

# Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů v KNTB, a. s., a jejich naplňování

HANA KUBALOVÁ

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana KUBALOVÁ**

Osobní číslo: **H080249**

Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů  
v Krajské nemocnici T. Bati, a.s., a jejich naplňování**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části specifikovat pojmy jako je holistické pojetí člověka, existenciální, spirituální a náboženské potřeby člověka, charakterizovat klinickou pastorační péči, její zaměření a popsat roli nemocničního kaplana. Udělat pohled do historie i současnosti nemocnice z hlediska poskytování duchovní péče.**

**V praktické části zjistit, zda a jak jsou naplňovány duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů v Krajské nemocnici T. Bati, a.s., a dále pak, jestli by pacienti měli během hospitalizace zájem o služby pastoračního asistenta a zda by přivítali zřízení nemocniční kaple. Analyzovat výsledky šetření a seznámit s nimi management nemocnice i odbornou zdravotnickou veřejnost.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

OPATRŇY, A. Malá příručka pastorační péče o nemocné. 2. (doplněná) verze Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2001. ISBN neuvedeno.

MUNZAROVÁ, M. Zdravotnická etika od A do Z. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie smysluplnosti existence. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.

PERA, H., WEINERT, B. Nemocným nablízku. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.

SLABÝ, A. Pastorální medicína a zdravotní etika. Praha: Karolinum, 1991. ISBN 80-7066-411-8.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0629-6.

KEITH F. PUNCH. Základy kvantitativního šetření. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

**10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 31. 5. 2017

.....  
Hana Kubelová

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*



(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá tématem duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů a jejich naplňováním v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. Teoretická část se skládá z pěti kapitol. První je věnována dimenzím člověka a jeho potřebám v pojetí holismu. Druhá kapitola popisuje existenciální, spirituální a náboženské potřeby člověka. Třetí kapitola uvádí charakteristiku světových náboženství, popisuje péči o bližní v křesťanství a zamýšlí se nad rolí sestry v oblasti naplňování duchovních potřeb pacientů. Ve čtvrté kapitole jsou uvedeny dokumenty, které se vztahují k duchovní službě poskytované v nemocnicích. Tato kapitola současně definuje duchovní službu, činnosti a poslání nemocničního kaplana. Pátá kapitola je věnována historii a současnosti poskytování duchovní služby pacientům ve zlínské nemocnici. Praktická část práce vychází z výsledků dotazníkového šetření mezi lidmi hospitalizovanými v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. Výsledky průzkumu jsou uspořádány do tabulek a znázorněny grafy s patřičným komentářem. Záměrem práce je být přínosem v oblasti duchovní péče a služby poskytované nemocným a také přispět k vybudování nemocniční kaple v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

**Klíčová slova:** potřeby člověka, duchovní služba, nemocniční kaple, péče, nemocniční kaplan, hospitalizovaný pacient

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with the topic of spiritual needs of hospitalized patients and the fulfilment of these needs in Tomas Bata Regional Hospital in Zlin. The theoretical part consists of five chapters. The first chapter deals with the dimensions of a human being and human needs as perceived by holism. The second chapter describes existential, spiritual and religious human needs. The third presents characteristics of global religions, describes the Christian idea of charitable care and reflects on the role of a nurse in the fulfilment of spiritual needs of patients. The fourth chapter introduces documents related to spiritual service provided in hospitals and defines the spiritual service, mission and activities of a hospital chaplain. The fifth chapter focuses on the history and present situation of the provision of spiritual service in the Zlín hospital. The practical part of the thesis is based on a survey carried out among patients hospitalized at Tomas Bata Regional Hospital. The survey results are presented in the form of tables and graphs accompanied by necessary commentaries. The aim of this thesis is to be a useful contribution to the discussion on spiritual care and service provided to the patients as well as to support the project of establishing a hospital chapel in Tomas Bata Regional Hospital in Zlín.

Keywords: human needs, spiritual service, hospital chapel, care, hospital chaplain,  
hospitalized patient

Děkuji paní Mgr. Anně Krátké, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a trpělivost v průběhu vypracování této práce.

Také bych ráda poděkovala mému manželovi za podporu, pomoc a čas, které mi s láskou věnoval během celého studia.

Poděkování patří i rodině, přátelům a všem lidem, kteří mě podporovali a ochotně mi poskytli potřebné informace k této bakalářské práci.

Mé velké poděkování patří obzvláště vám, kterým chci tuto práci věnovat, lidem nemocným, trpícím, mnohdy opuštěným a bezmocným – hospitalizovaným pacientům zlínské nemocnice. Setkání s vámi bylo pro mne novou obohacující zkušeností, často mne vedlo k zamyšlení nad životem. Nemohu zapomenout také na zdravotnický personál a všechny, kteří o pacienty pečují. Také vám patří poděkování s věnováním mé bakalářské práce.



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 DIMENZE ČLOVĚKA A JEHO POTŘEBY V POJETÍ HOLISMU</b> .....	<b>13</b>
1.1 JEDINEČNOST A VÝSADA ČLOVĚKA.....	13
1.2 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ JEDNOTA ČLOVĚKA .....	14
1.3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB .....	16
1.4 MASLOWOVA TEORIE POTŘEB.....	16
<b>2 EXISTENCIÁLNÍ, SPIRITUÁLNÍ A NÁBOŽENSKÉ POTŘEBY VE ZDRAVÍ A NEMOCI ČLOVĚKA</b> .....	<b>18</b>
2.1 EXISTENCIÁLNÍ POTŘEBY.....	18
2.2 SPIRITUÁLNÍ (DUCHOVNÍ) POTŘEBY.....	19
2.3 NÁBOŽENSKÉ POTŘEBY .....	20
<b>3 SVĚTOVÁ NÁBOŽENSTVÍ - PÉČE O NEMOCNÉ V JEDNOTLIVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH A CÍRKVÍCH</b> .....	<b>22</b>
3.1 KŘESŤANSTVÍ.....	22
3.1.1 Římskokatolická církev.....	22
3.1.2 Ortodoxní (pravoslavná) církev .....	22
3.1.3 Protestantské církve - Českobratrská církev evangelická .....	23
3.1.3.1 Církev československá husitská.....	23
3.1.3.2 Křesťanská společenství .....	23
3.1.3.3 Křesťanské sbory .....	23
3.1.3.4 Apoštolská církev .....	24
3.2 JUDAISMUS.....	24
3.3 ISLÁM.....	24
3.4 HINDUISMUS.....	24
3.5 BUDDHISMUS.....	25
3.6 SVĚDKOVÉ JEHOVOVI.....	25
3.7 MULTIKULTURNÍ PÉČE.....	25
3.8 PÉČE O BLÍŽNÍ V KŘESŤANSTVÍ .....	26
3.9 ROLE SESTRY PŘI NAPLŇOVÁNÍ DUCHOVNÍCH POTŘEB NEMOCNÝCH .....	26
<b>4 KLINICKÁ PASTORAČNÍ PÉČE A JEJÍ ZAMĚŘENÍ</b> .....	<b>29</b>
4.1 VÝZNAMNÉ DOKUMENTY VZTAHUJÍCÍ SE K DUCHOVNÍ PÉČI POSKYTOVANÉ V NEMOCNICÍCH .....	29
4.2 NEMOCNIČNÍ KAPLAN.....	30
4.2.1 Činnost nemocničního kaplana .....	31
4.2.2 Prostředí nemocnice jako místo působení nemocničního kaplana.....	32
4.2.3 Nemocniční kaplan - člen multidisciplinárního týmu .....	32

<b>5</b>	<b>Z HISTORIE I SOUČASNOSTI POSKYTOVÁNÍ DUCHOVNÍ SLUŽBY VE ZLÍNSKÉ BAŤOVĚ NEMOCNICI.....</b>	<b>34</b>
5.1	DOBROVOLNÍCI V NEMOCNICI .....	36
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....</b>	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>METODIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>40</b>
7.1	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....	40
7.2	METODY PRÁCE.....	40
<b>8</b>	<b>VÝSLEDKY PRŮZKUMU .....</b>	<b>42</b>
<b>9</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>76</b>
<b>10</b>	<b>ZHODNOCENÍ CÍLŮ PRÁCE.....</b>	<b>83</b>
<b>11</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>91</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>95</b>

## ÚVOD

Víme-li toho my, zdravotníci, o tělesné stránce nemocného hodně, o psychické méně, potom tam, kde jde o duchovní stránku člověka, toho víme nejméně. V praxi se setkáváme s reálným pacientem a současně zjišťujeme, že máme co činit nejen s jeho fyzickou stránkou, ale s celým člověkem. Vyjadřuje to důraz vystihovaný latinským termínem *totus homo* – celý člověk. Redukce pacienta jen na jeho tělesnou schránku je hrubým zkreslením skutečnosti (Křivohlavý, 2004).

Domnívám se, že nemocní lidé, kteří bojují se vším, čeho se v jejich životě nemoc dotýká, si zaslouží veškerou možnou pomoc. Touto pomocí může být také nabídnutá duchovní služba. K výběru tématu bakalářské práce mne vedly tyto důvody. Chtěla jsem se o problematice duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů více dozvědět a lépe jí porozumět. Touto prací bych také chtěla navázat na úmysl zakladatele zlínské nemocnice, pana Tomáše Bati, a podpořit tak myšlenku zřízení nemocniční kaple. Kaple by měla sloužit nejen nemocným, jejich blízkým, ale také zdravotnickému personálu, aby se na důstojném místě mohli ve svém životě zastavit, pomodlit, ztišit nebo slavit liturgii. Zbudování nemocniční kaple je stále aktuální, možná víc než kdy jindy.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a praktické. První kapitola teoretické části objasňuje pojem „potřeba“ a vše důležité a související s tímto termínem. Druhá část popisuje existenciální, spirituální a náboženské potřeby člověka. Třetí část je věnována světovým náboženstvím a popisuje duchovní péči o nemocné v jednotlivých náboženstvích a církvích. Ve čtvrté části jsou uvedeny dokumenty vztahující se k duchovní péči poskytované v nemocnicích. Tato kapitola současně definuje duchovní službu, činnosti a poslání nemocničního kaplana. Poslední, pátá kapitola teoretické části popisuje historii i současnost poskytování duchovní služby ve zlínské nemocnici. Praktická část bakalářské práce obsahuje průzkum v oblasti naplňování duchovních potřeb hospitalizovaných pacientů v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. Zahrnuje metodiku sběru a prezentuje výsledky provedeného průzkumu. Výsledky dotazníkového šetření jsou uspořádány do tabulek, znázorněny grafy s patřičným komentářem. Podrobnější analýzou získaných dat se zabývá kapitola Diskuse.

Cílem práce je přispět k hledání cesty, která by přispěla ke zkvalitnění péče o nemocné v oblasti naplňování duchovních potřeb pacientů v naší nemocnici.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DIMENZE ČLOVĚKA A JEHO POTŘEBY V POJETÍ HOLISMU

*Každé umělecké dílo sní o nesmrtelnosti,  
neboť v zemi, odkud přišlo, se neumírá.  
Vím, že největší a nejtěžší umělecké dílo je život.  
V každém člověku je ustavičně činný skrytý umělec.  
(Otakar Březina)<sup>1</sup>*

### 1.1 Jedinečnost a výsada člověka

Žádný jiný tvor, jak se zatím zdá, nemá vědomí fyzické konečnosti, vědomí vlastní smrti. Hlavním důvodem je schopnost kontinuálního vnímání času, zkušenosti a paměti člověka předávané z generace na generaci, což každému jednotlivci umožňuje individuální a existenciální prožitek časovosti jeho vlastní existence s počátkem a koncem. Od jistého věku si je člověk vědom své smrtelnosti a niterně připouští, že jednoho dne všechno, na čem zde na zemi pracoval a co velmi tvrdě budoval, bude muset opustit, nejen majetek, ale i své nejbližší a vztahy s lidmi, které nyní miluje. Že je to úděl nevyhnutelný a jako takový i vědomě prožívaný, to je výsada člověka. Tuto skutečnost si každý mnohem více připouští a uvědomuje v tzv. mezních situacích, v nichž zakusí svoji bezmocnost a malost.

V životě většinou jednáme a chováme se tak, abychom dosahovali dílčích cílů, které souhrnně budou tvořit smysl (význam) našeho života. Svým způsobem jde o transcendenci – ve svobodě a ve vědomí si časoprostorové kontinuity počátku a konce života nahlížet vlastní přesažnost, právě ve smyslu životní činnosti. To staví člověka na zcela jinou kvalitativní úroveň, než jsou ostatní tvorové žijící na zemi. Je to schopnost intrapsychie reflektovat svůj život s narozením, celkovým vývojem až po vlastní smrt. Současně také s tím, co bude po smrti. Ať se již domníváme, že po smrti bude absolutní neexistence, anebo bude jiný způsob existence.

Tato možnost nazření života je zcela jedinečnou a obdivuhodnou výsadou člověka mezi ostatními tvory na zemi. V této zásadní schopnosti transcendence lze shledat i přirozené vysvětlení touhy člověka hledat a nacházet v životě vyšší smysl, zacílení, podstatu či

---

<sup>1</sup> Veselý, J., Vodvářka, P. Na stejné lodi. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2000. 60 s. ISBN neuvedeno.

tajemství života svého i celého lidstva. Všechny tyto aspekty se pak v jejich krystalické podobě odrážejí v mezních situacích, mezi něž patří např. nemoc, umírání, ale i mnoho jiných závažných událostí v lidském životě (Prokop, 2010).<sup>2</sup>

## 1.2 Bio-psycho-sociálně-spirituální jednota člověka

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uskutečňuje se prostřednictvím ošetrovatelského procesu, který vychází z filozofie holismu. Holismus vnímá člověka v jeho celistvosti, tedy jednotě bio-psycho-sociálně-spirituální. V jeho pojetí je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Máme-li tedy v ošetrovatelském procesu pečovat o celou jednotu člověka, nesmíme z ní vyjmát žádnou její složku (Trachtová, 2006).

Fyzická složka člověka – tělo, které si nikdo sám nedal, ani nevybral. Medicína, tak jak ji známe od 18. století, byla zaměřena na tělo, hmota byla pro ni jediným empiricky ověřitelným a hmatatelným „záchytným bodem“. V této sféře se dnes pohybuje zdravotní personál, který má za úkol zajistit převážně fyzický komfort pacienta, odstranění fyziologických dysfunkcí, nalezení podstaty onemocnění, odstranění této příčiny a vyléčení.

Psychická složka člověka – obsahuje všechno duševní prožívání člověka a z toho vyplývající reakce jedince ve formě chování. V této oblasti člověk zpracovává fakt nemoci nebo zdraví, radost z uzdravení nebo zklamání a deprese z nevléčitelné nemoci. Zde se také odehrává vnitřní drama jedince, jak ho popsala Elizabeth Kübler-Rossová v pěti fázích: 1 – šok, negace, popření; 2 – agrese, hněv, vzpoura; 3 - smlouvání, vyjednávání; 4 – deprese, smutek; 5 – smíření, souhlas. Těmito fázemi může, ale i nemusí projít nejen pacient, ale i jeho příbuzní.

Sociální složka jedince – třetím rozměrem člověka je společnost, v níž žije. Člověk ze své podstaty potřebuje společnost ostatních lidí, jeho nejtěsnějším lidským společen-

---

<sup>2</sup> Prokop, J. M. Spiritualita v nemocničním prostředí [online]. [cit. 2010-11-05]. Dostupné z: < <http://www.paliativnimedicina.cz/prilohy/152.pdf> >.

stvím je rodina. Lidé jsou odlišní ve svých schopnostech a dovednostech, proto se vzájemně potřebují. Jednou z podmínek vzájemné potřebnosti je schopnost pomoc nabízet a přijímat. Na počátku života, když je člověk malým dítětem, je mu slouženo, v dospělosti podává pomocnou ruku on, ve stáří si opět nechá sloužit s vědomím dříve vykonané služby svým bližním. Jde o přirozený běh věcí lidských. Bohužel člověk tuto životní realitu služby a pokory nechápe, velmi těžce prožívá závislost na druhých lidech – ztrátu soběstačnosti. Smysl a důstojnost není v tom, aby si na všechno člověk vystačil sám. Člověk by měl umět do svého života zařadit a akceptovat pomoc druhého člověka s vědomím, že i toto je lidské a důstojné, dokázat akceptovat pomoc stejně tak, jako ji nabízel a poskytoval on sám, když byl mladší a mohoucí.

Spirituální složka člověka – složkou lidské přirozenosti je také její spirituální rozměr. Tato dimenze je společná pro všechny lidi všech dob a kultur (Prokop, 2010).<sup>3</sup> Podrobněji o ní pojednává druhá kapitola této práce.

Člověka je nutno vždy respektovat v jeho celistvosti, ve všech dimenzích, které jsou vzájemně provázané (Munzarová, 2005).

Čtveřice potřeb, která odpovídá čtveřici dimenzí člověka, je tedy charakterizována péčí o člověka v oblasti biologických potřeb, v poskytování pomoci při řešení sociálních a psychologických potřeb jedince a pomoci k naplnění jeho duchovních (spirituálních) potřeb (Opatrný, 2001).

„Uvedené dimenze lidské osoby nelze od sebe oddělovat. Charakterizují každý lidský čin a lidskou potřebu. Je třeba si uvědomovat, že i nejvyšší duchovní aktivita člověka, ať už tvůrčí činnost vědce a umělce nebo omilostněný projev křesťanské lásky, má též svou biologickou, psychickou a sociální složku. Všechny čtyři dimenze lidské osoby mají současně určitý stupeň autonomie i těsnou vzájemnou koordinaci“ (Slabý, 1991, s. 14).

---

<sup>3</sup> Prokop, J. M. Spiritualita v nemocničním prostředí [online]. [cit. 2010-11-05]. Dostupné z: < <http://www.paliativnimedicina.cz/prilohy/152.pdf> >.



### 1.3 Uspokojování potřeb

Pojem potřeba bývá různě definován a vysvětlován. Zdravotnická literatura uvádí, že jde o projev nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba jako projev nedostatku startuje u člověka proces motivace, určuje sílu, směr a trvání určitého chování a jednání, které vede k jejímu uspokojení (Trachtová, 2006).

Potřeby jsou zdrojem lidského chování i klíčem k jeho pochopení, úzce souvisí se zachováním a kvalitou života každého člověka (Krátká, 2007). 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, v opačném případě jde o způsob nežádoucí (Trachtová, 2006).

Potřeby jsou zcela individuální u každého jednotlivce. Jiné jsou u dítěte, jiné u dospělého či starého člověka, studenta nebo pracujícího, zdravého a nemocného, věřícího nebo nevěřícího. Podléhají vlivům výchovy, kulturnímu a sociálnímu prostředí. Mění se zráním člověka, měly by se vyvíjet a kultivovat. Ačkoliv u určitých skupin lidí existují potřeby podobné nebo stejné, každý jedinec je vzhledem ke své jedinečnosti prožívá a naplňuje způsobem sobě vlastním (Matějková, 2010).

### 1.4 Maslowova teorie potřeb

Abraham H. Maslow shrnul potřeby člověka do několika skupin a ty uspořádal do pevného vývojového pořadí – hierarchie. Sestavuje z nich pyramidu o sedmi patrech, jejíž základnu tvoří potřeby nižší, nebo-li základní, fyziologické (Příloha P I). Jedinec může, ale také nemusí ve svém vývoji pokračovat vždy k úrovni vyšší, když potřeby předchozích stupňů byly v dostatečné míře naplněny. Možnost vývoje ve směru dalšího růstu spatřuje Maslow v působení dvou základních protikladných sil v životě člověka: progresivní, projevující se odvahou k životním volbám ve směru dalšího růstu a odpoutání od dosavadního stavu, a regresivní, projevující se strachem ze ztráty bezpečí a jistoty a vedoucí k upnutí na uspokojení, které již v životě člověk dosáhnul (Říčan, 2002).

Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jedince. K vyšším potřebám řadí Maslow tzv. metapotřeby, které jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich uspokojování „posiluje vývoj

k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti“ (Trachtová, 2006, s. 14). Uspokojování vyšších potřeb znamená všeobecnou tendenci ke zdraví, hlubšímu pocitu štěstí, klidu i bohatství vnitřního života člověka. Potřebu transcendence Maslow vysvětluje jako touhu člověka přesáhnout sebe sama, zaměřenou ke hledání smyslu života, k víře. Člověk ve svém životě tíhne k hledání mystických hodnot a hledání Boha (Trachtová, 2006).

## 2 EXISTENCIÁLNÍ, SPIRITUÁLNÍ A NÁBOŽENSKÉ POTŘEBY VE ZDRAVÍ A NEMOCI ČLOVĚKA

### 2.1 Existenciální potřeby

Existenciální otázky a především existenciální úzkost jsou vždy velmi úzce spojeny s potřebou smyslu a fenoménem naděje. Člověk je totiž bytostí otevřenou budoucnosti a životu a tíhne k nekonečnu. Zároveň je bytostí omezenou a „uzavřenou v přítomnosti“. Realita smrti nás staví před řadu otázek o ní samé a jejím smyslu, o smyslu života, nemoci, utrpení. Navzdory vědomí smrti, nebo právě proto, v sobě člověk nese nezadržitelnou touhu po nekončící existenci. Naděje, pohled do budoucnosti je základní potřebou člověka. Naději můžeme vnímat jako zaměřenost k cíli, jehož splnění se očekává. Rovněž jako víru v něco příznivého nebo touhu a přání s očekáváním, že se to, nač se těšíme, stane. Doufá-li pacient ve změnu k lepšímu, jedná se o horizontální naději. Tady vedle zlepšení zdravotního stavu může člověk zařadit svou rodinu, zaměstnání, koníčky, hudbu, přírodu, zálibu v práci na zahradě, sportu, umění...

Ptáme-li se po nejvyšší životní hodnotě, po smyslu života, pohybujeme se po vertikále. V životních krizích, tedy v průběhu život ohrožujícího onemocnění, se boří krátkodobé cíle a naděje k nim vedoucí, protože neunesou tíhu situace. Na vertikále se tak začíná objevovat otázka po nejhlubším smyslu, otázka po věčnosti, případně otázka po Bohu. Současně se objevuje i naděje upřená tímto směrem. Pacient hledá pevné základy, o něž by se mohl opřít, když na svém zdraví, kariéře, moci nebo penězích a mnohdy i na rodinných vztazích už nemůže stavět (Opatrná, 2008).

