vztah k Bohu, k duchovním skutečnostem
- Harmonický vztah k sobě a druhým
- Zakusit odpuštění a moci pak odpustit
- Jiné (uved'te které)

11. Jakým způsobem reagujete na tyto duchovní otázky? Můžete uvést více odpovědí.

- Hudba
- Četba
- Film
- Filozofie
- Příroda
- Náboženství
- Jiné (uveďte které)

12. Určete blíže, co je pro Vaši duchovní oblast dále důležité. Můžete uvést více odpovědí.

- Rozhovory se zdravotním personálem
- Setkávání s blízkými
- Spolupráce s duchovním
- Prožívání víry soukromě
- Modlitba
- Účast na bohoslužbách
- Svátosti
- Jiné (uveďte které)

13. Považujete při svém uzdravování za důležité uspokojování duchovních potřeb?

- Ano, má vliv na moje uzdravení
- Ne, s mým zdravotním stavem nemá nic společného
- Nevím

14. Je potřeba duchovní péče v nemoci jiná než ve zdraví?

- Větší
- Stejná
- Menší

15. Jak si představujete duchovní péči? Můžete uvést více odpovědí.

- Psychická podpora
- Rozhovor o duchovních potřebách
- Setkání s duchovním církve/náboženství
- Udílení svátostí
- Pomoc v osamělosti, strachu, smutku
- Empatický přístup zdravotnického personálu
- Nevím
- Jinak (uveďte jak)

16. Kdo může poskytovat duchovní službu? Můžete uvést více odpovědí.

- Zdravotní sestra
- Lékař
- Psycholog
- Rodinný příslušník nebo známý
- Pastorační asistent
- Kněz nebo jiný duchovní
- Jiný (uveďte kdo)

17. Měl by Vás poskytovatel duchovní služby navštívit kdykoli i mimo návštěvní hodiny?

- Ano
- Ne
- Nevím

18. Byl/-a jste informován/-a o možnosti duchovní služby? Můžete uvést více odpovědí.

- Ano, při příjmu
- Ano, během hospitalizace
- Ano, z letáků na nástěnkách
- Ano, když jsem se dotázal/-a
- Ano, jinak (uveďte jak)
- Ne

19. Uvítal/-a byste více informací o poskytování duchovní služby v této nemocnici?

- Ano
- Ne
- Nevím

20. Máte zájem o duchovní službu?

- Ano
- Ne
- Nevím

21. Využil/-a jste již někdy možnosti duchovní služby?

- Ano, byl u mě kněz
- Ano, byl u mě někdo jiný (uveďte kdo)
- Ne

22. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/-a ano, uveďte, kdo Vám tuto službu zajistil.

- Lékař
- Zdravotní sestra
- Příbuzní nebo známí
- Já sám
- Jiná možnost (uveďte kdo)

23. Uvítal/-a byste možnost, aby v nemocnici byla stále přístupná nemocniční kaple, nebo prostor pro modlitbu?

- Ano
- Ne
- Nevím

Svou odpověď zdůvodněte:

.....

24. K čemu by kaple měla sloužit? Můžete uvést více odpovědí.

- Nabídka knih s náboženskou tematikou
- Prostor pro setkání s duchovním
- Svatostánek
- Jiná možnost (uveďte jaká)

Děkuji Vám za úplné a pravdivé vyplnění dotazníku a za čas, který jste jeho zodpovězení věnoval/-a. Přeji Vám brzké uzdravení.

V Olomouci 14. února 2010

Miroslava Tobia Matějková

Souhlasím, aby tato bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům a byla citována podle platných norem.

V Brně dne 19. 5. 2010



.....
Miroslava Tobia Matějková