Existenciální otázky jsou spojeny s podstatou lidské bytosti, proto si je kladou všichni lidé na celém světě, a tedy nutně i lidé nemocní. Čeho se tyto otázky týkají, uvádí P. Aleš Opatrný:

- zorientovat se v situaci, která je pro pacienta nová (prostředí nemocnice, odkázanost na pomoc druhých, nemohoucnost, vědomí blízké smrti)
- přijmout více či méně novou životní roli
- uvést do souvislosti dosavadní život s životem v nemoci nebo životem pomalu hasnoucím, tedy integrovat současný stav do celku života

- najít smysl života též v nové situaci a docenit smysl života doposud žitého
- vyrovnat se s obavami o sebe (jak zvládnout bolest, bezmocnost, samotnou smrt) a také o své bližní, které možná brzy opustí
- vyrovnat se s bilancí vlastního života, s životními neúspěchy a selháními
- vyrovnat se s domnělými nebo skutečnými utrpeními, křivdami i neúspěchy - odpustit
- vyrovnat se s manky vlastní odpovědnosti vůči nejbližším lidem, případně Bohu a dospět k odpuštění (Opatrný, 2004)

## 2.2 Spirituální (duchovní) potřeby

Co se rozumí termínem „duchovní“? Slovník spisovné češtiny uvádí, že duchovní je opakem materiálního. V latinském „spiritus“ a anglickém „spirit“ slyšíme „inspiration“ - nacházení podnětů k určité činnosti. Staré hebrejské „ruah“ má na mysli větřík, který nevidíme, ale usuzujeme na něj, když se chvěje na stromech listí. Řecké „pneuma“ označuje vítr nebo dech člověka. Ten jej odlišuje od stavu bezživotí. Termín „duchovní“ naznačuje skutečnosti, které jsou s tímto „vanutím“ spojené. V psychologii se mluví o existenci duchovních potřeb, tj. existenci potřeb smysluplného zaměření života, jeho nadějného směřování. Jde o potřebu identity a s ní spojené otázky po smyslu života, potřebu štěstí, plnosti života a radosti, potřebu úspěchu, v níž jde o potvrzení vlastní hodnoty, potřebu dokonalosti - nepropadání depresím a frustracím, potřebu pravdy, která vede člověka k poznání jádra věci, potřebu spravedlnosti, čili hledání spravedlivých mezilidských relací, potřebu krásy a s ní související poznávání estetických hodnot, potřebu stimulace k plnosti, tedy žít život naplno, a potřebu mystéria – toho, co člověka přesahuje, zážitků a fascinace. V pozadí výše uvedených potřeb je možno diagnostikovat duchovní potřebu (Křivohlavý, 1993).

Ve shodě se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jsou dnes i v našem zdravotnickém systému uznávány duchovní potřeby nemocných, většinou však jen v rovině teoretické. Stále je rozšířen velký omyl, že duchovní potřeby mají pouze lidé věřící nebo jen ti, kteří se hlásí k některé církvi. Duchovní potřeby však cítí každý člověk a zvláště v případech ohrožení, ať nemocí, hrozící invaliditou nebo smrtí, tyto potřeby různým způso-

bem projevuje a očekává jejich saturaci (Svatošová, 2002). V hierarchické organizaci funkcí lidské bytosti jsou spirituální aktivity nejhlubší, nejvíce integrují, neboť jsou nejbližší středu osobnosti, reálnému já (Slabý, 1991; Příloha P II).

„Spirituální oblastí nazýváme nejhlubší a velmi osobní oblast v nitru člověka, ve které jsou prožívány zásadní jistoty a nejistoty. Je to oblast nejdůležitějších vztahů, smyslu a náplně života a vnímání skutečností, které přesahují lidské bytí“ (Opatrný, 2007, s. 47). Zároveň je třeba dodat, že se spiritualita člověka nemusí vždy projevovat jako identifikace s určitým konkrétním náboženstvím.

Také neschopnost nebo neochota nemocného komunikovat o těchto vnitřních věcech nemá být považována za důkaz, že dotyčný člověk žádnou spirituální oblast nemá (Opatrný, 2007).

Můžeme se ptát, kde se v člověku tato hluboká oblast bere? Spiritualita je zasazena, klíčí, raší a kvete ve světském prostředí. Je možno ji nalézt a sytit v každodenních aktivitách. Hlavně rodina je místem a zdrojem spirituality. Obřady rodinných shromáždění, návštěvy, vyprávění příběhů, prohlížení fotografií mohou být duchovními úkony, které sytí duši (Moore, 2001).

V křesťanském pojetí jde z hlediska spirituality o působení „Ducha“ („Spiritus“) v nitru člověka, ale také o vztah k Duchu jako božské osobě, a proto zahrnuje aktivní odpověď a konkrétní realizaci ze strany člověka ve smyslu niternosti, zbožnosti, svatosti, askeze, modlitby, meditace, mystiky, ale především konkrétní lásky k lidem (Matějková, 2010).

### 2.3 Náboženské potřeby

„Náboženství je podobně jako spiritualita všelidským jevem. Je možno je diagnostikovat u každého člověka ve všech kulturách, etnických oblastech a vývojových stupních.“ Po staletí, ba tisíciletí bylo hlavní oblastí zabývající se problematikou smyslu života, nabízelo lidem cíle, k nimž se podle toho či onoho náboženského pojetí vyplatilo směřovat život v jeho celkovém pojetí, ale i v jednotlivostech, detailech každodenního myšlení, cítění a chtění (Křivohlavý, 2006).

Náboženství je určitým způsobem formulovaná spiritualita, která je zpravidla sdílená s jinými osobami. Může nabývat podobu „osobního náboženství člověka“ nebo určitého náboženského systému, charakterizovaného souborem myšlenek a aktivit konkrétní církve či náboženské společnosti, které vyjadřují vztah k něčemu (někomu), co člověka přesahuje – k transcendentní skutečnosti; spiritualita pak je niterným základem tohoto vztahu (Hošťálková, 2009).

Také v náboženské oblasti hledají často lidé uspokojivou interpretaci své nemoci. Nemoc a s ní spojená bolest jsou některými lidmi chápány jako trest, jinými jako výzva a někdy jako šance. Nejpříznivější situace je ta, kdy je nemoc a bolest pochopena jako šance k dovršení životní cesty nebo jako výzva k důležitým změnám v uspořádání života (Opatrný, 2007).

„Je-li tato příležitost správně pochopena a zúročena, může být nemoc tím nejplodnějším a nejcennějším úsekem života“ (Svatošová, 2003, s. 38).

„Ti, kdo mají náboženskou víru, na které stavějí svůj život, zcela jistě nejsou bez problémů, ale dostává se jim velmi důležité pomoci ve své nouzi. Náboženská víra není lacinou útěchou, ale poskytuje nemocnému člověku možnost vidět svou osobní situaci pohledem, který přesahuje obrys jeho vlastního života“ (Opatrný, 2007, s. 47).

### 3 SVĚTOVÁ NÁBOŽENSTVÍ - PÉČE O NEMOCNÉ V JEDNOTLIVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH A CÍRKVÍCH

Základním předpokladem pro schopnost porozumět duchovním potřebám nemocných je znalost charakteristik jednotlivých náboženství.

#### 3.1 Křesťanství

Je světové monoteistické náboženství, nejrozšířenější na světě. Jeho zakladatelem a ústřední postavou je Ježíš Kristus, Vykupitel. Křesťanství existuje ve třech hlavních formách: katolické, ortodoxní a protestantské.

##### 3.1.1 Římskokatolická církev

Každý, kdo o nemocného pečuje, by měl vědět, jaká svátostná služba může být v daném případě pro nemocného potřebná. Měl by také umět tuto službu nemocnému zprostředkovat. Církev je zprostředkovatelkou sedmi svátostí, které Ježíš ustanovil. Patří zde:

1. Křest – znamená duchovní znovuzrození a přijetí do církve.
2. Biřmování – svátost křesťanské dospělosti, přijetí darů Ducha svatého.
3. Eucharistie (svátost oltářní) – plod Kristovy oběti na kříži.
4. Smíření (zpověď) – v této svátosti Bůh odpouští hříchy člověku, který je vyzná a lituje jich.
5. Svátost nemocných – je posilou pro věřící, kteří bojují s těžkou nemocí, nebo jsou jejich síly stářím oslabeny.
6. Kněžství – svátost kněžství přijímají v církvi muži, jsou pověřeni udělovat svátosti a sloužit mši svatou.
7. Manželství – svátost manželství je znamením Boží milosti, kterou budou manželé po celou dobu společného života v hojnosti potřebovat.

##### 3.1.2 Ortodoxní (pravoslavná) církev

Pravoslavní křesťané u nás žijí většinou velmi rozptýleni a pravidelný kontakt s duchovním mají někteří jen několikrát do roka. V pravoslaví existují stejné svátosti jako v katolické církvi, k pravoslavné tradici patří uctívání ikon. Bohoslužby se konají třikrát denně. Pomazání olejem se uděluje nejen nemocným, ale i zdravým, a to v době velkého postu, který trvá sedm týdnů až do Velikonoc. Po tuto dobu postu nejí maso, ryby, vejce a



mléčné výrobky, obvykle si připravují kaše z obilovin, zeleninu a brambory. Církevní svátky se dělí na tři skupiny: malé, střední a velké. K nejdůležitějším patří Vánoce, Nový rok, masopust, velký půst a Velikonoce - „pascha“ (Ivanová a kol., 2005).

### **3.1.3 Protestantké církve - Českobratrská církev evangelická**

Reformační tradice nezná ani svátostnou zpověď, ani svátost pomazání nemocných. Své hříchy může člověk vyznat v „bratrské zpovědi“ bratrovi nebo sestře (nemusí to být duchovní), který se s ním potom modlí za odpuštění. Takto může nekatolíkoví posloužit i katolík, pokud si to nekatolík sám přeje. Evangelík může v nemoci požádat o bratrskou návštěvu nemocného nebo někoho ze starších sboru. Účast na Večeři Páně je možná jen v případě, že ji farář u nemocného vysluhuje. Obdoba katolického donesení svatého přijímání není možná.

#### **3.1.3.1 Církev československá husitská**

Ve své věrouce uvádí podobné názvy svátostí jako v katolické církvi. Svátost pomazání nemocných je nazývána „svátostí útěchy nemocným“. Svátosti uděluje buď ordinovaný služebník (farář, farářka), nebo oficiálně pověřená osoba. Péče o nemocné patří k náplni sborové činnosti a k povinnostem faráře.

#### **3.1.3.2 Křesťanská společenství**

Jedná se o protestanty, více či méně letničně orientované, kladou důraz na osobní obrácení a křest v Duchu svatém. Ze svátostí praktikují jen křest a Večeři Páně. Za nemocné se hojně modlí, kladou velký důraz na víru jak modlících se, tak nemocného. Mnozí počítají s uzdravením nemocného jako s nutným výsledkem pravé víry.

#### **3.1.3.3 Křesťanské sbory**

Jsou volná sdružení společenství protestantského typu. Nemají žádné duchovenstvo, za základ věrouky považují Bibli.

### 3.1.3.4 Apoštolská církev

Je to letniční církev v naší republice veřejně působící. Platí zde v zásadě totéž, co u křesťanských společenství.

## 3.2 Judaismus

Židé věří v jednoho Boha a považují se za vyvolený národ, z čehož jim vyplývají nejen privilegia, ale i povinnosti. Nejvýznamnějším náboženským spisem je v první řadě Tóra a dále Talmud. Bylo by hrubou netaktností nabízet věřícímu židovi křesťanské svátosti. Je třeba mu umožnit, aby se mohl v klidu modlit, případně mu zprostředkovat kontakt se členy náboženské obce (nemusí to být jen rabín). Také je třeba vědět, že ortodoxní žid bude požívat jen košer potraviny, tedy potraviny připravené podle rituálních pravidel (Ivanová a kol., 2005).

## 3.3 Islám

Je nejmladším monoteistickým náboženstvím, avšak co do množství vyznavačů je druhé největší na světě. Toto náboženství uznává jediného boha Alláha a jeho vyznavači jsou muslimové. Islám prostřednictvím předepsaných způsobů chování utváří životní styl věřících (Ivanová a kol., 2005).

V péči o nemocné je třeba respektovat základní veřejné prvky jejich zbožnosti: denní modlitby na koberečku, orientované směrem k Mekce, zákaz konzumace vepřového a předpisy postního měsíce Ramadánu, kdy se muslim od východu slunce do jeho západu postí (Opatrný, 2001).

## 3.4 Hinduismus

Hlavní složkou jejich náboženství je víra v nekonečný cyklus zrození, života na zemi, smrti a opětného zrodu, v němž se každý jedinec reinkarnuje (opětovné vtělení) na úrovni určené tím, jak strávil předchozí život. Hinduistou se člověk rodí. Hinduistické vědomí je dáno uznáváním véd, jakožto kanonické sbírky hinduistického zjevení, a uznáváním sociálního řádu, který je charakterizován kastovním systémem (Waldenfels, 1992).

### 3.5 Buddhismus

Buddhisté věří, že lidské bytosti jsou touhou připoutány k cyklu zrození, života a smrti a mohou se nesčetněkrát narodit na různých úrovních existence. Věří také v možnost vymanit se ze sledů znovuzrodů a dosáhnout nirvány. O svém vyznání hovoří spíše jako o filozofii života než jako o náboženství. Zavazují se k dodržování osmi etických příkázání, a to neubližovat bytostem, nekrást, necizoložit, nepít opojné nápoje, nelhat, nepožívat po poledni jídlo, vyhýbat se tanci, zpěvu a jakékoliv zábavě, nepoužívat parfémy a nenosit ozdoby (Ivanová a kol., 2005).

### 3.6 Svědkové Jehovovi

S nimi se také můžeme v nemocnici setkat. Je třeba respektovat, že se nehlásí k žádným křesťanům, které všechny považují za „nepravé“ křesťany. Mají křest ponořením, který ale z hlediska křesťanské ekumeny za křest považovat nelze. Svátosti v křesťanském pojetí neznají. Při léčbě odmítají krevní transfuzi i užití krevních derivátů. Jsou velmi aktivní, agitující ať slovem, nebo rozdáváním časopisů (Opatrný, 2001).

O situaci náboženského vyznání obyvatel ČR a Zlínského kraje podle sčítání obyvatelstva z r. 2001 informuje (Příloha P III) <sup>4</sup>.

### 3.7 Multikulturní péče

V naší republice se díky vzrůstající migraci setkáváme s problémy tzv. multikulturní péče. Lidé, kteří přicházejí z kulturně odlišného prostředí, potřebují specifický přístup, pokud jsou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Specifika se týkají zejména ošetrovatelské péče, která se úzce dotýká běžných denních aktivit, kde se odlišnosti projevují nejvíce. Sestry by si měly být vědomy důležitosti specifické péče o tyto pacienty (Zvoníčková, 2006). Virginia Hendersonová, významná osobnost ošetrovatelství, považovala za podstatné rozumět odlišnostem jednotlivých vyznání, její stanovisko je zřejmé: „Součástí

---

<sup>4</sup> Dostupné z: < <http://www.czso.cz/kraje/zl./publ/2003/sldb/kraj/data/cz/3.htm> >.

základní ošetrovatelské péče je respektovat pacientovy duchovní potřeby za jakékoli situace a pomáhat mu tyto potřeby uspokojovat. Jestliže je náboženský život důležitý pro zdravého člověka, o to důležitější je pro něho ve chvíli, kdy onemocní“ (Zvoníčková, 2006, s. 133).

### 3.8 Péče o bližní v křesťanství

Ptáme-li se po tom, kde má současná spirituální péče ve zdravotnictví své kořeny, musíme se vrátit hluboko do historie. Skupina nomádů, vedená podle Bible Abrahámem, vyšla z oblasti starověké Mezopotámie a postupně se dostala na Blízký východ. Díky neutěšeným životním podmínkám odešla část kmenů do Egypta. Tam se Izraelité později dostali do otrockého postavení, ale mocným Božím zásahem, jak věří judaismus i křesťanství, byli vyvedeni z otroctví do „země zaslíbené“. Celý Starý Zákon nám představuje Boha jako toho, který vyvádí z nouze, člověka zachraňuje a pečuje o něj (Opatrná, 2006).

Výzva k životním změnám a k vykročení se občas týká každého z nás. Opouštíme současné zabydlené místo – status quo, často až zotročujícího charakteru, a směřujeme třeba pouští k zemi zaslíbené, kterou ještě neznáme, ale o níž nám nitro šeptá, že je pro nás vhodná k pobytu (Křivohlavý, 2006). V Novém Zákoně nacházíme mnoho úryvků, které mohou být pro člověka inspirací a dodnes ovlivňují postoj křesťanů k nemocným (Matějková, 2010).

Duchovní služba nemocným, jako součást péče o nemocné, hraje významnou roli zejména v křesťanství, které od počátku vnímá rovnocenně tělesnou i duchovní dimenzi člověka. Duchovní péče zahrnovala vždy rozhovor, modlitbu s nemocným, četbu Bible a udílení svátostí, především svátost smíření, svátost pomazání nemocných a eucharistii (Křivohlavý, 1991).

### 3.9 Role sestry při naplňování duchovních potřeb nemocných

K vykonávání svého povolání by měla mít každá sestra zodpovězené důležité otázky. Tou základní je otázka týkající se motivace ke službě nemocným a trpícím. Další důležitou oblastí jsou otázky týkající se smyslu života. Významnou roli hraje u sestry také schopnost sebereflexe a uvažování o vlastních pocitech, ochota sdílet se s druhými a také jim naslouchat. Z vlastní praxe jsem poznala, že pro většinu sester je duchovní dimenze

nemocného něčím, čemu nerozumí, a také nezřídka tím, co odmítají. Mají tendenci smýšlet o pacientech pouze ve dvou rovinách, fyzické a psychosociální. Jen některé sestry považují za důležitou dimenzi spirituální. Munzarová (2005, s. 26) k tomu říká: „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 příslušné znalosti a přehled i o této oblasti.“

Opatrný (2001, s. 7) uvádí: „Bylo by velmi praktické, kdyby zdravotnický personál – bez ohledu na vlastní náboženskou orientaci – znal běžné potřeby praktikujících věřících u nás a měl představu o jejich naplnění, aby se nebál neznámých věcí, nebo jim z neznalosti nebránil.“

#### Možnosti pomoci nemocnému v oblasti uspokojování spirituálních potřeb:

- Respektovat víru nemocného.
- Získat informace o jeho duchovních potřebách.
- Informovat nemocného a příbuzné o bohoslužbách konaných ve zdravotnickém zařízení.
- Podle přání nemocného zprostředkovat návštěvu kněze, mnicha, rabína.
- Zprostředkovat návštěvu jiných věřících (Ivanová a kol., 2005).

Zabezpečení péče o nemocného si tedy žádá pochopení jeho víry a potřeb, které z ní vyplývají. Poznáním podstaty náboženských požadavků může sestra nemocného efektivněji podporovat v uspokojování jeho duchovních potřeb (Špirudová a kol., 2006).

Sestra by měla také přispět k vytvoření důstojných podmínek při setkání duchovního a nemocného tím, že zajistí, je-li to možné, soukromí a připraví prostředí pro jejich setkání, podle konkrétní situace a možností provozu na oddělení. Velkým přínosem je, když ve zdravotnické instituci existují dobré podmínky pro spolupráci mezi zdravotníky a duchovními. Pro každou sestru je důležité čerpat sílu ke službě z umění odpočívat ať už aktivním, nebo pasivním způsobem a předcházet tak syndromu vyhoření ve své profesi. Pro věřící sestru může být neodmyslitelnou součástí jejího života i posily ve službě nemocným modlitba, přijímání svátostí a společenství církve.

Křesťanský zdravotník si musí být vědom toho, že jeho poslání není záležitostí zbožných řečí a úmyslů, ale že jde o to mít podíl na nezištné, obětavé práci, vyžadující oddanost nemocným a současně také oddanost pravdě. Je povinen být věrný vědecké integritě lékařství, bojovat s pověrami a sebeklamem. Všechny uvedené postoje, jsou-li opravdové a projevují-li se v konkrétní práci, vedou ke zlepšování jak odborné, tak lidské úrovně zdravotní péče (Slabý, 1991).

## 4 KLINICKÁ PASTORAČNÍ PÉČE A JEJÍ ZAMĚŘENÍ

V České republice se setkáváme s duchovní službou kaplanů v armádě a ve vězeňství. Oblast zdravotnictví je spojena s klinickou pastorační péčí. Slovo pastorační je odvozeno z latinského *pascere* – sytit. Zdravotní kaplanská služba – klinická pastorační péče – poskytuje pastorační službu či poradenství ve zdravotnických zařízeních. Duchovní rozměr péče o nemocného spočívá jednak v tom, že nemocného chápe a akceptuje jeho duchovní stránku, a dále v tom, že se aktivně stará o naplnění jeho duchovních potřeb (Opatrný, 2001).

Opatrná (2008, s. 86) definuje péči o duchovní/spirituální potřeby takto: „Klinická pastorační péče je péče o existenciální, duchovní a náboženské potřeby (otázky, potíže, problémy) nemocných i těch, kdo se o ně starají (zdravotníci, příbuzní a přátelé). Plně respektuje autonomii nemocného a jeho osobní hodnoty vycházející z jeho přesvědčení a z jím preferované kultury. V konceptu přístupu k celkovému utrpení (total pain) přispívá především snižováním existenciální úzkosti ke zlepšení či udržení kvality života pacienta a jeho blízkých.“

„Cílem pastorační péče o nemocné je podpoření léčebného procesu a adekvátního vyrovnání nemocného s jeho situací včetně překonání izolovanosti“ (Slabý, 1991, s. 8).

### 4.1 Významné dokumenty vztahující se k duchovní péči poskytované v nemocnicích

V souvislosti se spirituální péčí ve zdravotnickém systému jsou stěžejní dokumenty, které jsou významné v evropském i celosvětovém měřítku. V roce 2002 byly vypracovány standardy mezinárodní skupinou odborníků ze všech světadílů a staly se podkladem pro akreditaci zdravotnických zařízení na celém světě (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2002). Akreditace je považována za účinný nástroj hodnocení a řízení kvality péče a splnění standardů je pro udělení akreditace bezpodmínečné. Standard PFR. 1.2.1 říká: „Nemocnice má vytvořený postup, v rámci kterého uspokojí požadavky pacientů a jejich blízkých na poskytnutí duchovních služeb či podobné požadavky vyplývající z pacientových duchovních potřeb a náboženského přesvědčení“ (Joint Commission International, 2004, s. 132). Skupina standardů COP. 14 – COP. 19, která je vě-



nována léčbě bolesti a péči o pacienty v terminálním stavu, opakovaně mluví o duchovních a náboženských potřebách, o jejich rozpoznání a zajištění péče o ně. Jako duchovní problémy pacienta či jeho blízkých jsou označeny např. pocity zoufalství, utrpení, viny, potřeba odpuštění (JCI, 2004). V roce 2003 bylo vydáno Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů rady Evropy o organizaci paliativní péče, kde je uvedeno: „Paliativní péče obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta. Vysoká úroveň péče o fyzickou stránku je samozřejmě zásadní, avšak sama o sobě nestačí. Nesmíme redukovat lidskou bytost na pouhou biologickou jednotku.“<sup>5</sup> Za hlavní dimenze paliativní péče je považováno mírnění symptomů nemocného, psychologická, duchovní a citová podpora, podpora rodině a doprovázení pozůstalých v době zármutku (Svatošová, 2003).

V roce 2002 byly přijaty Evropskou sítí zdravotní kaplanské služby Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě. Tyto standardy definují nemocniční kaplanství jako službu – s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují. Přivádí ke zdrojům kulturním, ke zdrojům víry i ke zdrojům společenství.<sup>6</sup>

Česká biskupská konference schválila 3. července 2006 dohodu s Ekumenickou radou církví v České republice o vysílání nemocničních kaplanů do zdravotnických zařízení.<sup>7</sup>

## 4.2 Nemocniční kaplan

Profese nemocničního kaplana vychází z křesťanské, více než dvoutisícileté tradice. Je založena na ekumenickém porozumění a mezináboženském dialogu.

Výraz nemocniční kaplan je mezinárodní označení osoby vykonávající nadkonfesijní klinickou pastorační péči. Slovo kaplan je z latinského *capellanus* – duchovní vázaný na kapli. Vedle ošetřování ran a léčení nemocí patřila po celá staletí k péči o nemocné vždy

---

<sup>5</sup> O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <<http://www.eapcnet.org/download/forReccCoun-Europe/ReccCE-Czech.pdf>>.

<sup>6</sup> Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <<http://www.kaplaninemocniceteplice.estranky.cz/clanky/odborne-dokumenty/standardy-pro-zdravotni-kaplanskou-sluzbu-v-evrope.html>>.

<sup>7</sup> Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <<http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1164034509>>.

modlitba, četba Písma a svátosti, tedy péče pastorační, která byla vyhrazena kněžím a pastorem, tedy duchovním (Opatrná, 2006).

Kaplanem v nemocnici může v současnosti být ta osoba (muž i žena), která je zakotvena v určitém kulturním a religiózním systému, ale současně je otevřená všem dalším kulturám a náboženským směrům, které se vyskytují na území dané oblasti. Nemocniční kaplan musí být vyslán vlastním náboženským společenstvím a zároveň být akceptován zdravotnickým zařízením. Jeho profese vyžaduje speciální vzdělání navazující na vzdělání vysokoškolské (vysokoškolské studium oboru teologie a odborný výcvik v oblasti pastorační služby). Profesionální nemocniční kaplan nenahrazuje místní představitele náboženských komunit vyskytujících se v oblasti, v níž se nemocnice nachází (Opatrná, 2008).

#### 4.2.1 Činnost nemocničního kaplana

Nemocniční kaplani jsou ve vztahu k pacientům, příbuzným i pracovníkům ve zdravotnických zařízeních podle etického kodexu nemocničního kaplana povinni dodržovat tyto etické zásady: chránit důstojnost každé osoby, respektovat existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti, bez vnucování přibližovat uzdravující a smiřující sílu náboženské víry, vyhovět spirituálním potřebám lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí, chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí nebo proselytismem (cílenou snahou o získávání nových věřících). Dále poskytovat podpůrnou spirituální péči prostřednictvím empatického naslouchání, zprostředkovat či konat bohoslužbu, obřady a svátosti podle potřeb pacienta a svých možností podle své náboženské tradice, v případě potřeby zprostředkovat nemocnému kontakt s duchovním vlastní církve. K jeho činnosti dále patří přijímat případné úkoly v multidisciplinárním zdravotnickém týmu, působit jako smírčí osoba v konfliktních situacích, zachovávat mlčenlivost o důvěrně svěřených informacích, rozvíjet znalosti, dovednosti a kompetence v oblasti své práce. Služba nemocničního duchovního je primárně službou neevangelizační. Při porušení etického kodexu nebo podmínek, jež byly stanoveny v Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví, je kaplan ze své

služby odvolán vysílající církví, případně může být dle platného Zákoníku práce propuštěn svým zaměstnavatelem.<sup>8</sup>

#### 4.2.2 Prostředí nemocnice jako místo působení nemocničního kaplana

Pro někoho je pobyt v nemocnici časem radosti, rodí se zdravé děti, hojí se zlomeniny a rány, bolest je utišena. Člověk je plný naděje. Pro druhé je obdobím plným lítosti a bolesti, rodí se děti mrtvé nebo s postižením, končetiny jsou amputovány, bolest zůstává, naděje člověka je roztržena. Takové jsou dnešní nemocnice – místa protikladů a paradoxů. V tomto prostředí duchovní přistupuje k nemocným a záleží na jeho vnímavosti a taktu, na jeho schopnosti naslouchat jim a přijímat je jako vzácné hosty, a tak alespoň nakrátko proměňovat nemocnici v místo „hospitální“.

Role kaplana v nemocnici je předmětem hledání, a to jak ze strany duchovního, tak pacientů. Tuto roli do značné míry ovlivňuje právě nemocniční prostředí. Zde je na duchovního kladena vyšší fyzická a emoční zátěž, protože se denně setkává s novými lidmi, z nichž mnozí procházejí nejrůznějšími krizemi. Většina jeho návštěv u nemocných se koná na očích veřejnosti. Ve svém sboru nebo farnosti se setkává s lidmi, které zná, v nemocnici s lidmi, které nezná a kteří přicházejí z různých prostředí. Vztahy navázané v nemocnici bývají ukončené odchodem, někdy úmrtím nemocného, ovlivněny návštěvními hodinami, omezeny působením léků (Synodní rada ČCE, 2000).

#### 4.2.3 Nemocniční kaplan - člen multidisciplinárního týmu

Poskytování kaplanské služby v rámci multidisciplinárního týmu má své velké přednosti, poukazuje MUDr. Opatrná (2006). Je-li pacienty kaplan vnímán jako člen týmu, snadněji si získává důvěru nemocných, která je pro jeho práci nezbytná. Je k dispozici všem pacientům a může opakovaně navazovat a rozvíjet předchozí hovory, zohledňovat

---

<sup>8</sup> Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <<http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1164034509>>.

momentální stav pacienta. Nemocný má samozřejmě právo kaplana odmítnout. Kaplan je nápomocen v komunikaci vztahů pacient/personál/rodina v nejrůznějších jeho variacích. Hraje významnou roli v období po sdělení závažné diagnózy, v období krizí v průběhu léčby a rozvoje nemoci, v závěru života pacienta a také v období smutku pozůstalých. Kaplan se účastní rozhodovacích procesů, bývá členem etických komisí. Jeho trvalá přítomnost na oddělení nevyvolává trauma, že přichází jen tehdy, blíží-li se konec života. Přítomnost kaplana odkazuje na duchovní dimenzi člověka, na existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci i smrti.

## 5 Z HISTORIE I SOUČASNOSTI POSKYTOVÁNÍ DUCHOVNÍ SLUŽBY VE ZLÍNSKÉ BAŤOVĚ NEMOCNICI

Zlínská nemocnice skoro jako všechny instituce, které vyrůstaly ve Zlíně, vznikala v pevném souladu s rozvojem Baťových závodů. Je nutno si uvědomit, že Zlín byl městem, které mělo v roce 1894, kdy byla založena firma Baťa, 2 900 obyvatel. V roce 1941 již měl Zlín 40 000 obyvatel, což si v roce 1927 vynutilo vybudování nové nemocnice. Zlín leží na pomezí Valašska, které je specifické svou religiozitou. Typické pro Zlín a jeho okolí je, že v některých vesnicích jsou postaveny dva kostely – evangelický a katolický. Skromní a pracovití lidé z oblasti Valašska, chudšího kraje, přicházeli do Baťovy firmy za prací a přinášeli si s sebou také svou náboženskou víru.

Kaple v Baťově nemocnici byla plánována již v éře první republiky samotnými zakladateli Baťovy nemocnice. V roce 1936 byl firmou Baťa, po dohodě s ředitelem MUDr. Bohuslavem Albertem, podán návrh na vypracování projektu kaple lokalizované v Baťově nemocnici. Zároveň bylo vybráno i místo. Existuje architektonický návrh kaple a její lokalizace od F. L. Gahury (Příloha P IV). Kaple měla být situována ve východní části nemocnice, kde se nalézaly tzv. domy pro přestárlé (nynější oddělení nukleární medicíny a oddělení mikrobiologie). K její stavbě bohužel nedošlo. Roku 1935 se začalo s plánováním Baťova domu zdraví a vše dovršila okupace v roce 1939. V roce 1940 byla vybudována nová porodnice, ve které byla malá kaple s velkou krásnou křtitelnicí sloužící ke křtu právě narozených dětí. Samozřejmostí v té době byla spolupráce s místní farou, která byla vedena duchovními salesiánského řádu. Na požádání přicházeli do nemocnice a poskytovali pomazání nemocných a také útěchu v nemoci. Po roce 1948 zmizela křtitelnice a během dalších let byla jakákoliv duchovní služba velmi omezená. (z archivu MUDr. Bakaly)<sup>9</sup>

Na službu nemocným před rokem 1989 vzpomíná také katolický kněz, salesián P. Stanislav Palásek: „Do nemocnice k nemocným se chodilo pouze v době návštěv a záleželo na jednotlivých odděleních, na vstřícnosti personálu. Zvláště na očním oddělení to bylo dobré. Vzpomínám, že sestřičky občas křtily děti již v porodnici. K nemocným, kteří

---

<sup>9</sup> Prim. MUDr. Jiří Bakala, přednosta oddělení nukleární medicíny KNTB, a. s., odborník na historii zlínské Baťovy nemocnice, autor knihy „80 let Baťovy nemocnice v obrazech, faktech a dokumentech“.

projevili přání, chodili také akolyté se svatým přijímáním. Po roce 1989 se začaly konat pobožnosti, nejdříve na 21. pavilonu a později se místa pro konání bohoslužeb střídala. Byli jsme voláni i na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Vzpomínám si na chvíle, kdy po udělení svátosti nemocných docházelo k viditelnému zlepšení zdravotního stavu pacienta, k jeho zklidnění. Účinek působení svátosti byl znatelný i navenek, uznali to příbuzní i ošetřující personál“ (ze vzpomínek P. Paláska).<sup>10</sup>

Po pádu totalitního režimu se také před církví otevřely nové možnosti pastorační péče, v níž významné místo patří péči o nemocné v rodinách i v nemocnici. V okresní nemocnici ve Zlíně se poprvé konaly bohoslužby r. 1990, katolická mše svatá byla sloužena na tehdejší interním oddělení 21. pavilonu pravidelně každou sobotu, 1. sobotu v měsíci se konala bohoslužba českobratrské církve evangelické, 2. sobotu církve bratrské, 3. sobotu církve československé husitské a 4. sobotu v měsíci se konala bohoslužba bratrské jednoty baptistů. Farář Církve československé husitské Kopecký přišel s výzvou podílet se na službě nemocným a střídat se v bohoslužbách slova.

V té době se laici zlínské římskokatolické farnosti začali podílet na nedělních bohoslužbách slova na oddělení dlouhodobě nemocných. Této službě se s obětavostí věnoval PhDr. Vojtěch Cekota, který každou neděli vedl bohoslužbu slova a současně přinášel nemocným svaté přijímání. Pan Cekota vzpomíná: „Účast na bohoslužbách slova bývala různá. Někdy nás byla plná jídelna, jindy jenom pět pacientů nebo ještě méně. Po skončené bohoslužbě jsem byl požádán o návštěvu některých ležících pacientů a tím se mé návštěvy v nemocnici prodlužovaly. Po zavedení pravidelných sobotních mší svatých v nemocnici jsme od bohoslužby slova upustili a soustředili se na návštěvy nemocných přímo na pokojích. Nejprve jsem docházel jenom na LDN, brzy však přicházely žádosti nemocných i z ostatních pavilonů. Služba v nemocnici se stávala náročnější na čas. Po několika letech přece jen přišla pomoc a v nemocnici jsme se střídali. V současnosti dochází do nemocnice pět akolytů, kteří se po týdně střídají. Co tato služba v nemocnici pro mne znamená, co znamená pro naše pacienty? Pro mě je to velké duchovní obohacení. Když vidím, s jakou touhou, soustředěností, zbožností přijímají Tělo Páně, s jakou pozorností vyslechnou slovo

---

<sup>10</sup> Pater Stanislav Palásek, katolický kněz, salesián, působící ve zlínské farnosti sv. Filipa a Jakuba v letech 1972-1979, 1990-1993.

Boží, jak opravdově se modlí, je to velkým povzbuzením pro mě, abych v této službě ještě nějaký rok pokračoval. Co znamená tato služba pro nemocné, na to snad některý z nich odpoví sám. Nejsou to však jenom věřící pacienti, kteří se na naši návštěvu těší, ale porozumění nacházíme také u většiny ostatních nemocných, u kterých často pozorujeme velké pohnutí. Někdy dojde i k zajímavým debatám o víře, o náboženství, o církvi“ (z rozhovoru PhDr. Cekoty).<sup>11</sup>

Mše svatá v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., je sloužena každou sobotu v 15. 30 hodin v Léčebně dlouhodobě nemocných, ve výukovém sále, v suterénu (Příloha P V). O svaté přijímání pro nemocné, svátost smíření a svátost nemocných je třeba požádat na Farním úřadě ve Zlíně, kde je zapotřebí nahlásit jméno, oddělení a pokoj nemocného.

## 5.1 Dobrovolníci v nemocnici

V současnosti přicházejí k dlouhodobě hospitalizovaným nemocným dobrovolníci, kteří se navštěvování nemocných věnují pravidelně každé úterý v odpoledních hodinách. Většinou přicházejí za těmi nemocnými, kteří jsou nejvíce osamoceni, za nimiž nepřichází vlastní rodina nebo přátelé. Dobrovolníci neposkytují duchovní oporu formou liturgickou, ale formou civilní, na bázi reflektujícího rozhovoru, popř. společné modlitby a citlivou lidskou účastí na pacientově životním příběhu (Machová, 2006). Úlohou dobrovolníka není spirituální potřeby nemocného přímo řešit, ale jeho potřeby a vnitřní stav vůbec s úctou vnímat a jde-li to, napomoci k jejich řešení. Dobrovolník může nabídnout chápavé naslouchání, zprostředkovat návštěvu duchovního, společnou modlitbu.

Dobrovolní pracovníci jsou povoláni k tomu, aby konali jedinečnou práci: přinášejí cennou pomoc službě životu, když spojují profesionální příležitost s upřímnou a nezištnou láskou, aby i přes všechny únavy a slabosti obnovovali vědomí důstojnosti každého člověka, aby rozvíjeli mezilidské vztahy a tam, kde je to nezbytné, nacházeli nové cesty, kde

---

<sup>11</sup> Doc. PhDr. Vojtěch Cekota, akolyta, stojící u zrodu duchovní služby nemocným ve zlínské nemocnici.



vztah dokáže více, než jakákoliv péče a pomoc (Jan Pavel II, 1995). Každý nemocný člověk potřebuje setkání s jinými lidmi, jejich blízkost, potřebuje doteky lidství.

V letošním roce uskutečnilo dobrovolnické centrum Adra Zlín školení pro dobrovolníky starší 18 let, kteří by se chtěli stát společníky pro pacienty gerontologického centra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Na zájemce čeká společné povídání s pacienty, vycházky, předčítání z knih, kreslení, zpívání a pomoc při jednorázových akcích. Adra Zlín zajišťuje dobrovolníkům školení, pojištění, supervizi a proplácení cestovného.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

### Cíl č. 1:

- Popsat existenciální, náboženské a spirituální potřeby člověka.

### Cíl č. 2:

- Zjistit, zda v průběhu hospitalizace pacienti považují za důležité uspokojování duchovních potřeb a zda pro jejich naplňování mají v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., vhodné podmínky.

### Dílčí cíl:

- Zjistit informovanost pacientů o nabídce duchovní služby v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

### Cíl č. 3:

- Zjistit, zda by pacienti měli zájem v období hospitalizace využít možnost duchovního doprovázení nebo duchovních služeb a zda by bylo vhodné za tímto účelem zřídit místo pastoračního asistenta (nemocničního kaplana).

### Hypotéza:

Domnívám se, že alespoň 20 % respondentů má zájem využít službu pastoračního asistenta (nemocničního kaplana).

### Cíl č. 4:

- Zjistit zájem pacientů o zřízení nemocniční kaple v areálu Krajské nemocnice T. Bati, a. s.

### Dílčí cíl:

- Zjistit, jaké jsou představy pacientů o možnostech využití kaple.

### Hypotéza:

Předpokládám, že nemocniční kapli by v areálu Krajské nemocnice T. Bati, a. s., uvítalo více než 20 % hospitalizovaných pacientů.

## 7 METODIKA PRŮZKUMU

### 7.1 Charakteristika respondentů

Rozhodla jsem se pro náhodný výběr pacientů z různých oddělení, kteří byli minimálně šest dnů hospitalizovaní a zároveň byli ochotní dotazník vyplnit. Respondenti měli možnost svobodného rozhodnutí na dotazník odpovědět, nebo jej odmítnout, případně otázky, které považovali jako zasahující do soukromí, nevyplňovat. Celkově jsem oslovila okolo 120 pacientů, 95 pacientů bylo ochotných dotazník vyplnit, rozhodnutí některých pacientů dotazník nevyplňovat jsem respektovala. Po pacientech ochotných odpovědět jsem nežádala okamžité vyplnění. Byla jsem si vědoma, že roli může hrát momentální zdravotní situace nemocného, naplánovaná vyšetření atd.

### 7.2 Metody práce

Pro svou bakalářskou práci jsem ke sběru dat použila metodu kombinovaného průzkumu prostřednictvím dotazníků. Převaha položek byla kvantitativního charakteru. „Kvantitativní znamená, že šetření je navrženo tak, aby přineslo numerická data měřením proměnných“ (Punch, 2008, s. 13). Pomocí předem připravených otázek mi dotazníky umožnily získávat potřebné informace od respondentů. Nejprve jsem si formulovala hlavní cíle a cíle dílčí, dále jsem si k cíli č. 3 a k cíli č. 4 stanovila hypotézy. Následovalo sestavení dotazníku pro pacienty hospitalizované ve zlínské nemocnici. Předvýzkum k mé práci jsem realizovala na malém vzorku pěti osob z okruhu mých známých, kde jsem se ujistila o srozumitelnosti kladených otázek a po vyhodnocení jsem provedla drobné úpravy. Stanovila jsem si plán, podle kterého jsem se rozhodla postupovat.

Na doporučení hlavní sestry Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Mgr. Dleskové jsem každého respondenta ohledně vyplnění dotazníku oslovila osobně. Z tohoto důvodu jsem s distribucí dotazníků začala již v prosinci r. 2010 a ukončila ji v únoru r. 2011. Dotazníky jsem rozdávala po předchozí domluvě s vrchními a staničními sestrami jednotlivých oddělení. Dotazník obsahoval 29 položek (Příloha P VIII). První kategorie položek (položky 1 – 8) byla obecného charakteru a byla zaměřená na informace o respondentovi. Druhá kategorie (položky 9 – 18) věnovala pozornost duchovním potřebám a jejich uspokojování. Třetí kategorie (19 – 25) zjišťovala informovanost o duchovní službě ve zlínské nemocnici a

dále zájem pacientů o službu pastoračního asistenta. Poslední kategorie položek (26 – 29) zkoumala zájem mezi pacienty o zřízení nemocniční kaple.

V dotazníku byly použity položky otevřené (10, 13), uzavřené (1, 2, 4, 5, 11, 14, 16, 18, 24, 25, 27, 28), polouzavřené (3, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 29). Dále byla nabídnuta možnost více odpovědí (8, 9, 15, 17, 19, 21, 22, 29) a možnost vyjádřit vlastní názor (23).

K analýze dat bylo použito 90 dotazníků. 5 dotazníků jsem z důvodu nevyplnění odpovědí u většiny otázek vyřadila. Výsledky dotazníkového šetření jsem uspořádala do tabulek a grafů a vyjádřila pomocí absolutní a relativní četnosti.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali na určitou otázku stejným způsobem.

Relativní četnost je vyjádřena v procentech a informuje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Relativní četnost  $f_i$  byla vypočítána dle vzorce:  $f_i = n_i / n$  (kde  $n_i$  je absolutní četnost a  $n$  je celková četnost).

Při hodnocení výsledků jednotlivých položek jsem pro větší přehlednost použila tři typy grafů:

- koláčový graf – pokud respondent odpověděl na otázku jednou odpovědí (pohlaví, nemocniční oddělení...)
- sloupcový graf – použit v případě, kdy jednotlivé odpovědi respondentů mají rostoucí charakter (věk, délka hospitalizace...)
- řádkový graf – byl použit u otázek, na které bylo možno odpovědět více odpověďmi (životní styl, duchovní potřeby člověka...)

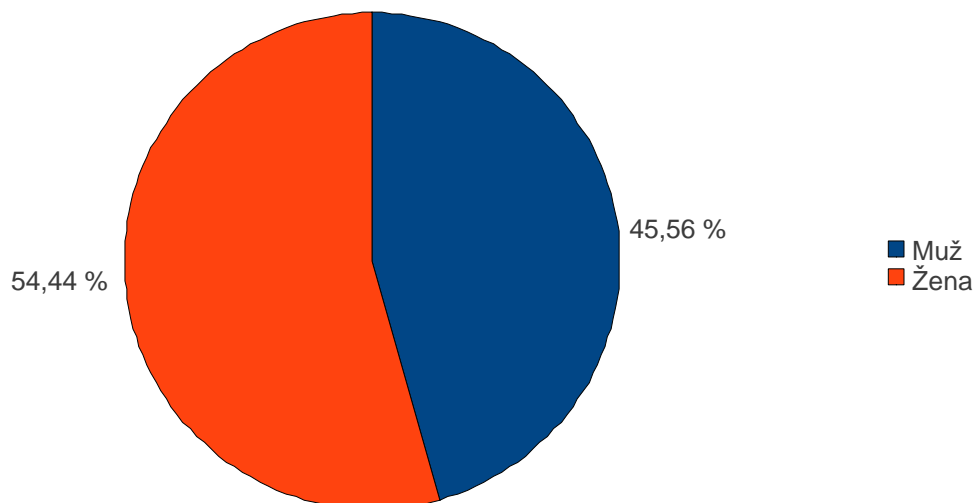
## 8 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

### Položka č. 1 - Pohlaví

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	41	45,56 %
Ženy	49	54,44 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00%</b>

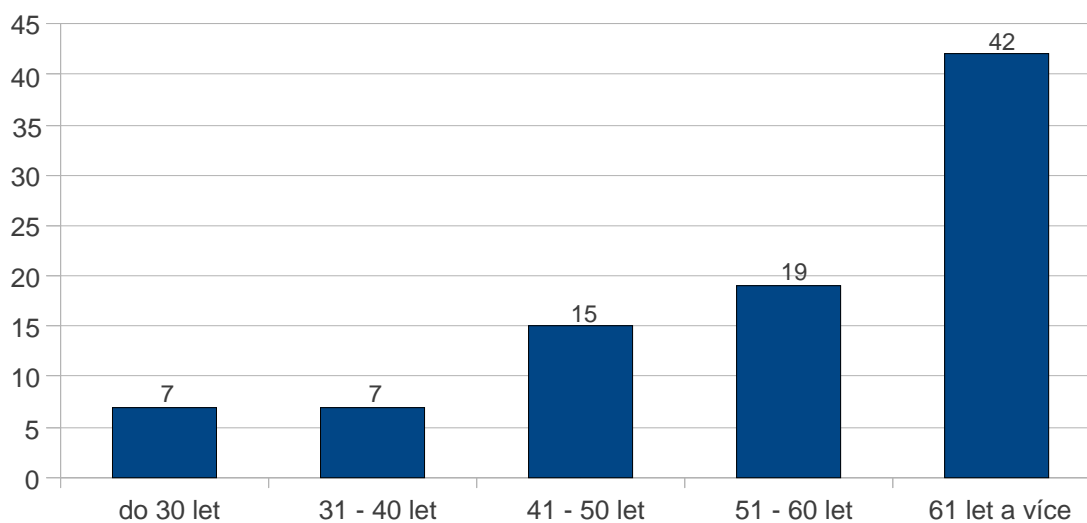
Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů na dotazník odpovídalo 41 (45,56 %) mužů a 49 (54,44 %) žen.

**Položka č. 2 – Váš věk?***Tabulka č. 2: Věk respondentů*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 30 let	7	7,78 %
31 - 40 let	7	7,78 %
41 - 50 let	15	16,67 %
51 - 60 let	19	21,10 %
61 let a více	42	46,67 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 2: Věk respondentů*

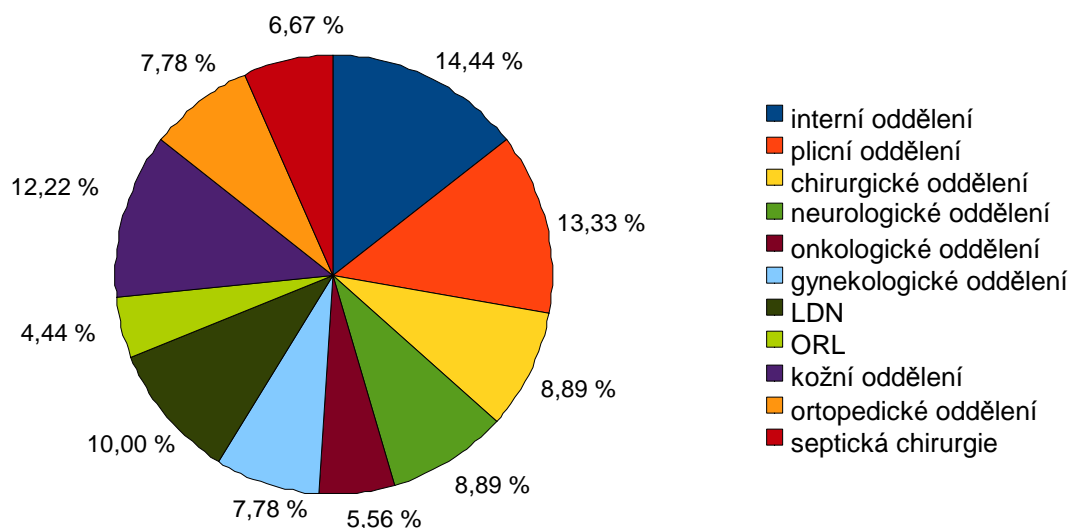
Z 90 (100,00 %) respondentů bylo 7 (7,78 %) osob mladších 30 let, 7 (7,78 %) respondentů dosahovalo věku 31 - 40 let, ve věku 41 - 50 let bylo 15 (16,67 %) respondentů, ve věku 51 – 60 let 19 (21,10 %) respondentů, 42 (46,67 %) respondentů bylo starších 61 let.

**Položka č. 3 - Jsem hospitalizován/a na tomto oddělení**

Tabulka č. 3: Hospitalizace respondentů na odděleních Krajské nemocnice T. Bati, a. s.

Odpoředi	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
Interní oddělení	13	14,44 %
Plicní oddělení	12	13,33 %
Chirurgické oddělení	8	8,89 %
Neurologické oddělení	8	8,89 %
Onkologické oddělení	5	5,56 %
Gynekologické oddělení	7	7,78 %
LDN	9	10,00 %
ORL	4	4,44 %
Kožní oddělení	11	12,22 %
Ortopedické oddělení	7	7,78 %
Septická chirurgie	6	6,67 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 3: Hospitalizace respondentů na odděleních Krajské nemocnice T. Bati, a. s.

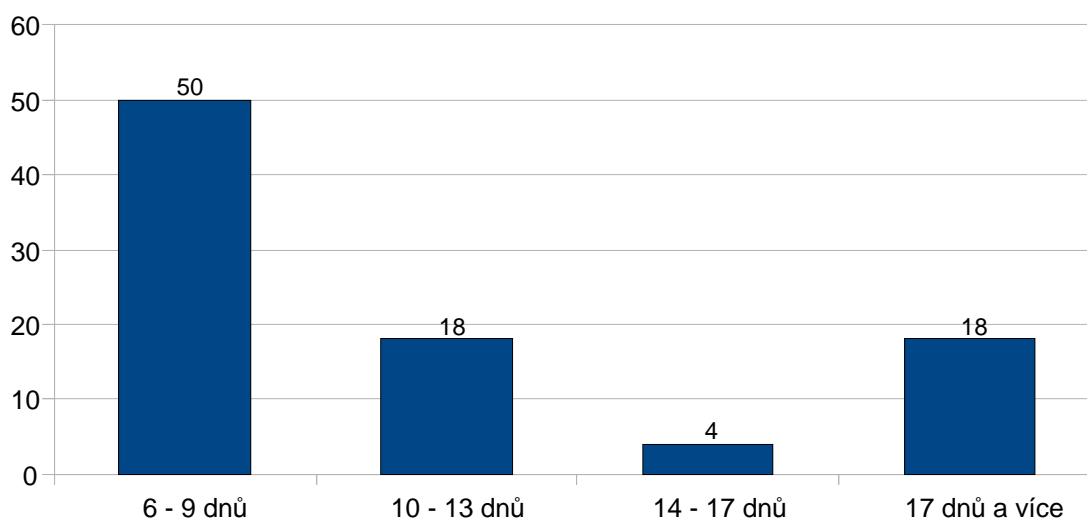


Z 90 (100,00 %) respondentů jich bylo hospitalizováno 13 (14,44 %) na interním oddělení, 12 (13,33 %) na plicním, 8 (8,89 %) na chirurgickém, 8 (8,89 %) na neurologickém, 5 (5,56 %) na onkologickém, 7 (7,78 %) na gynekologickém oddělení, 9 (10,00 %) na LDN, 4 (4,44 %) na ORL, 11 (12,22 %) na kožním oddělení, 7 (7,78 %) na ortopedickém oddělení a 6 (6,67 %) na septické chirurgii.



**Položka č. 4 - Jak dlouho jste hospitalizován/a?***Tabulka č. 4: Délka hospitalizace*

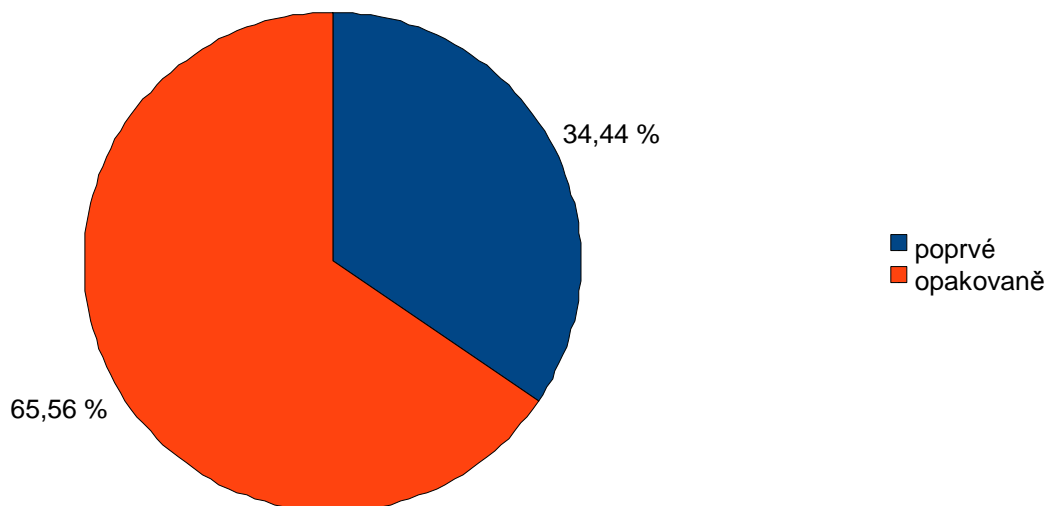
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
6 - 9 dnů	50	55,56 %
10 - 13 dnů	18	20,00 %
14 - 17 dnů	4	4,44 %
17 dnů a více	18	20,00 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 4: Délka hospitalizace*

Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů bylo hospitalizováno 50 (55,56 %) 6 – 9 dnů, 18 (20,00 %) pacientů 10 - 13 dnů, 4 (4,44 %) 14 - 17 dnů a u 18 (20,00 %) respondentů délka hospitalizace přesáhla 17 dnů.

**Položka č. 5 - V Krajské nemocnici T. Bati, a. s., jste hospitalizován/a?***Tabulka č. 5: Četnost hospitalizace v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poprvé	31	34,44 %
Opakovaně	59	65,56 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 5: Četnost hospitalizace v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.*

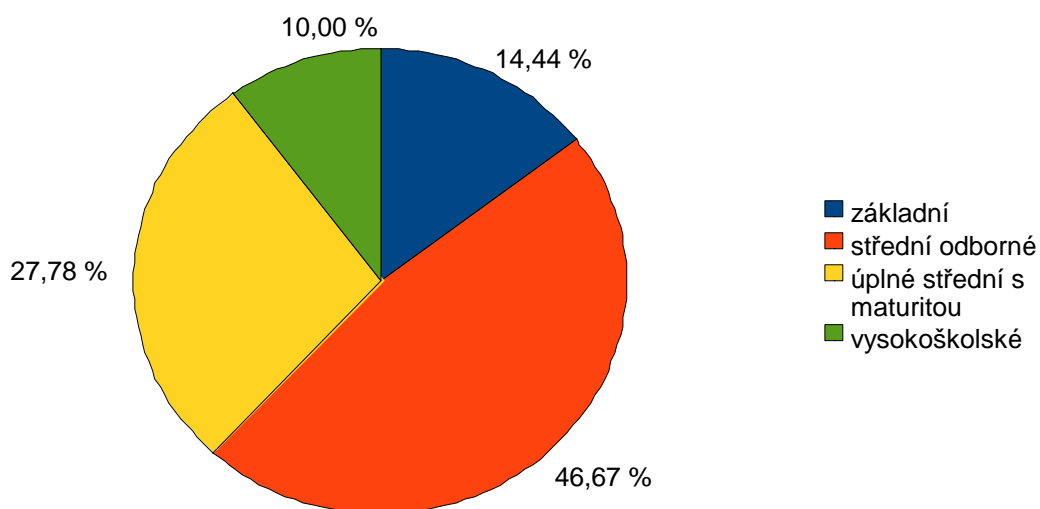
Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů jich bylo hospitalizováno v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., poprvé 31 (34,44 %) a opakovaně 59 (65,56 %).

**Položka č. 6 - Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

Tabulka č. 6: Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	13	14,44 %
Střední odborné	42	46,67 %
Úplné střední s maturitou	25	27,78 %
Vysokoškolské	9	10,00 %
Neuvedeno	1	1,11 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 6: Nejvyšší dosažené vzdělání



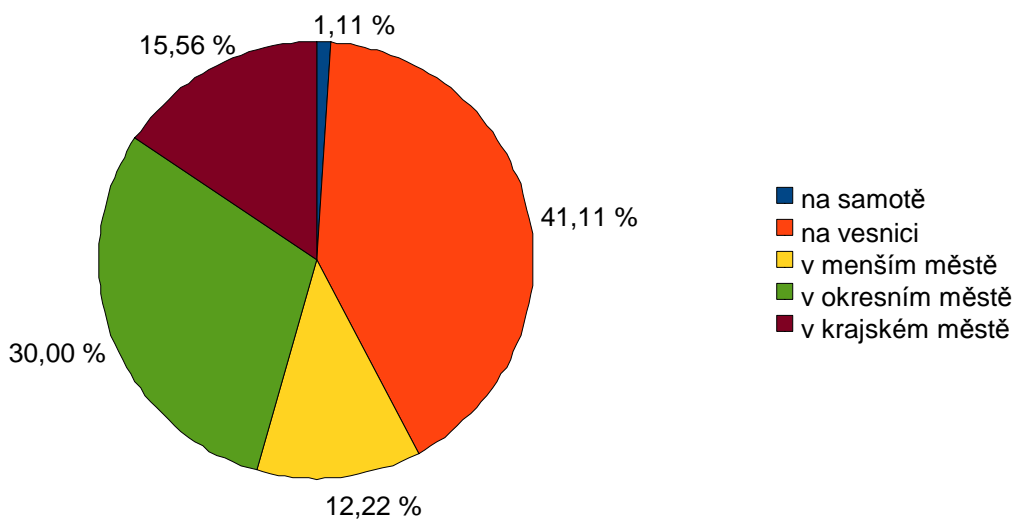
Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů získalo pouze základní vzdělání 13 (14,44 %), 42 (46,67 %) dosáhlo středního odborného vzdělání, 25 (27,78 %) úplného středního s maturitou. Vysokoškolské vzdělání mělo 9 (10,00 %) respondentů.

**Položka č. 7 - Uved'te, prosím, kde žijete**

Tabulka č. 7: Místo bydliště respondenta

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na samotě	1	1,11 %
Na vesnici	37	41,11 %
V menším městě	11	12,22 %
V okresním městě	27	30,00 %
V krajském městě	14	15,56 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 7: Místo bydliště respondenta



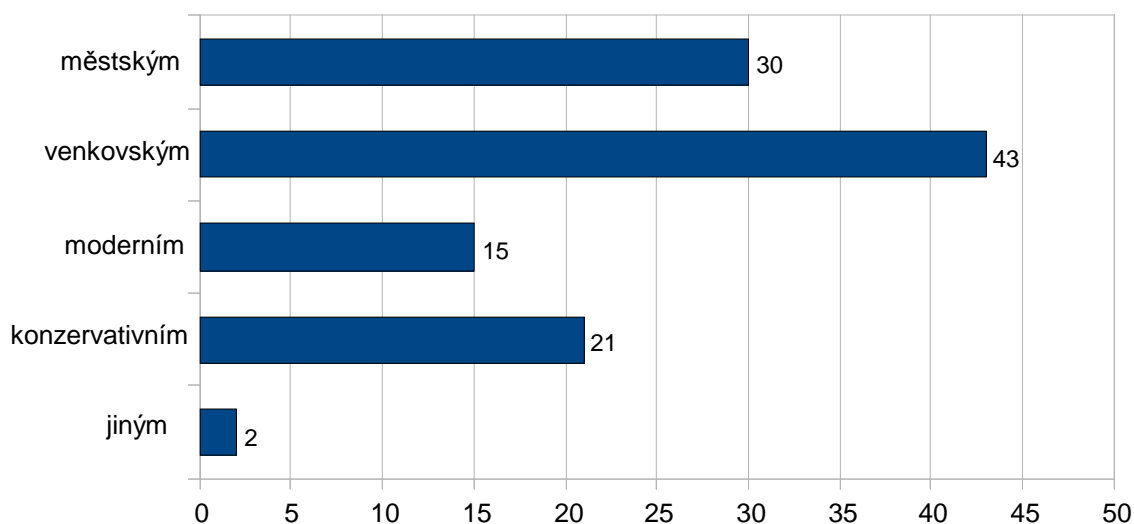
V této položce z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů 1 (1,11 %) odpověděl, že bydlí na samotě, 37 (41,11 %) na vesnici, 11 (12,22 %) v menším městě, 27 (30,00 %) v okresním městě, 14 (15,56 %) v krajském městě.

**Položka č. 8 - Jakým životním stylem podle Vás žijete?**

Tabulka č. 8: Životní styl

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Městským	30	33,33 %
Venkovským	43	47,78 %
Moderním	15	16,67 %
Konzervativním	21	23,33 %
Jiným	2	2,22 %
<b>Celkem</b>	<b>111</b>	<b>-----</b>

Graf č. 8: Životní styl



V této položce bylo možné uvést více odpovědí, proto celkový počet odpovědí dosáhl 111. Protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí, nepřevádíme tyto odpovědi na procenta.

Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů 43 (47,78 %) žije venkovským stylem života, 30 (33,33 %) městským, 21 (23,33 %) konzervativním. Pouze 15 (16,67 %) respondentů uvádí, že žije moderním životním stylem, a zbývajících 2 (2,22 %) jiným (lázeňským, svým).

**Položka č. 9 - Co jsou to podle Vás duchovní potřeby člověka?**

Tabulka č. 9: Duchovní potřeby člověka

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vztah s ostatními lidmi	50	55,56 %
Víra ve smysl života	42	46,67 %
Vše, co člověk prožívá a čemu přisuzuje hluboký smysl	34	37,78 %
Cít pro harmonii světa, schopnost vnímat krásu	25	27,78 %
Hledání posvátného	7	7,78 %
Náboženská víra	34	37,78 %
Psychická podpora	27	30,00 %
Přijetí svátostí	16	17,78 %
Nevím	3	3,33 %
Jiná možnost	1	1,11 %
<b>Celkem</b>	<b>239</b>	<b>----</b>

Graf č. 9: Duchovní potřeby člověka



V této položce bylo možné uvést více odpovědí, celkem jich bylo 239. Protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí, nepřevádíme tyto odpovědi na procenta.

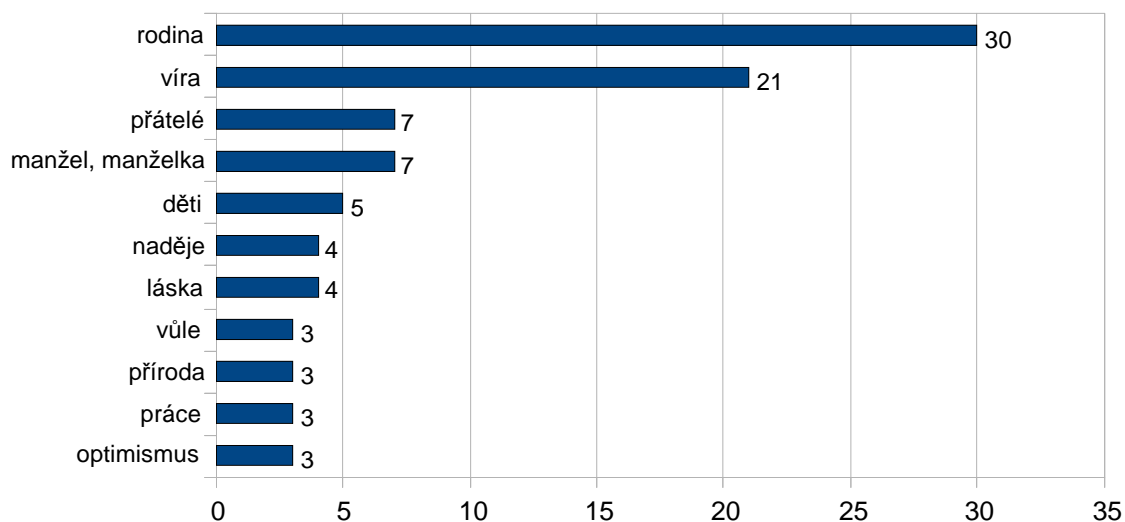
Nejvíce respondentů 50 (55,56 %) uvedlo jako duchovní potřebu člověka právě vztah s ostatními lidmi.

## **Položka č. 10 – Pokud máte nějaké životní těžkosti, co Vám pomáhá k jejich zvládnutí?**

*Tabulka č. 10: Pomoc v životních těžkostech*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Rodina	30	33,33 %
Víra	21	23,33 %
Přátelé	7	7,78 %
Manžel, manželka	7	7,78 %
Děti	5	5,56 %
Naděje	4	4,44 %
Láska	4	4,44 %
Vůle	3	3,33 %
Práce	3	3,33 %
Příroda	3	3,33 %
Optimismus	3	3,33 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 10: Pomoc v životních těžkostech*



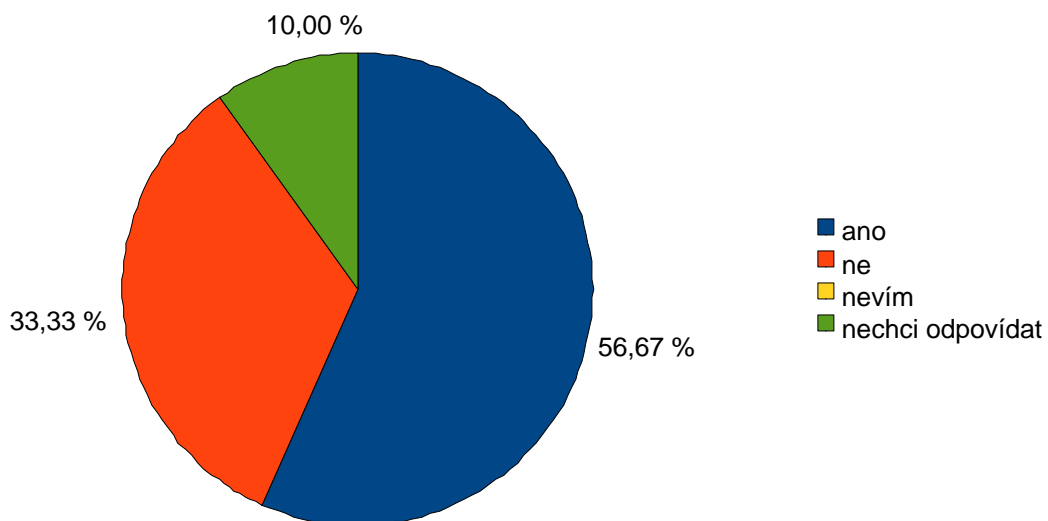
Do grafu byly zařazeny pouze pojmy, které se objevily v odpovědích respondentů alespoň 3x. Současně došlo ke sjednocení pojmů jako např. blízká rodina, nejbližší rodina za „rodinu“. Z celkových počtů 90 (100,00 %) respondentů uvádí 30 (33,33 %) rodinu jako nejdůležitější pomoc při zvládnání životních těžkostí, 21 (23,33 %) uvádí víru.

**Položka č. 11 - Hlásíte se k nějakému vyznání?**

Tabulka č. 11: Vyznání respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	51	56,67 %
Ne	30	33,33 %
Nevím	0	0,00 %
Nechci odpovídat	9	10,00 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 11: Vyznání respondentů



90 (100,00 %) respondentů odpovědělo na následující položku takto: 51 (56,67 %) se hlásí k určitému vyznání, 30 (33,33 %) se nehlásí k žádnému vyznání, 9 (10,00 %) respondentů využilo možnost neodpovídat.



**Položka č. 12 - Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a ANO, vyberte některou z následujících možností**

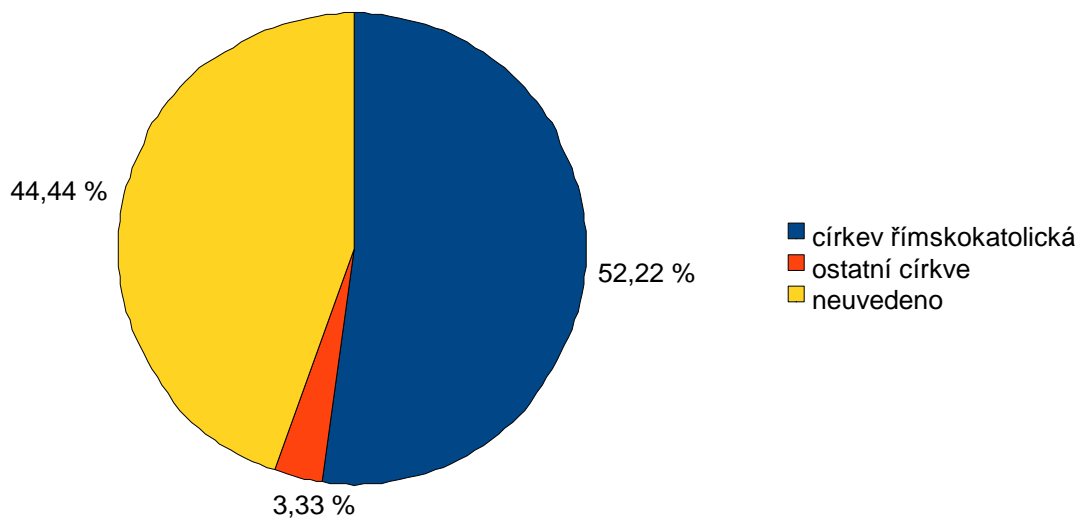
Tabulka č. 12: Příslušnost k církvi

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Apoštolská církev	0	0,00 %
Bratrská jednota baptistů	0	0,00 %
Církev adventistů sedmého dne	1	1,11 %
Církev bratrská	0	0,00 %
Církev československá husitská	0	0,00 %
Církev křesťanská společenství	0	0,00 %
Církev reformovaná	0	0,00 %
Církev římskokatolická	47	52,22 %
Českobratrská církev evangelická	1	1,11 %
Křesťanské sbory	0	0,00 %
Pravoslavná církev v českých zemích	0	0,00 %
Starokatolická církev v ČR	1	1,11 %
Jiná	0	0,00 %
Neuvedeno	40	44,44 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 13: Souhrnná tabulka

Církev	Absolutní četnost	Relativní četnost
Církev římskokatolická	47	52,22 %
Ostatní církve	3	3,33 %
Neuvedeno	40	44,44 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

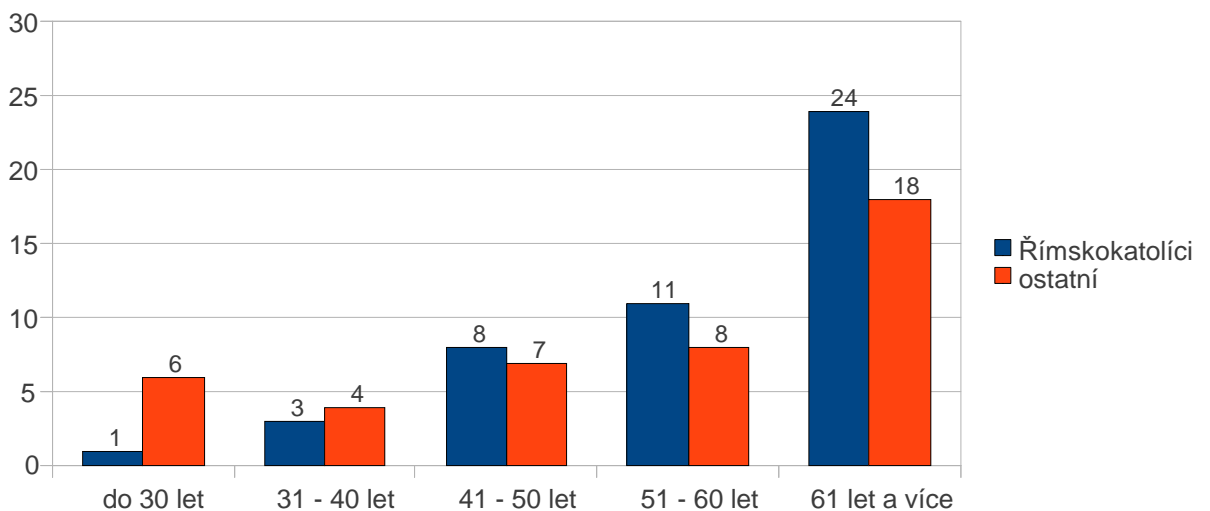
Graf č. 12: Příslušnost k církvi

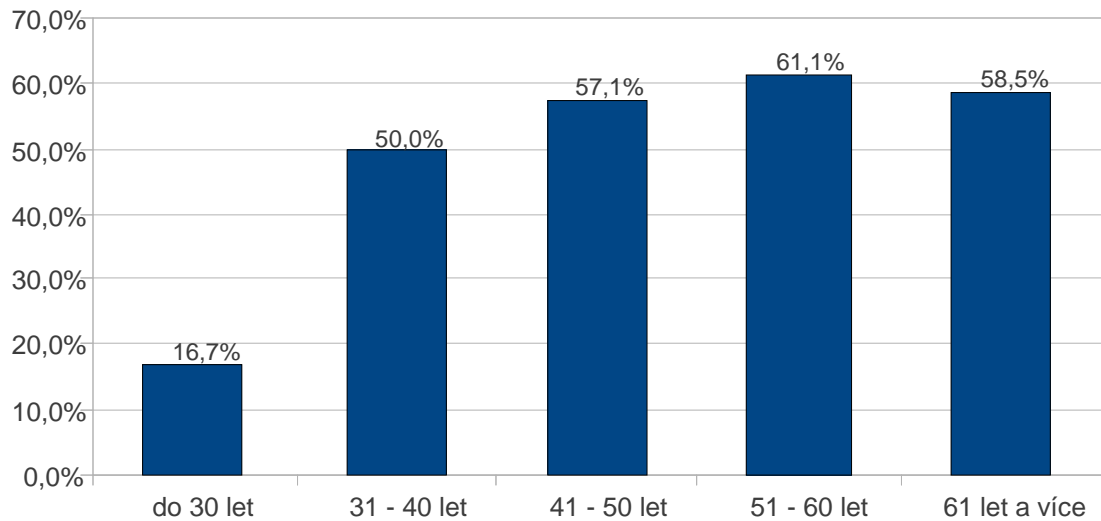


V této položce je vidět, že z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů se 47 (52,22 %) hlásí k římskokatolické církvi, 3 (3,33 %) k ostatním církvím a 40 (44,44 %) respondentů svou odpověď neuvedlo.

Následující graf zobrazuje zastoupení věkových skupin zvlášť pro katolíky a pro ostatní dohromady (příslušníci ostatních církví a respondenti, kteří svou příslušnost neuvedli).

Graf č. 13: Věkové zastoupení



*Graf č. 14: Zastoupení římskokatolíků ve věkových skupinách*

Následující graf ukazuje procentuelní zastoupení římskokatolíků v jednotlivých věkových skupinách.

**Položka č. 13 - Pokud se nehlásíte k žádnému vyznání, pokuste se slovně vyjádřit**

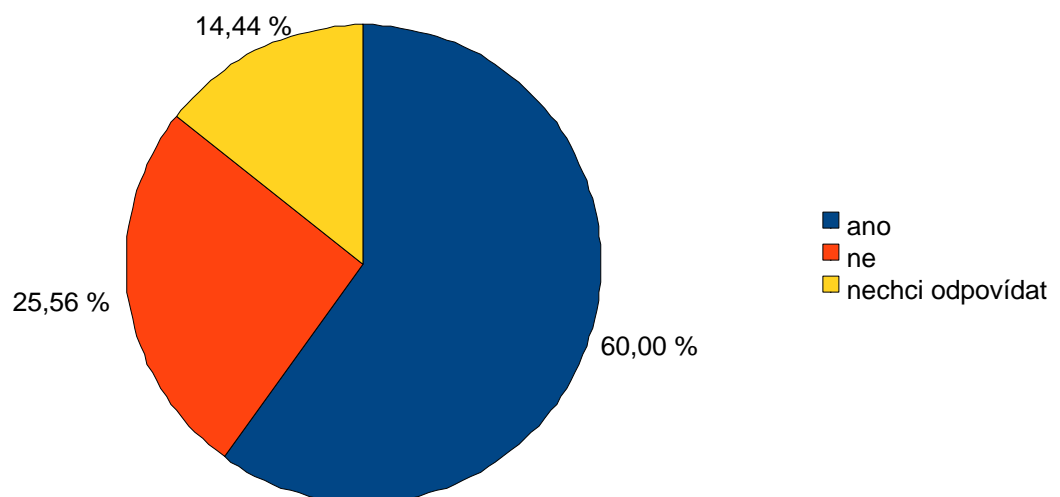
- V „něco“ věřím (v „co“?)
- Možnost jiné odpovědi

V této položce bylo možné odpovědět dvěma způsoby. Tady jsou odpovědi natolik různorodé a specifické, že se nedají statisticky zpracovat.

Svou odpověď napsalo 39 respondentů, což je 43,30 %. Nejčastější odpovědi byly: věřím ve smysl života, osud a úděl člověka, v něco nahoře, v dobro a zlo, věřím ve svého boha, v principy desatera...

**Položka č. 14 - Praktikujete svou víru?***Tabulka č. 14: Praktikování víry*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	54	60,00 %
Ne	23	25,56 %
Nechci odpovídat	13	14,44 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 15: Praktikování víry*

Z celkového počtů 90 (100,00 %) uvedlo, že svou víru praktikuje, 54 (60,00 %) respondentů, 23 (25,56 %) nepraktikuje a 13 (14,44 %) nechtělo na tuto otázku odpovídat.

**Položka č. 15 - Které z oblastí, souvisejících s Vaším zdravotním stavem, jsou pro Vás nyní nejdůležitější?**

*Tabulka č. 15: Oblasti spojené se zdravotním stavem*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kvalita života	69	76,67 %
Jistota a bezpečí	43	47,78 %
Zmírnění bolesti	29	32,22 %
Smysl života a utrpení	8	8,89 %
Postoj k smrti	3	3,33 %
Pochopení a empatie	8	8,89 %
Mít naději	34	37,78 %
Život v pravdě	12	13,33 %
Láska – milovat a být milován	30	33,33 %
Vztah k Bohu, k duchovním skutečnostem	21	23,33 %
Harmonický vztah k sobě a druhým	32	35,56 %
Zakusit odpuštění a moci pak odpustit	12	13,33 %
Jiné	1	1,11 %
<b>Celkem</b>	<b>302</b>	<b>-----</b>

*Graf č. 16: Oblastí spojené se zdravotním stavem*



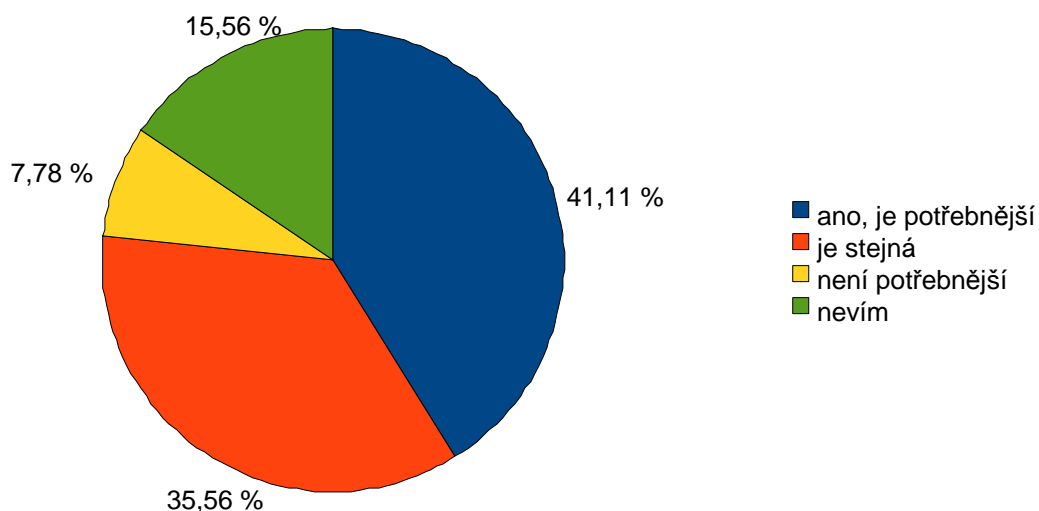
V této položce bylo možné uvést více odpovědí, celkový počet tak dosáhl 302. Při hodnocení vycházíme z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí, proto nepřevádíme tyto odpovědi na procenta. Jako nejdůležitější oblast související se zdravotním stavem respondentů uvádí 69 (76,67 %) kvalitu života.

**Položka č. 16 - Myslíte si, že duchovní péče v nemoci je potřebnější, než když jste zdravý/á?**

Tabulka č. 16: Potřebnost duchovní péče v nemoci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, je potřebnější	37	41,11 %
Je stejná	32	35,56 %
Není potřebnější	7	7,78 %
Nevím	14	15,56 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 17: Potřebnost duchovní péče v nemoci



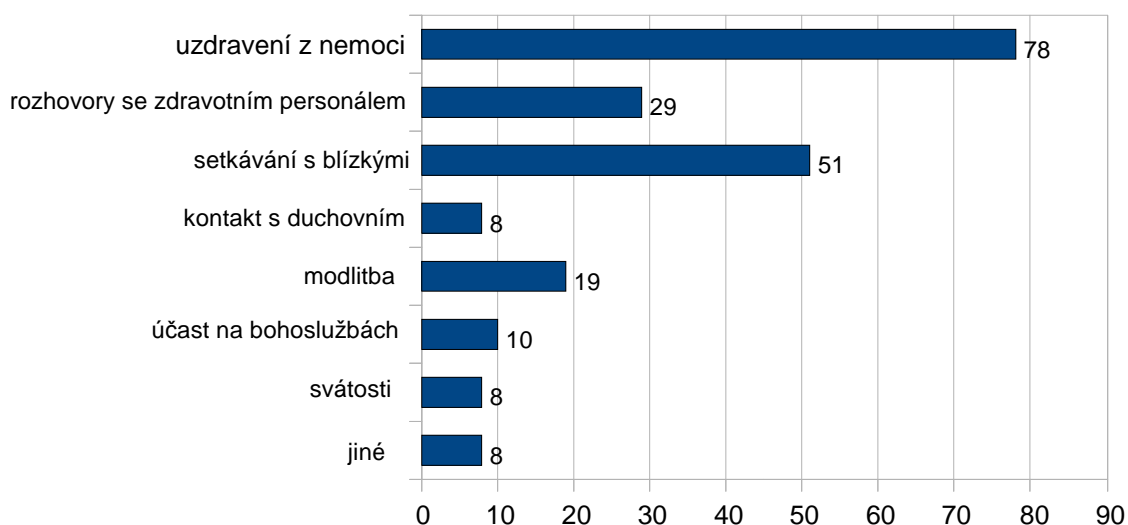
V této položce z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů 37 (41,11 %) odpovědělo, že duchovní péče v nemoci je pro ně potřebnější, než když jsou zdraví, 32 (35,56 %) její potřebnost považuje za stejnou, 7 (7,78 %) ji nepovažuje za potřebnější a 14 (15,56 %) neví, jestli je pro ně duchovní péče v nemoci potřebnější, než když jsou zdraví.

**Položka č. 17 - Určete blíže, co je pro Vás momentálně důležité**

Tabulka č. 17: Momentální důležitost

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Uzdravení z nemoci	78	86,67 %
Rozhovory se zdravotním personálem	29	32,22 %
Setkávání s blízkými	51	56,67 %
Kontakt s duchovním	8	8,89 %
Modlitba	19	21,11 %
Účast na bohoslužbách	10	11,11 %
Svátosti	8	8,89 %
Jiné	8	8,89 %
<b>Celkem</b>	<b>211</b>	<b>-----</b>

Graf č. 18: Momentální důležitost



Také zde bylo možné uvést více odpovědí, celkový počet tak dosáhl 211. Při hodnocení vycházíme z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí, proto nepřevádíme tyto odpovědi na procenta.

V této položce je za momentálně nejdůležitější považováno uzdravení z nemoci u 78 (86,67 %) respondentů, setkání s blízkými pokládá za důležité 51 (56,67 %) dotázaných, rozhovory se zdravotním personálem 29 (32,22 %). Modlitba je momentálně důležitá pro 19 (21,11 %) respondentů, účast na bohoslužbách považuje za důležitou 10 (11,11 %)



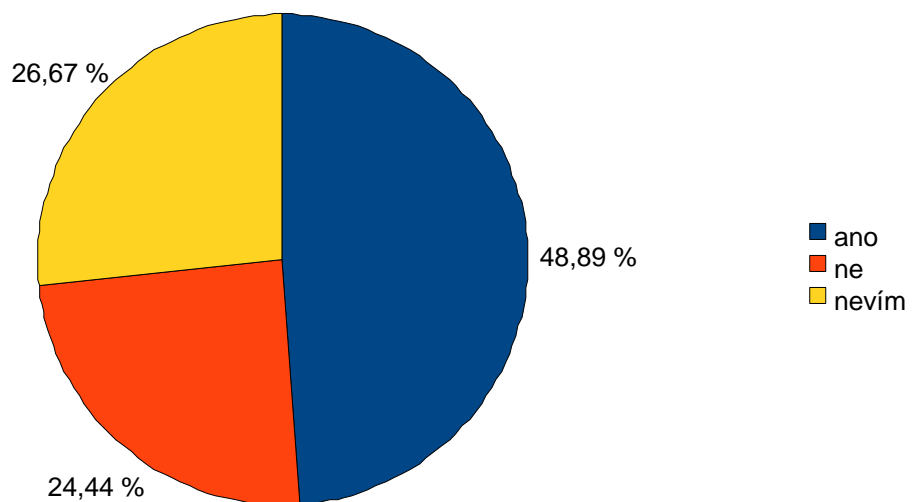
dotázaných, kontakt s duchovním a svátosti 8 (8,89 %). Pro dalších 8 (8,89 %) respondentů je momentálně důležité následující: blízký cíl, pochopení a empatie, psychická podpora, život v harmonii, nadhled, jít domů, smíření a přijetí eucharistie.

**Položka č. 18 - Považujete při Vaší léčbě a s ní spojenou hospitalizací za důležité uspokojování duchovních potřeb?**

*Tabulka č. 18: Důležitost uspokojování duchovních potřeb při hospitalizaci*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	48,89 %
Ne	22	24,44 %
Nevím	24	26,67 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

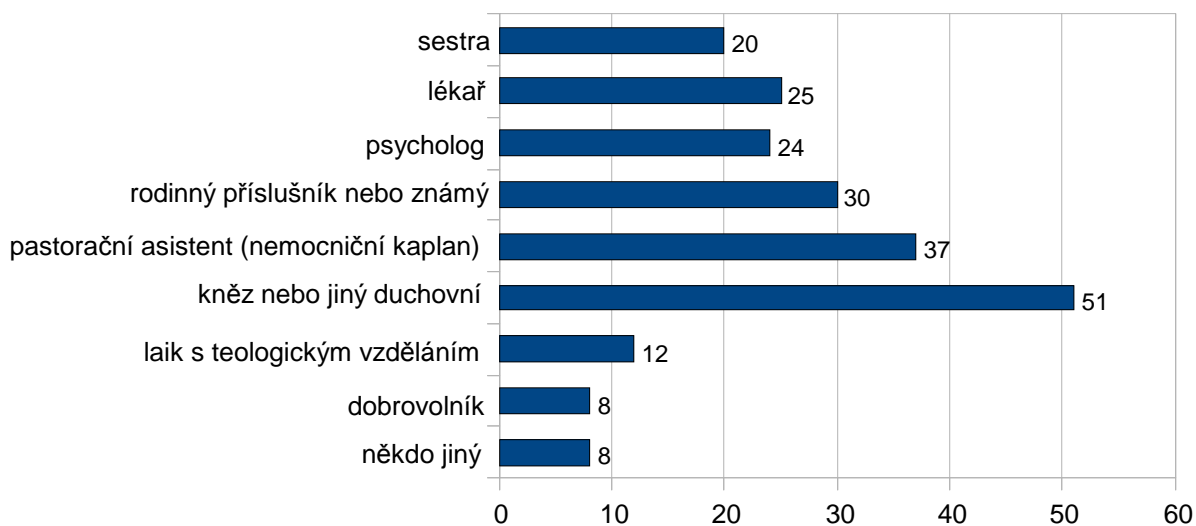
*Graf č. 19: Důležitost uspokojování duchovních potřeb při hospitalizaci*



Z celkového počtu 90 (100,00%) respondentů považuje 44 (48,89 %) za důležité uspokojování duchovních potřeb v průběhu léčby během hospitalizace, 22 (24,44 %) to nepovažuje za důležité a 24 (26,67 %) neví.

**Položka č. 19 - Kdo může podle Vás poskytovat duchovní službu?***Tabulka č. 19: Poskytovatel duchovní služby*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sestra	20	22,22 %
Lékař	25	27,78 %
Psycholog	24	26,67 %
Rodinný příslušník nebo známý	30	33,33 %
Pastorační asistent (nemocniční kaplan)	37	41,11 %
Kněz nebo jiný duchovní	51	56,67 %
Laik s teologickým vzděláním	12	13,33 %
Dobrovolník	8	8,89 %
Někdo jiný	8	8,89 %
<b>Celkem</b>	<b>215</b>	<b>-----</b>

*Graf č. 20: Poskytovatel duchovní služby*

I zde byla možnost více odpovědí, celkový počet dosáhl 215. Při hodnocení vycházíme z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí, proto nepřevádíme tyto odpovědi na procenta.

51 (56,67 %) respondentů se domnívá, že kněz nebo jiný duchovní je ten, který může poskytovat duchovní službu, 37 (41,11 %) si totéž myslí o pastoračním asistentovi,

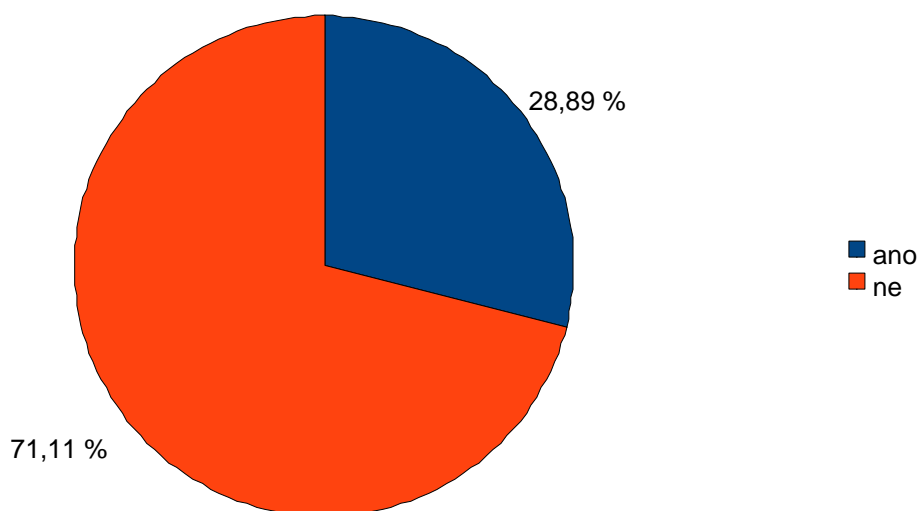
pro 30 (33,33 %) respondentů je to rodinný příslušník nebo známý, 25 (27,78 %) se domnívá, že tuto službu poskytuje lékař, 24 (26,67 %) připisuje tuto roli psychologovi, 20 (22,22 %) sestře, 12 (13,33 %) laikovi s teologickým vzděláním, 8 (8,89 %) dobrovolníkovi a 8 (8,89 %) respondentů uvádí, že to může být i někdo jiný, např. kdokoliv, psychiatr, každý, kdo naslouchá, kdo k tomu má blízko, všichni, kdo jsou u mne, každý, koho si vážím.

**Položka č. 20 - Setkal/a jste se v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., s někým, kdo Vám poskytoval výše uvedené služby?**

*Tabulka č. 20: Setkání v nemocnici s poskytovatelem duchovní služby*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	28,89 %
Ne	64	71,11 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 21: Setkání v nemocnici s poskytovatelem duchovní služby*



Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů 26 (28,89 %) uvádí, že se v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., setkalo s člověkem, který jim poskytoval duchovní službu. Nejčastěji uvádí: rodinného příslušníka, sestru, lékaře, kněze, psychologa, dobrovolníka, 64 (71,11 %) se v nemocnici s poskytovatelem duchovní služby nesetkalo.

### Položka č. 21 – Byl/a jste v této nemocnici informován/a o možnosti využití duchovní služby?

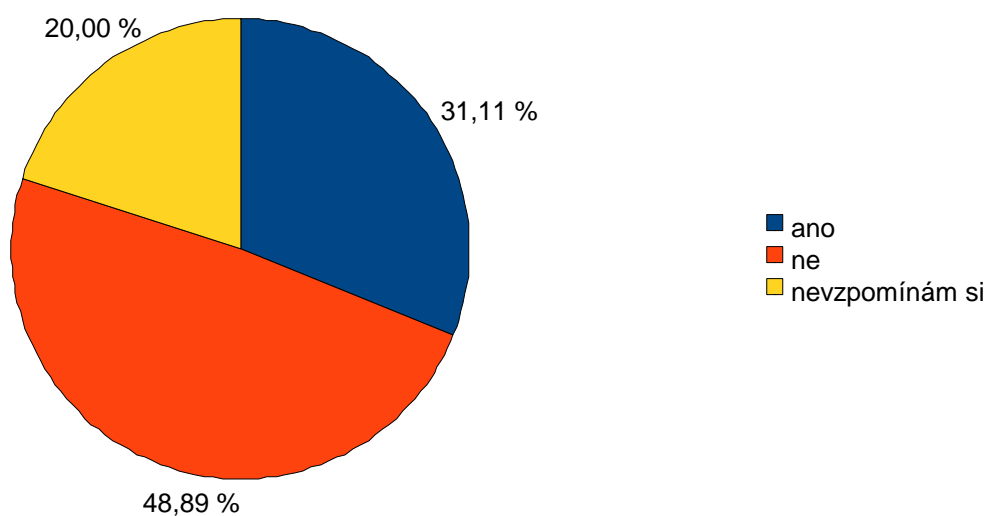
Tabulka č. 21: Informovanost o duchovní službě v nemocnici

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, při příjmu	2	2,22 %
Ano, během hospitalizace	7	7,78 %
Ano, z letáků na nástěnkách	16	17,78 %
Ano, když jsem se dotázal/a	4	4,44 %
Ano, jinak	3	3,33 %
Ne	44	48,89 %
Nevzpomínám si	18	20,00 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>-----</b>

Tabulka č. 22: Shrnutí odpovědí „ano“, „ne“, „nevzpomínám si“

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	31,11 %
Ne	44	48,89 %
Nevzpomínám si	18	20,00 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 22: Shrnutí odpovědí „ano“, „ne“, „nevzpomínám si“

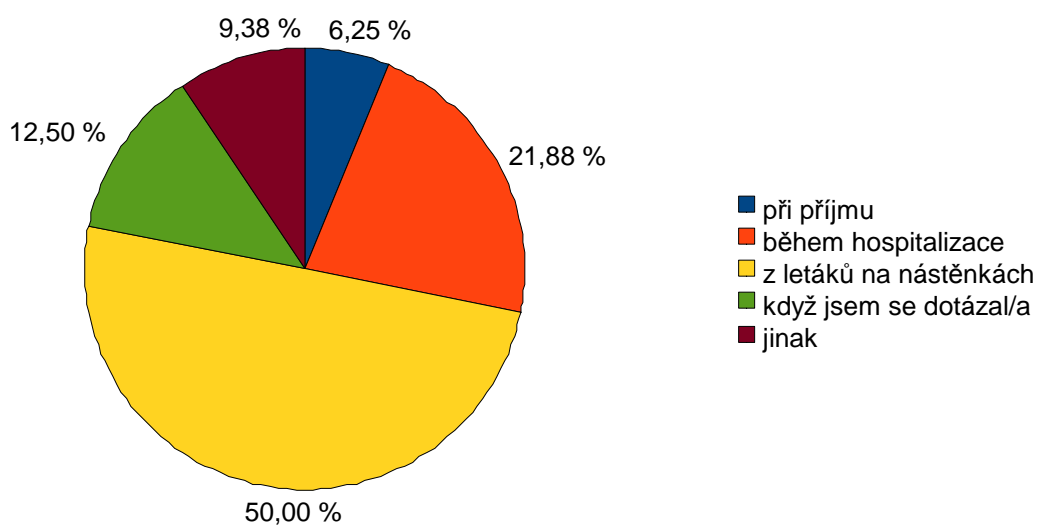


Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů 44 (48,89 %) odpovědělo ne, 28 (31,11 %) odpovědělo ano, 18 (20,00 %) pacientů si nevzpomíná na informování o duchovní službě.

Tabulka č. 23: Ti, kteří odpověděli „ano“, odkud

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Při příjmu	2	6,25 %
Během hospitalizace	7	21,88 %
Z letáků na nástěnkách	16	50,00 %
Když jsem se dotázal/a	4	12,50 %
Jinak	3	9,38 %
<b>Celkem</b>	<b>32</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 23: Ti, kteří odpověděli „ano“, odkud



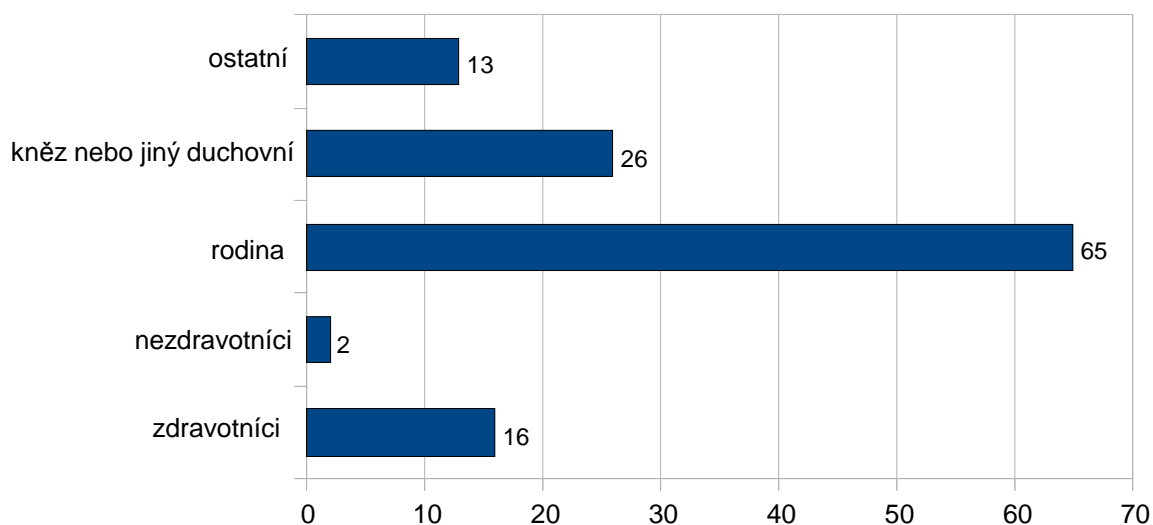
Z celkového počtu respondentů 32 (100,00 %), kteří uvedli „ano“, uvádí 16 (50,00 %), že informace o duchovní službě v nemocnici získali z letáků na nástěnkách, 7 (21,88 %) tyto informace získalo během hospitalizace, 4 (12,50 %) když se dotázali, 3 (9,38 %) uvádí jinou možnost (z informací pro pacienty, z letáku) a 2 (6,25 %) byli informováni při příjmu.

**Položka č. 22 – Pokud byste měl/a potřebu mluvit o svých niterných záležitostech, komu byste se svěřil/a?**

*Tabulka č. 24: Svěření niterných záležitostí*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotníci	16	17,78 %
Nezdravotníci	2	2,22 %
Rodina	65	72,22 %
Kněz nebo jiný duchovní	26	28,89 %
Ostatní	13	14,44 %
<b>Celkem</b>	<b>122</b>	<b>-----</b>

*Graf č. 24: Svěření niterných záležitostí*



V této položce bylo možné uvést více odpovědí, proto celkový počet odpovědí dosáhl 122. Protože při hodnocení budeme vycházet z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí, nepřevádíme tyto odpovědi na procenta.

Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů by své niterné záležitosti svěřilo rodině 65 (72,22 %), kněžím nebo jiným duchovním by se svěřilo 26 (28,89 %), zdravotníkům 16 (17,78 %) dotázaných, ostatním (manželce, psychiatrovi, ošetřujícímu lékaři, příbuzným, nejbližšímu příteli ...) by se svěřilo 13 (14,44 %) respondentů a nezdravotníkům 2 (2,22 %).

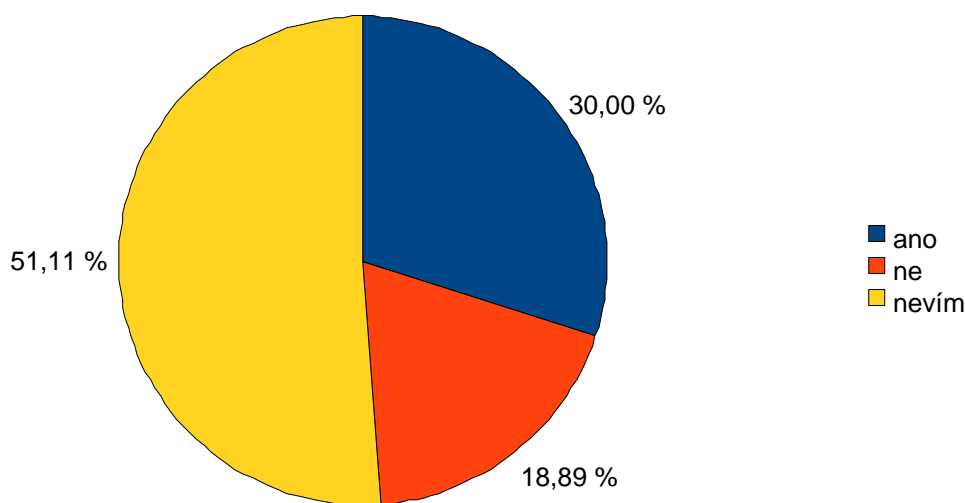


**Položka č. 23 – Domníváte se, že zde v nemocnici máte vhodné podmínky pro zachování a uskutečňování všeho, co souvisí s vašimi duchovními potřebami?**

*Tabulka č. 25: Vhodné podmínky pro zachování a uskutečňování duchovních potřeb v nemocnici*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	27	30,00 %
Ne	17	18,89 %
Nevím	46	51,11 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 25: Vhodné podmínky pro zachování a uskutečňování duchovních potřeb v nemocnici*



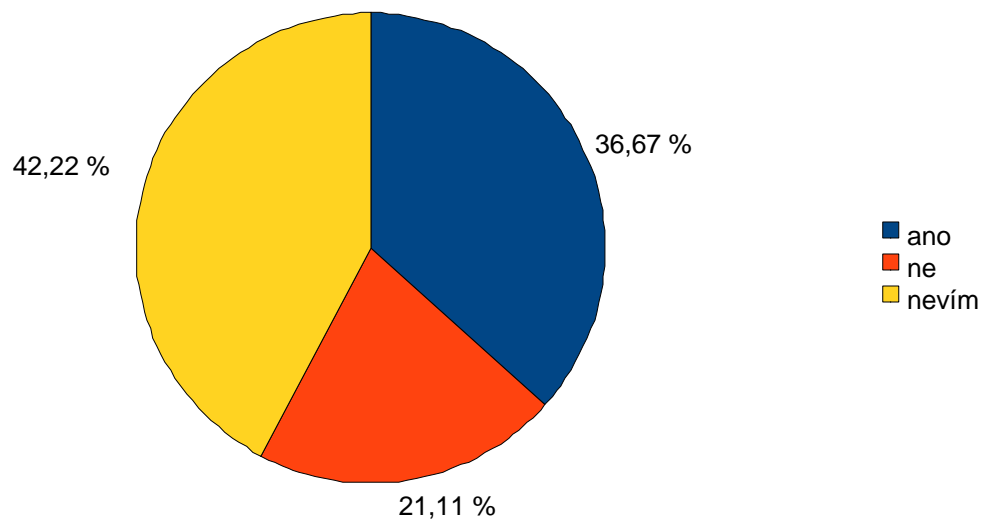
Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů 46 (51,11 %) uvádí, že neví, zda mají v nemocnici vhodné podmínky pro zachování a uskutečňování všeho, co souvisí s jejich duchovními potřebami, 27 (30,00 %) se domnívá, že má vhodné podmínky, a 17 (18,89 %) respondentů se domnívá, že vhodné podmínky nemá. V odpovědích na otázku, co jim nejvíce schází, nejčastěji uvádí: citlivost a ohled, děti, blízká rodina, zájem personálu, setkání s duchovním dle potřeby, budovat a tvořit, nemocniční kaple...

**Položka č. 24 – Uvítal/a byste v této nemocnici službu pastoračního asistentu (nemocničního kaplana)?**

*Tabulka č. 26: Služba pastoračního asistentu (nemocničního kaplana) v nemocnici*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	33	36,67 %
Ne	19	21,11 %
Nevím	38	42,22 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

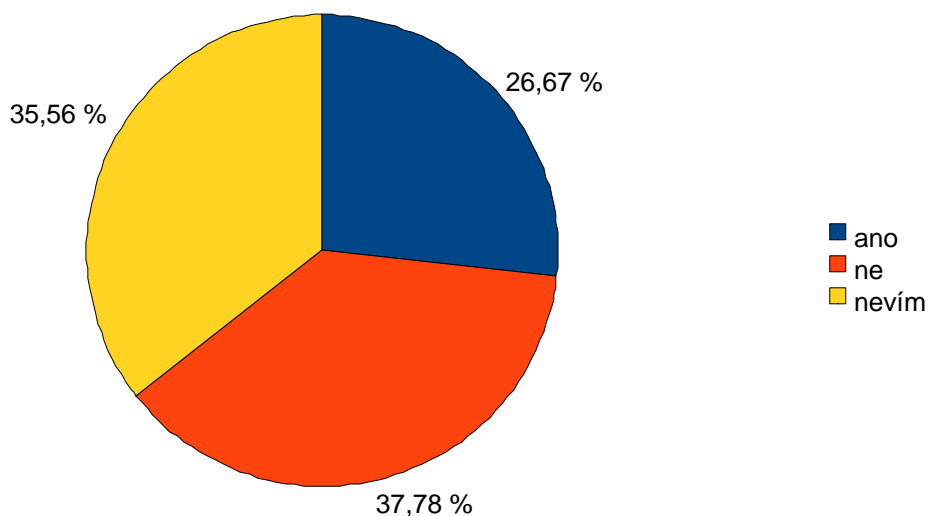
*Graf č. 26: Služba pastoračního asistentu (nemocničního kaplana) v nemocnici*



Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů, by službu pastoračního asistentu (nemocničního kaplana) v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., uvítalo 33 (36,67 %) pacientů, dalších 38 (42,22 %) respondentů neví. Zbývajících 19 (21,11 %) odpovědělo záporně.

**Položka č. 25 – Využil/a byste jeho služeb?***Tabulka č. 27: Využití služeb pastoračního asistenta (nemocničního kaplana)*

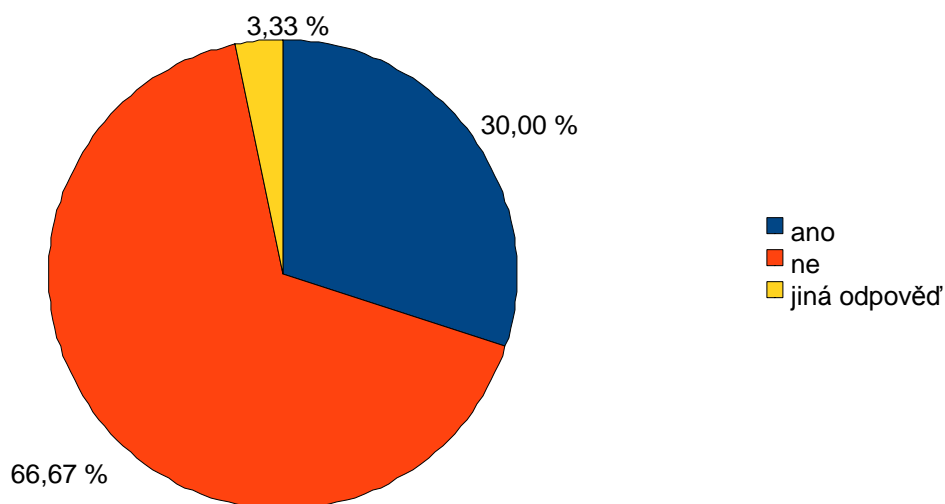
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	24	26,67 %
Ne	34	37,78 %
Nevím	32	35,56 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 27: Využití služeb pastoračního asistenta (nemocničního kaplana)*

Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů by 34 (37,78 %) služeb pastoračního asistenta (nemocničního kaplana) nevyužilo, 32 (35,56 %) dotázaných neví, jestli by těchto služeb využilo, a 24 (26,67 %) respondentů uvádí, že by služeb pastoračního asistenta využilo.

**Položka č. 26 – Jste informován/a o konání bohoslužeb v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.?***Tabulka č. 28: Informovanost o konání bohoslužeb v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	27	30,00 %
Ne	60	66,67 %
Jiná odpověď	3	3,33 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 28: Informovanost o konání bohoslužeb v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.*

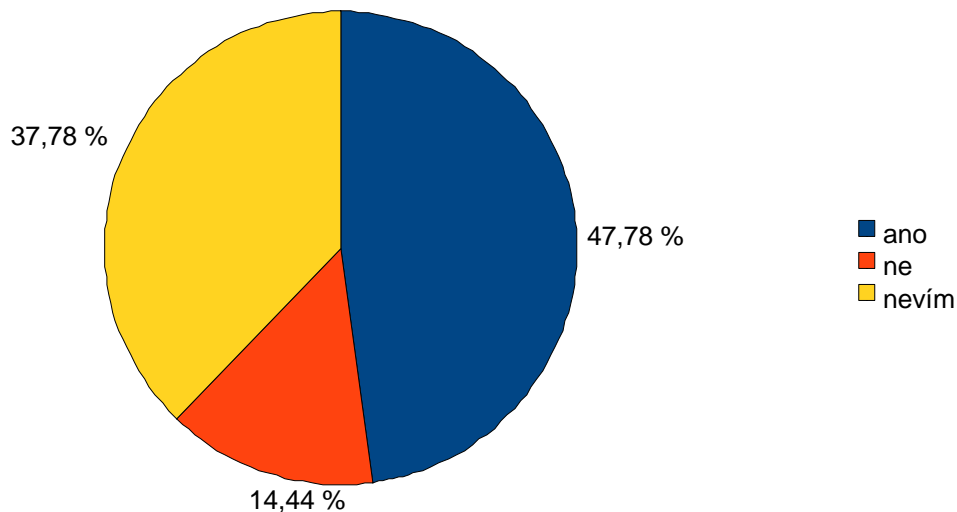
Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů nemá informace o konání bohoslužeb v nemocnici 60 (66,67 %) pacientů. Informováno je 27 (30,00 %) respondentů, 3 (3,33 %) uvedli jiné odpovědi typu: o informace jsem se nezajímal, nejsou to pro mne důležité informace.

**Položka č. 27 – Uvítal/a byste, aby byla v prostoru Krajské nemocnice T. Bati, a. s., vybudována nemocniční kaple?**

*Tabulka č. 29: Vybudování nemocniční kaple v prostorách nemocnice*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	43	47,78 %
Ne	13	14,44 %
Nevím	34	37,78 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 29: Vybudování nemocniční kaple v prostorách nemocnice.*



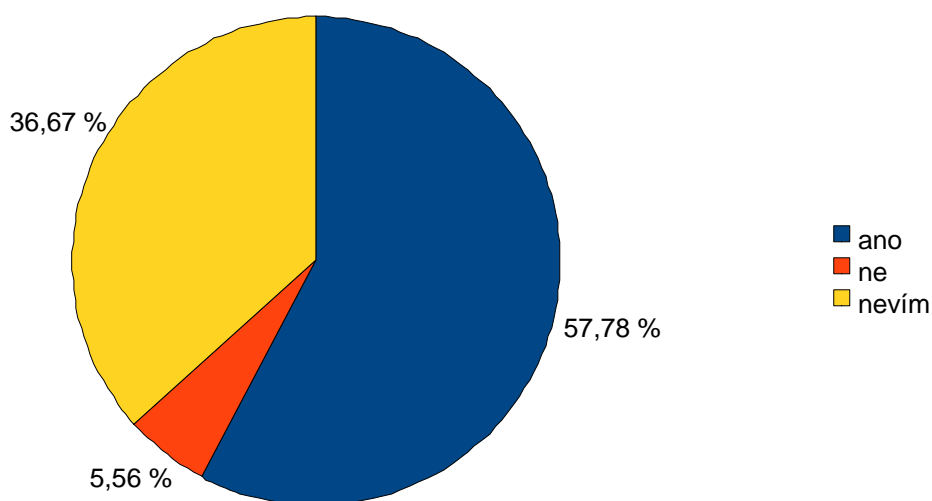
Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů by 43 (47,78 %) uvítalo, kdyby byla v prostorách Krajské nemocnice T. Bati, a. s., vybudována nemocniční kaple, 34 (37,78 %) respondentů odpovědělo, že neví, a 13 (14,44 %) odpovědělo záporně.

**Položka č. 28 – Uvítal/a byste možnost, aby byla kaple nemocným pacientům stále přístupná?**

*Tabulka č. 30: Přístupnost kaple nemocným*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	52	57,78 %
Ne	5	5,56 %
Nevím	33	36,67 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 30: Přístupnost kaple nemocným*



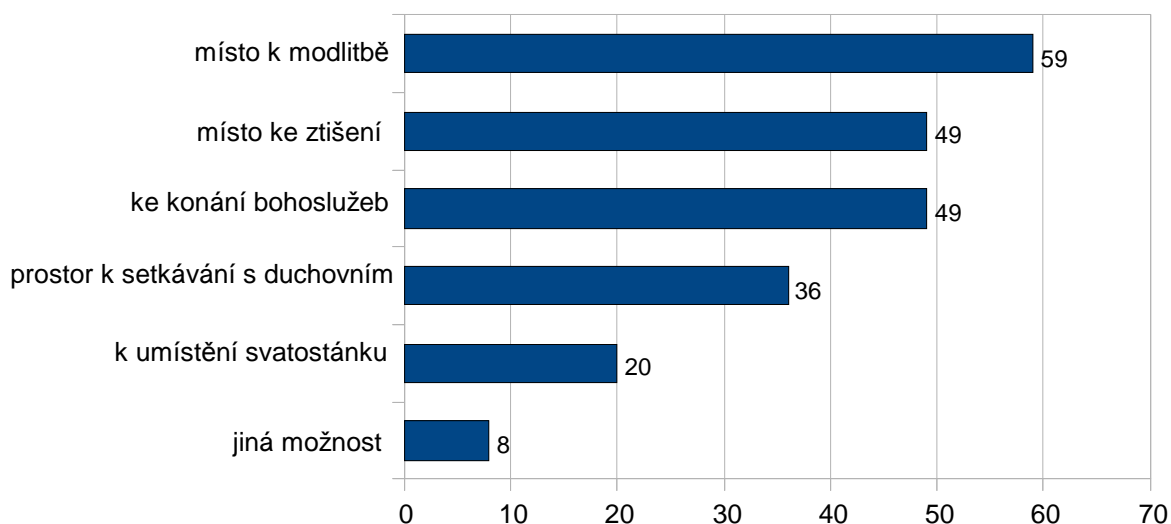
Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů by 52 (57,78 %) uvítalo možnost, aby byla nemocniční kaple stále přístupná, 33 (36,67 %) nemocných neví a jen 5 (5,56 %) respondentů by takovou možnost neuvítalo.

**Položka č. 29 – K čemu by podle Vás nemocniční kaple měla sloužit?**

Tabulka č. 31: Využití nemocniční kaple

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Místo k modlitbě	59	65,56 %
Místo ke ztišení	49	54,44 %
Ke konání bohoslužeb	49	54,44 %
Prostor k setkávání s duchovním	36	40,00 %
K umístění svatostánku	20	22,22 %
Jiná možnost	8	8,89 %
<b>Celkem</b>	<b>221</b>	<b>-----</b>

Graf č. 31: Využití nemocniční kaple



Také zde byla možnost více odpovědí, celkový počet dosáhl 221. Při hodnocení vycházíme z počtu respondentů, nikoli z počtu získaných odpovědí, proto nepřevádíme tyto odpovědi na procenta.

Z celkového počtu 90 (100,00 %) respondentů by 59 (65,56 %) nemocniční kapli využilo jako místo k modlitbě, 49 (54,44 %) jako místo ke ztišení i ke konání bohoslužeb, 36 (40,00 %) by ji využilo jako prostor k setkávání s duchovním, 20 (22,22 %) k umístění svatostánku a 8 (8,89 %) uvádí jinou možnost jejího využití.

## 9 DISKUSE

Tato kapitola se zabývá podrobnější analýzou dat získaných v dotazníkovém šetření mezi hospitalizovanými pacienty v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

Při šetření mezi pacienty jsem nejdříve zjišťovala pohlaví respondentů. Na můj dotazník odpovídalo 41 (45,56 %) mužů a 49 (54,44 %) žen. Předpokládala jsem, že žen ochotných odpovídat bude mnohem více než mužů. Ženy jsou většinou více otevřené spolupráci a k duchovní problematice obecně mají blíže než muži. Rozdíl však nebyl nijak velký.

Dále jsem zjišťovala věk respondentů. Nejpočetnější skupinu 42 (46,67 %) tvořili respondenti ve věku 61 let a více, naopak nejméně početnou skupinou 7 (7,78 %) byli respondenti ve věku do 30 let. 19 (21,10 %) respondentů se nacházelo ve věku 51 - 60 let, 15 (16,67 %) ve věku 41 - 50 let a mezi 31. - 40. rokem života bylo 7 (7,78 %) respondentů. Domnívám se, že s přibývajícím věkem přibývá i nemocí člověka, které zvláště u starší generace někdy vyžadují hospitalizaci.

Na interním oddělení bylo hospitalizováno 13 (14,44 %) pacientů, 12 (13,33 %) bylo z oddělení plicního, 8 (8,89 %) respondentů bylo hospitalizovaných na chirurgickém oddělení, dalších 6 (6,67 %) na oddělení septické chirurgie. Z neurologického oddělení bylo 8 (8,89 %) pacientů, z oddělení onkologie 5 (5,56 %), na oddělení gynekologie bylo hospitalizováno 7 (7,78 %) pacientek. 9 (10,00 %) pacientů se nacházelo v léčebně dlouhodobě nemocných, 4 (4,44 %) pacienti byli z oddělení ORL, 11 (12,22 %) se léčilo na kožním oddělení a 7 (7,78 %) pacientů bylo hospitalizováno na oddělení ortopedie. Při průzkumu jsem oslovila pacienty z nejrůznějších oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s., aby výsledky šetření byly co nejobektivnější.

Délka hospitalizace se u 50 (55,56 %) respondentů pohybuje v rozmezí 6 - 9 dnů, 10 - 13 dnů je hospitalizovaných 18 (20,00 %) pacientů. 4 (4,44 %) pacienti uvádí délku hospitalizace 14 - 17 dnů. 17 a více denní hospitalizace se týká 18 (20,00 %) pacientů. Hospitalizace, která je delší než 10 dnů, se týká většinou vážněji nemocných pacientů. Většina respondentů patřila do kategorie hospitalizace kratší než 10 dnů. Tento výsledek jsem očekávala vzhledem k tendenci hospitalizovat nemocné jen na dobu nejnutnější.

V Krajské nemocnici T. Bati, a. s., bylo poprvé hospitalizováno 31 (34,44 %) respondentů. S opakovanou hospitalizací má zkušenost 59 (65,56 %) pacientů.



Co se týče vzdělání respondentů, zde nejpočetnější skupinu 42 (46,67 %) tvořili lidé se středoškolským odborným vzděláním, 25 (27,78 %) respondentů mělo úplné středoškolské vzdělání, 9 (10,00 %) pacientů bylo s vysokoškolským vzděláním, 13 (14,44 %) respondentů mělo pouze základní vzdělání a 1 (1,11 %) respondent své dosažené vzdělání neuvedl. Domnívám se, že výsledky v oblasti dosaženého vzdělání respondentů mají souvislost s jejich věkem. Vysvětluji si to tím, že starší generace respondentů měla dříve omezené možnosti vzdělání, zatímco lidé věkově mladší dosahují v dnešní době vyšší úrovně vzdělání.

Při zjišťování místa bydliště respondentů uvedlo 37 (41,11 %), že žije na vesnici. V okresním městě žije 27 (30,00 %) respondentů. Krajské město jako své bydliště uvedlo 14 (15,56 %) pacientů, 11 (12,22 %) jich žije v menším městě a pouze 1 (1,11 %) na samotě. Zde je vidět převaha hospitalizovaných pacientů, kteří žijí na vesnici nebo v menším městě. S tímto zjištěním podle mne souvisí vztah respondentů k zachovávání určitých tradic, postoje k životním hodnotám a také konkrétním projevům víry.

V dotazu na životní styl hospitalizovaných pacientů uvedlo 43 (47,78 %) respondentů, že žijí venkovským životním stylem, 30 (33,33 %) lidí žije městským. 21 (23,33 %) respondentů žije konzervativním stylem života. Pouze 15 (16,67 %) respondentů uvádí moderní styl, jako styl svého života. 2 (2,22 %) pacienti uvedli, že žijí jiným životním stylem. I zde je patrná převaha lidí s venkovským a konzervativním stylem života.

Dalším dotazem jsem chtěla zjistit, co jsou to podle pacientů duchovní potřeby člověka. Pro 50 (55,56 %) respondentů je to vztah s ostatními lidmi, pro 42 (46,67 %) víra ve smysl života, 34 (37,78 %) pacientů se domnívá, že je to vše, co člověk prožívá a čemu přisuzuje hluboký smysl. Pro dalších 34 (37,78 %) pacientů je to náboženská víra, pro 27 (30,00 %) psychická podpora. 25 (27,78 %) lidí uvádí, že jde o cit pro harmonii světa a schopnost vnímat krásu, 16 (17,78 %) respondentů považuje přijetí svátostí za duchovní potřeby člověka. Pro 7 (7,78 %) lidí je to hledání posvátného a 3 (3,33 %) lidé se přiznali k tomu, že neví. 1 (1,11 %) člověk uvádí jinou možnost. Nejpočetnější skupina respondentů uvádí, že vztah s ostatními lidmi je pro ně duchovní potřebou číslo jedna. Hned za ní v pořadí je víra ve smysl života a vše, co člověk prožívá a čemu přisuzuje hluboký smysl, potom následuje víra náboženská. Zde se potvrzuje, že člověk potřebuje člověka a také potřebuje věřit, že jeho život má smysl. Také náboženská víra je neodmyslitelnou součástí

života některých lidí. Proto se domnívám, že je třeba s touto skutečností v případě hospitalizovaných pacientů počítat.

Při zjišťování pomoci při zvládnutí nejrůznějších životních těžkostí uvádí 30 (33,33 %) respondentů rodinu, 21 (23,33 %) lidem pomáhá víra, 7 (7,78 %) přátelé. Dalších 7 (7,78 %) uvádí manžela nebo manželku, pro 5 (5,56 %) respondentů to jsou děti. Naděje je uvedena u 4 (4,44 %), láska také u 4 (4,44 %), vůle pomáhá 3 (3,33 %) respondentům. 3 (3,33 %) lidé uvádí práci, 3 (3,33 %) přírodu a pro další 3 (3,33 %) je to optimismus, práce a příroda. Z průzkumu vyplývá, že nejvíce pacientům pomáhá v jejich těžkostech blízkost a pochopení rodiny a také víra, ať už náboženská nebo jiná.

K určitému vyznání se z celkového množství respondentů přihlásilo 51 (56,67 %) hospitalizovaných pacientů, 30 (33,33 %) respondentů je bez vyznání. Možnost neodpovídat využilo 9 (10,00 %) respondentů.

Při šetření příslušnosti ke konkrétní církvi jsem zjistila následující: k římskokatolické církvi se hlásí 47 (52,22 %) respondentů, 1 (1,11 %) pacient se hlásí k církvi adventistů sedmého dne, 1 (1,11 %) k českobratrské církvi evangelické a 1 (1,11 %) ke starokatolické církvi. 40 (44,44 %) respondentů svou příslušnost k církvi neuvedlo. Podle výsledků sčítání lidu z r. 2001 je Zlínský kraj jako jediný v republice, kde věřící tvoří více než polovinu všech obyvatel s převahou nábožensky založených osob ve venkovském osídlení. V tomto kraji je také zaznamenán vzrůstající podíl v případě osob bez vyznání. Výsledku ze sčítání lidu podle mne odpovídá i výsledek šetření této konkrétní položky u hospitalizovaných pacientů v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. Překvapilo mne však vysoké číslo respondentů hlásících se konkrétně k římskokatolické církvi.

V případě respondentů bez vyznání zde byla možnost vyjádření, čemu nebo v co věří. Tady se nabídla celá škála nejrozmanitějších odpovědí, z nichž ty, které se vyskytovaly nejčastěji uvádím: věřím ve smysl života, věřím v úděl a osud člověka, v principy desatera, věřím sám v sebe, věřím v něco nahoře, ve svého boha, věřím v dobro a zlo... Je tedy skutečností, že každý člověk ve svém životě věří.

Co se týká praktikování víry, 54 (60,00 %) respondentů svou víru praktikuje, 23 (25,56 %) nepraktikuje a 13 (14,44 %) nemocných na tento dotaz nechtělo odpovědět. Jestliže více než polovina pacientů uvádí, že svou víru praktikuje, domnívám se, že je pro ně

důležité mít tuto možnost i během jejich hospitalizace. Také se nabízí otázka, čím to je, že někteří lidé ve svém životě neuskutečňují to, čemu věří.

Na otázku nejdůležitějších oblastí souvisejících se zdravotním stavem odpovědělo 69 (76,67 %) respondentů, že nejdůležitější oblastí je kvalita jejich života. Pro 43 (47,78 %) pacientů je to jistota a bezpečí, naděje je nejdůležitější pro 34 (37,78 %) respondentů, 32 (35,56 %) považuje za nejdůležitější harmonický vztah k sobě a k ostatním, 30 (33,33 %) uvádí lásku. Pro 29 (32,22 %) lidí je to zmírnění bolesti. K nejdůležitější oblasti u 21 (23,33 %) lidí patří vztah k Bohu a k duchovním skutečnostem. Dalších 12 (13,33 %) lidí uvádí oblast týkající se odpuštění, 12 (13,33 %) život v pravdě. U 8 (8,89 %) lidí je to smysl života a utrpení, u dalších 8 (8,89 %) pochopení a empatie. Pouze pro 3 (3,33 %) respondenty je nejdůležitější vztah k smrti a 1 (1,11 %) člověk uvedl oblast jinou. Tyto odpovědi jsem očekávala, pouze mne udivilo, jak málo lidí počítá s realitou smrti. Myslím si, že člověk vědomě vytěšňuje tuto oblast ze svého života. Moc nad ní nepřemýšlí, přitom jde o nejjistější skutečnost, která se týká každého člověka, především pak člověka vážně nemocného. Očekávala jsem, že toto číslo bude v případě hospitalizovaných pacientů mnohem vyšší.

Dále jsem se chtěla dovědět, co si hospitalizovaní pacienti myslí o potřebnosti duchovní péče v nemoci. 37 (41,11 %) pacientů se domnívá, že duchovní péče v nemoci je potřebnější, než když jsou zdraví. Pro 32 (35,56 %) pacientů je potřebnost této péče stejná jak ve zdraví, tak v nemoci. 7 (7,78 %) lidí se domnívá, že duchovní péče v nemoci není potřebnější a 14 (15,56 %) respondentů neví. Domnívám se, že výsledek ukazuje na potřebnost duchovní péče v průběhu hospitalizace pacientů. Její důležitost vnímám jako velmi významnou v rámci holistické péče o pacienty v nemocničním zařízení.

Z určení, co je pro pacienty momentálně důležité, pokládá 78 (86,67 %) respondentů uzdravení z nemoci, 51 (56,67 %) setkávání s blízkými. Pro 29 (32,22 %) lidí je to rozhovor se zdravotním personálem, pro 19 (21,11 %) lidí je momentálně důležitá modlitba. U 10 (11,11 %) lidí účast na bohoslužbách, u 8 (8,89 %) lidí je momentálně důležitý kontakt s duchovním. U dalších 8 (8,89 %) svátosti a 8 (8,89 %) lidí uvedlo jinou odpověď. Jak je vidět, největší skupinu tvořili lidé, pro něž je momentálně důležité uzdravení. Tuto odpověď jsem očekávala. Vždyť právě proto jsou v nemocnici, aby byli vyléčeni. Také blízkost člověka a neméně důležité rozhovory se zdravotním personálem patří k prioritám, kterým hospitalizovaní pacienti přikládají momentální důležitost.

Uspokojovat duchovní potřeby během hospitalizace považuje za důležité 44 (48,89 %) respondentů. Pro 22 (24,44 %) lidí není důležité tyto potřeby uspokojovat a 24 (26,67 %) hospitalizovaných neví. Tato oblast, jak jsem již výše uvedla, je pro největší skupinu respondentů záležitostí vztahů, náplně a smyslu života, náboženské víry a psychické podpory. Necelá polovina respondentů tedy považuje za důležité uspokojování duchovních potřeb v průběhu hospitalizace.

Respondenti odpovídající na dotazník se v počtu 51 (56,67 %) domnívají, že kněz nebo jiný duchovní může být poskytovatelem duchovní služby. 37 (41,11 %) nemocných tuto roli připisuje pastoračnímu asistentovi (nemocničnímu kaplanovi). Podle 30 (33,33 %) lidí to může být rodinný příslušník nebo známý, pro 25 (27,78 %) respondentů lékař. Pro 24 (26,67 %) psycholog, pro 20 (22,22 %) sestra. 12 (13,33 %) lidí uvádí laika s teologickým vzděláním, 8 (8,89 %) dobrovolníka a dalších 8 (8,89 %) někoho jiného, kdo může poskytovat duchovní službu. Knězi, duchovním a pastoračnímu asistentovi (nemocničnímu kaplanovi) bylo v tomto dotazu přiděleno nejvíce odpovědí. Jsou těmi důležitými osobami, na které se nemocní nejčastěji obrací ve svých duchovních potřebách.

Během hospitalizace ve zlínské nemocnici se 26 (28,89 %) respondentů setkala s člověkem, který jim poskytoval duchovní služby. Nejčastěji to byl právě kněz, ale také sestra, lékař nebo dobrovolník, jak uvádí respondenti. 64 (71,11 %) pacientů se vyjádřilo, že se nesetkalo s nikým, kdo by jim tuto službu poskytoval. Z tohoto zjištění vyplývá, že i pro zdravotnický personál je důležité, aby o této oblasti měl přehled. Zvláště v případě, kdy se na ně nemocný obrátí.

Co se týká informovanosti ve zlínské nemocnici o možnosti pacientů využít duchovní službu, z šetření jsem zjistila, že 44 (48,89 %) respondentů nebylo informováno o této možnosti. 28 (31,11 %) respondentů informováno bylo a 18 (20,00 %) pacientů si nevzpomíná. U pacientů, kteří odpověděli, že informováni byli, jsem dále zjišťovala, odkud tyto informace získali. Největší počet respondentů se o této možnosti dověděl z letáků na nástěnkách. Někteří informace získali během hospitalizace, část, když se dotázali, 3 (3,33 %) lidé uvádí jinou možnost a 2 (2,22 %) byli informováni ihned při příjmu. Domnívám se, že ve zlínské nemocnici není běžnou praxí ústně informovat nemocné o možnosti využití duchovní služby. Informace pro nemocné lze získat prostřednictvím letáků umístěných na nástěnkách anebo v informačních brožurách na pokojích pacientů. Z nich se

o této možnosti mohou lidé dovědět. Dále je na samotném pacientovi, pokud chce tuto službu využít, aby se sám zajímal o potřebné informace.

Z dotazu, který zjišťoval důvěru respondentů ke konkrétnímu člověku, jemuž by se svěřili, vyplynulo toto zjištění: své niterné záležitosti by v případě potřeby svěřilo své rodině 65 (72,22 %) nemocných, kněžím nebo jiným duchovním by se svěřilo 26 (28,89 %) lidí. 16 (17,78 %) respondentů by se obrátilo na zdravotníky, nejčastěji na ošetřujícího lékaře a sestru. Ostatním by tyto záležitosti svěřilo 13 (14,44 %) dotázaných a nezdravotníkům 2 (2,22 %). Dalo se předpokládat, že právě rodina zde bude nejvíce zastoupena, neboť roli tady hraje důvěrnost vztahů. V rodině se lidé navzájem nejlépe znají, jsou si nejbližší. Dále jsou v pořadí zastoupení kněží nebo jiní duchovní. Domnívám se, že to souvisí se zkušeností pacientů, kdy kněží nebo duchovní jsou pro ně zárukou udržení svěřeného tajemství týkajícího se pacientova života. Také lékaři a sestry mají u 16 (17,78 %) respondentů svou důvěru. I tady jsem se opět přesvědčila, jak důležité je, aby byl zdravotnický personál důvěryhodným.

Pacienti měli také možnost vyjádření k podmínkám v nemocnici, které souvisí s jejich duchovními potřebami. 46 (51,11 %) respondentů odpovědělo, že neví, zda mají ve zlínské nemocnici vhodné podmínky pro zachování a uskutečňování všeho, co souvisí s jejich duchovními potřebami. 27 (30,00 %) lidí se domnívá, že vhodné podmínky mají, a 17 (18,89 %) respondentů uvádí, že vhodné podmínky nemají. V otázce, co jim nejvíce schází, se nejčastěji objevovaly následující odpovědi: častější kontakt s rodinou, soukromí, setkání s duchovním dle potřeby, důstojné místo k modlitbě, ale i citlivost, ohled a tolerantní přístup některých zdravotníků. To vše je pro respondenty důležité a přispívá k naplňování duchovních potřeb pacientů hospitalizovaných ve zlínské nemocnici.

Na otázku, zda by pacienti uvítali v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., službu pastoračního asistenta (nemocničního kaplana), odpovědělo 33 (36,67 %) respondentů ano, 38 (42,22 %) neví a 19 (21,11 %) odpovědělo záporně. Domnívám se, že zřízení místa pastoračního asistenta (nemocničního kaplana) v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., by bylo přínosem nejen pro nemocné, ale i pro zdravotnický personál pracující v této nemocnici.

Co se týká využití služeb pastoračního asistenta (nemocničního kaplana), 34 (37,78 %) respondentů by jeho služby nevyužila, 32 (35,56 %) dotázaných neví a 24 (26,67 %) pacientů uvádí, že by jeho služeb využila. Pokud se zamyslíme nad počtem zájemců, kteří

by jeho služby využili, pak ze zjištění vyplývá smysluplnost i potřebnost zřízení tohoto místa.

Vyhodnocená položka zjišťující informovanost pacientů o konání bohoslužeb ve zlínské nemocnici ukazuje, že 60 (66,67 %) respondentů tyto informace nemá, 27 (30,00 %) má a 3 (3,33 %) uvedli jinou odpověď. Domnívám se, že by bylo vhodné informovanost pacientů o konání bohoslužeb na jednotlivých odděleních lépe zviditelnit.

Na dotaz zjišťující, zda by pacienti uvítali v prostoru Krajské nemocnice T. Bati, a. s., nemocniční kapli, odpovědělo 43 (47,78 %) respondentů, že by tuto možnost uvítalo, 34 (37,78 %) pacientů neví a 13 (14,44 %) odpovědělo, že tuto možnost neví. Z šetření je patrné, že téměř polovina pacientů by kapli uvítala. Tento výsledek šetření by mohl být jedním z podnětů k zamyšlení nad vybudováním nemocniční kaple v areálu zlínské nemocnice.

Co se týká zpřístupnění nemocniční kaple pacientům, 52 (57,78 %) respondentů by uvítalo možnost, aby nemocniční kaple byla nemocným pacientům stále přístupná. 33 (36,67 %) pacientů uvádí, že neví. Pouze 5 (5,56 %) respondentů by tuto možnost neuvítalo. Také toto zjištění by podle mne mohlo hrát roli při zamyšlení nad zřízením nemocniční kaple, neboť předpokládám, že většina respondentů, kteří se vyjádřili kladně, by této možnosti během své hospitalizace využila.

Při mapování využití nemocniční kaple by větší polovina, 59 (65,56 %) respondentů, využila tento prostor jako místo k modlitbě a jako místo ke ztišení a konání bohoslužeb. 49 (54,44 %) by tento prostor využilo ke ztišení a 49 (54,44 %) ke konání bohoslužeb. 36 (40,00 %) pacientů spatřuje její využití v možnosti setkávání s duchovním. 20 (22,22 %) respondentů se domnívá, že by měl být v nemocniční kapli umístěn svatostánek, a 8 (8,89 %) uvádí jinou možnost jejího využití, např. k meditaci, k přemýšlení, k hodnocení vlastního života. Zde se tedy nabízí široká paleta možností využití nemocniční kaple v průběhu období hospitalizace pacientů.

## 10 ZHODNOCENÍ CÍLŮ PRÁCE

### **Cíl č. 1: Popsat existenciální, náboženské a spirituální potřeby člověka.**

Existenciální, náboženské a spirituální potřeby člověka jsem pomocí dostupné literatury popsala v teoretické části mé práce. Zde se také vyjasňuje význam těchto pojmů a jednotlivé rozdíly mezi nimi. **Cíl č. 1** se mi podařilo splnit v teoretické části bakalářské práce.

### **Cíl č. 2: Zjistit, zda v průběhu hospitalizace pacienti považují za důležité uspokojování duchovních potřeb a zda pro jejich naplňování mají v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., vhodné podmínky.**

K tomuto cíli se vztahují následující položky v dotazníku: **18, 23**. Podrobnější analýzou jsem zjistila, že téměř polovina, 44 (48,89 %) pacientů, považuje za důležité uspokojování duchovních potřeb. Více jak polovina, 46 (51,11 %) respondentů, neví, zda mají ve zlínské nemocnici vhodné podmínky pro zachování a uskutečňování všeho, co souvisí s jejich duchovními potřebami.

### **Dílčí cíl: Zjistit informovanost pacientů o nabídce duchovní služby v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.**

K dílčímu cíli jsou vztaženy položky: **21, 26**. K otázce možnosti využití duchovní služby 44 (48,89 %) pacientů uvádí, že nebyli v průběhu hospitalizace informováni o této nabídce. Co se týká informovanosti o konání bohoslužeb v nemocnici, 60 (66,67 %) respondentů tyto informace nemá.

**Cíl č. 3: Zjistit, zda by pacienti měli zájem v období hospitalizace využít možnost duchovního doprovázení nebo duchovních služeb a zda by bylo vhodné za tímto účelem zřídit místo pastoračního asistenta (nemocničního kaplana).**

K následujícímu cíli jsou přiřazeny tyto položky: **24, 25**. Z celkového počtu respondentů 38 (42,22 %) neví, zda by ve zlínské nemocnici uvítali službu pastoračního asistenta (nemocničního kaplana).

**Hypotéza: Domnívám se, že alespoň 20 % respondentů má zájem využít službu pastoračního asistenta (nemocničního kaplana).**

Má hypotéza se potvrdila, protože 34 (37,78 %) pacientů projevilo zájem o využití služeb pastoračního asistenta (nemocničního kaplana).

**Cíl č. 4: Zjistit zájem pacientů o zřízení nemocniční kaple v areálu Krajské nemocnice T. Bati, a. s.**

K tomuto cíli se vztahují položky: **27, 28, 29**. Z celkového počtu se 43 (47,78 %) respondentů vyjádřilo kladně ke zřízení nemocniční kaple v areálu Krajské nemocnice T. Bati, a. s.

**Dílčí cíl: Zjistit, jaké jsou představy pacientů o možnostech využití kaple.**

Nejvíce respondentů by nemocniční kapli využilo jako místo k modlitbě, ke ztišení a ke konání bohoslužeb.

**Hypotéza: Předpokládám, že nemocniční kapli by v areálu Krajské nemocnice T. Bati, a. s., uvítalo více než 20 % hospitalizovaných pacientů.**

Také v tomto případě se potvrdil můj předpoklad, neboť 43 (47,78 %) pacientů hospitalizovaných ve zlínské nemocnici by uvítalo nemocniční kapli.



## 11 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce ukazuje na duchovní potřeby člověka a důležitost jejich naplnění v průběhu hospitalizace. Je mylné předpokládat, že duchovní služba se týká pouze uspokojování náboženských potřeb věřících. V systému českého zdravotnictví se péče o spirituální dimenzi nemocných začíná teprve rozvíjet a jen pomalu se stává součástí celkové péče o pacienta. V některých nemocnicích již mají zkušenosti s poskytováním duchovní péče nemocným prostřednictvím služby nemocničního kaplana. Patří mezi ně např. Fakultní nemocnice Olomouc nebo nemocnice v Teplicích. Nemocniční kaplan má nejen patřičné vzdělání, ale i praktickou přípravu, která nezbytně patří k vykonávání této činnosti. Podle Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice je důležité, aby péče o spirituální dimenzi nemocných i jejich blízkých byla ve zdravotnických zařízeních zajištěna. Přestože se duchovní službou zabývají převážně duchovní, mohou tuto pomoc nemocnému do jisté míry poskytovat všichni, kteří jsou pacientovi nablízku. Potvrdilo se to i v praktické části mé práce. Také zdravotníci, kteří jsou denně vystaveni velké zátěži, by v případě potřeby mohli využít duchovní služby odborníka a mít z ní prospěch.

V bakalářské práci jsem vyslovila myšlenku vztahující se k vybudování a využití nemocniční kaple v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. V praktické části práce se ukázalo, že ze strany pacientů je zájem o vybudování a zpřístupnění tohoto prostoru. Doufám, že výsledky průzkumu napomohou k realizaci této myšlenky - vybudování kaple ve zlínské nemocnici.

Přeji si, aby bakalářská práce byla přínosem v oblasti poskytování duchovní péče a služby nejen nemocným, hospitalizovaným v této nemocnici, ale i zdravotnickému personálu, který o nemocné pečuje.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie:

BAKALA, J. *80 let Bařovy nemocnice v obrazech, faktech a dokumentech 1927-2007*. Fínidr, s.r.o., 2007. 173 s. ISBN neuvedeno.

FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 86 s. ISBN 80-901601-4-X.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1994. 236 s. ISBN 80-85319-39-X.

IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JAN PAVEL II. *Evangelium vitae*. Praha: Zvon, 1995. 131 s. ISBN 80-7113-139-3.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Grada Publishing, 2004. 228 s. ISBN 80-247-0629-6.

KEITH F. PUNCH. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

KRÁTKÁ, A. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 195 s. ISBN 80-7178-835-X.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 123 s. ISBN neuvedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.

MOORE, T. *Kniha o duši*. Praha: Portál, 2001. 302 s. ISBN 80-7178-529-6.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta a. s., 2008. 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0.

OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné 2.* (doplněná) verze Praha: 2001.

48 s. ISBN neuvedeno.

OPATRŇÝ, A. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004. 31 s. ISBN 80-7192-347-8.

PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. Praha: Vyšehrad, 1996. 200 s. ISBN 80-7021-152-0.

PUNCH K.F. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*. Praha: Portál, 2002. 328 s. ISBN 80-7178-547-4.

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

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 2003. 152 s. ISBN 80-902049-4-5.

ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

WALDENFELS, H. *Světová náboženství*. Praha: Zvon, 1992. 63 s. ISBN 80-7113-062-1.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

### **Jiné zdroje:**

DORKOVÁ, Z., KRÁTKÁ, A. *Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi*. Sborník z konference. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně [CD-ROM]. 2009. ISBN 978-80-7013-506-8.

HOŠŤÁLKOVÁ, M. *Péče o spirituální dimenzi ve zdravotnických zařízeních*. Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi. Sborník z 1 konference k aplikované etice s mezinárodní účastí [CD-ROM]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009. ISBN 978-80-7013-506-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychoterapie a duchovní péče. Podněty k diskusi. *Československá psychologie*, 1993, roč. 37, č. 6, s. 549-552, ISSN 0009-062X.

MACHOVÁ, E. Co je to zdravotní kaplanství? *Praktický lékař*, 2006, roč. 86, č. 1, s. 46-47, ISSN 0032-6739.

MATĚJKOVÁ, M. T. *Duchovní služba nemocným ve FNOL*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, lékařská fakulta, 2010. s. 113 ISBN neuváděno.

OPATRNÁ, M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 105-108, ISSN 1801-1349.

OPATRNÁ, M. Klinická pastorační péče a její poskytovatel. *Časopis lékařů českých*, 2006, roč. 145, č. 9, s. 746-747, ISSN 0008-7335.

OPATRNÝ, A. Spirituální aspekty bolesti. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 6, s. 47, ISSN 1210-0404.

SVATOŠOVÁ, M. Deprese nejsou totéž co výčitky svědomí. *Zdravotnické noviny*, 2002, roč. 51, č. 34, s. 16, ISSN 0044-1996.

SYNODNÍ RADA ČESKOBRATRSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ. *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na Evangelické teologické fakultě v Praze. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2000. 90 s. ISBN neuváděno.

ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H. Pomoc nemocnému při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersonové. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 3, s. 133, ISSN 1801-1349.

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

**Internetové zdroje:**

Prokop, J. M. Spiritualita v nemocničním prostředí [online]. [cit. 2010-11-05]. Dostupné z: <<http://www.paliativnimedicina.cz/prilohy/152.pdf>>.

Dostupné z: <<http://www.czso.cz/kraje/zl./publ/2003/sldb/kraj/data/cz/3.htm>>.

O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <<http://www.eapcnet.org/download/forReccCoun-Europe/ReccCE-Czech.pdf>>.

Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <<http://www.kaplaninemocniceteplice.estranky.cz/clanky/odborne-dokumenty/standardy-pro-zdravotni-kaplanskou-sluzbu-v-evrope.html>>.

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice [online]. [cit. 2011-03-13]. Dostupné z: <<http://tisk.cirkev.cz/res/data/008/001107.pdf?seek=1164034509>>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

a. s.	akciová společnost
COP	Terapeutická péče
CČE	Církev československá evangelická
č.	číslo
ČR	Česká republika
F. L. Gahura	František Lýdie Gahura
$f_i$	relativní četnost
JCI	Joint Commission International Mezinárodní spojená komise
kol.	kolektiv
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr.	Magister
MUDr.	Doktor medicíny
n	celková četnost
$n_i$	absolutní četnost
např.	například
ORL	otorhinolaryngologie
P.	Pater
PFR	Práva pacientů a jejich blízkých
Ph.D.	Doktor
PhDr.	Doktor filosofie
r.	roku
s.	strana
T. Bati	Tomáše Bati
tzv.	takzvaný/takzvaná

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: Hospitalizace respondentů na odděleních KNTB, a. s.

Graf č. 4: Délka hospitalizace

Graf č. 5: Četnost hospitalizace v KNTB, a. s.

Graf č. 6: Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 7: Místo bydliště respondenta

Graf č. 8: Životní styl

Graf č. 9: Duchovní potřeby člověka

Graf č. 10: Pomoc v životních těžkostech

Graf č. 11: Vyznání respondentů

Graf č. 12: Příslušnost k církvi

Graf č. 13: Věkové zastoupení

Graf č. 14: Zastoupení římskokatolíků ve věkových skupinách

Graf č. 15: Praktikování víry

Graf č. 16: Oblasti spojené se zdravotním stavem

Graf č. 17: Potřebnost duchovní péče v nemoci

Graf č. 18: Momentální důležitost

Graf č. 19: Důležitost uspokojování duchovních potřeb při hospitalizaci

Graf č. 20: Poskytovatel duchovní služby

Graf č. 21: Setkání v nemocnici s poskytovatelem duchovní služby

Graf č. 22: Shrnutí odpovědí „ano“, „ne“, „nevzpomínám si“

Graf č. 23: Ti, kteří odpověděli „ano“, odkud

Graf č. 24: Svěření niterných záležitostí

Graf č. 25: Vhodné podmínky pro zachování a uskutečňování duchovních potřeb

v nemocnici

Graf č. 26: Služba pastoračního asistenta (nemocničního kaplana) v nemocnici

Graf č. 27: Využití služeb pastoračního asistenta (nemocničního kaplana)

Graf č. 28: Informovanost o konání bohoslužeb v KNTB, a. s.

Graf č. 29: Vybudování nemocniční kaple v prostorách KNTB, a. s.

Graf č. 30: Přístupnost kaple nemocným

Graf č. 31: Využití nemocniční kaple



## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Tabulka č. 3: Hospitalizace respondentů na odděleních KNTB, a. s.

Tabulka č. 4: Délka hospitalizace

Tabulka č. 5: Četnost hospitalizace v KNTB, a. s.

Tabulka č. 6: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 7: Místo bydliště respondenta

Tabulka č. 8: Životní styl

Tabulka č. 9: Duchovní potřeby člověka

Tabulka č. 10: Pomoc v životních těžkostech

Tabulka č. 11: Vyznání respondentů

Tabulka č. 12: Příslušnost k církvi

Tabulka č. 13: Souhrnná tabulka

Tabulka č. 14: Praktikování víry

Tabulka č. 15: Oblasti spojené se zdravotním stavem

Tabulka č. 16: Potřebnost duchovní péče v nemoci

Tabulka č. 17: Momentální důležitost

Tabulka č. 18: Důležitost uspokojování duchovních potřeb při hospitalizaci

Tabulka č. 19: Poskytovatel duchovní služby

Tabulka č. 20: Setkání v nemocnici s poskytovatelem duchovní služby

Tabulka č. 21: Informovanost o duchovní službě v nemocnici

Tabulka č. 22: Shrnutí odpovědí „ano“, „ne“, „nevzpomínám si“

Tabulka č. 23: Ti, kteří odpověděli „ano“, odkud

Tabulka č. 24: Svěření niterných záležitostí

Tabulka č. 25: Vhodné podmínky pro zachování a uskutečňování duchovních potřeb  
v nemocnici

Tabulka č. 26: Služba pastoračního asistenta (nemocničního kaplana) v nemocnici

Tabulka č. 27: Využití služeb pastoračního asistenta (nemocničního kaplana)

Tabulka č. 28: Informovanost o konání bohoslužeb v KNTB, a. s.

Tabulka č. 29: Vybudování nemocniční kaple v prostorách KNTB, a. s.

Tabulka č. 30: Přístupnost kaple nemocným

Tabulka č. 31: Využití nemocniční kaple

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB

Příloha P II: GRAF VZÁJEMNÉ PROVÁZANOSTI VŠECH ČTYŘ SLOŽEK LIDSKÉ  
BYTOSTI

Příloha P III: NÁBOŽENSKÉ VYZNÁNÍ OBYVATEL ČR A ZLÍNSKÉHO KRAJE  
PODLE SČÍTÁNÍ OBYVATELSTVA Z ROKU 2001

Příloha P IV: ARCHITEKTONICKÝ NÁVRH KAPLE VE ZLÍNSKÉ NEMOCNICI OD  
F. L. GAHURY

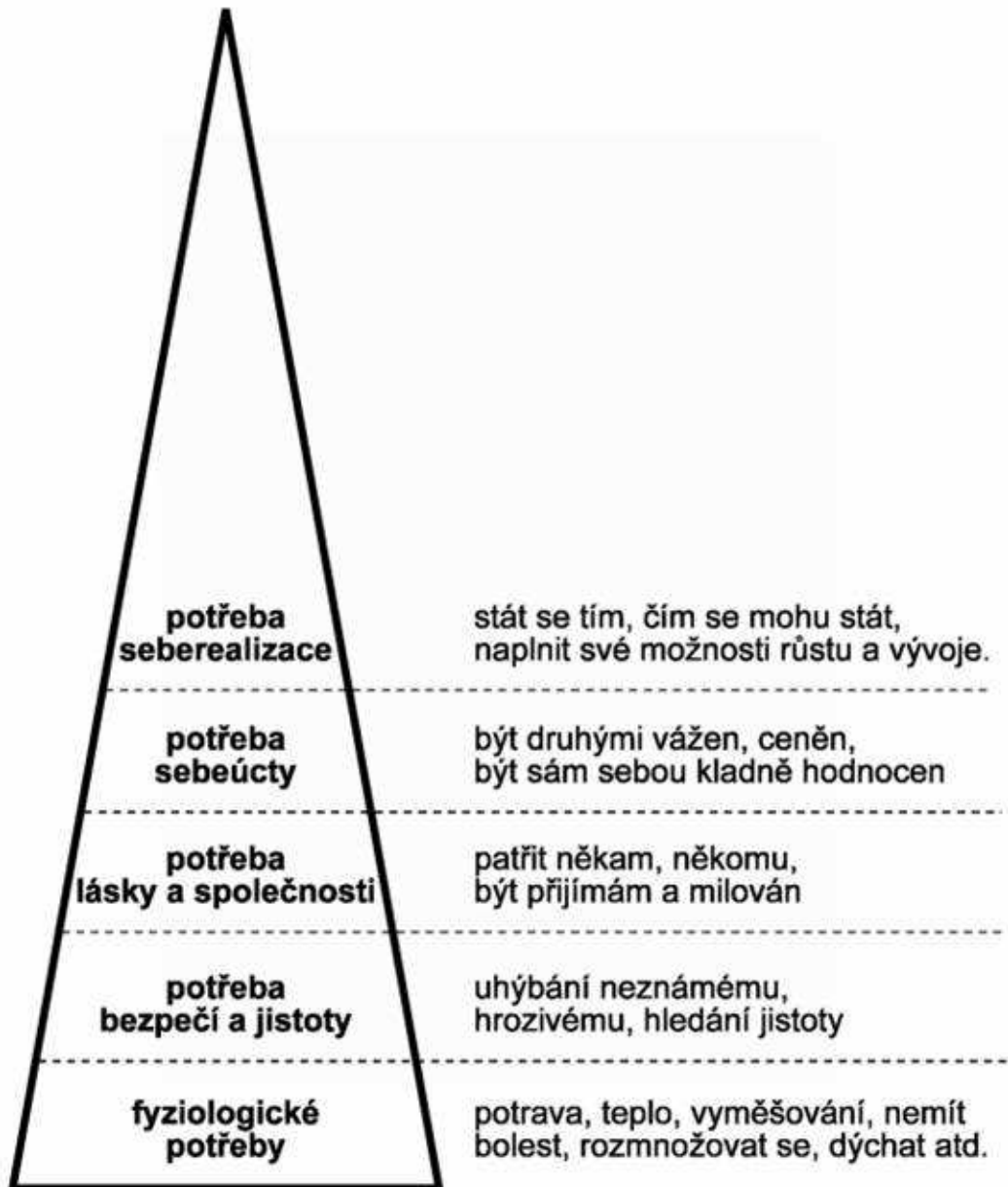
Příloha P V: INFORMATIVNÍ LETÁK O KONÁNÍ BOHOSLUŽEB V KNTB, A. S.

Příloha P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

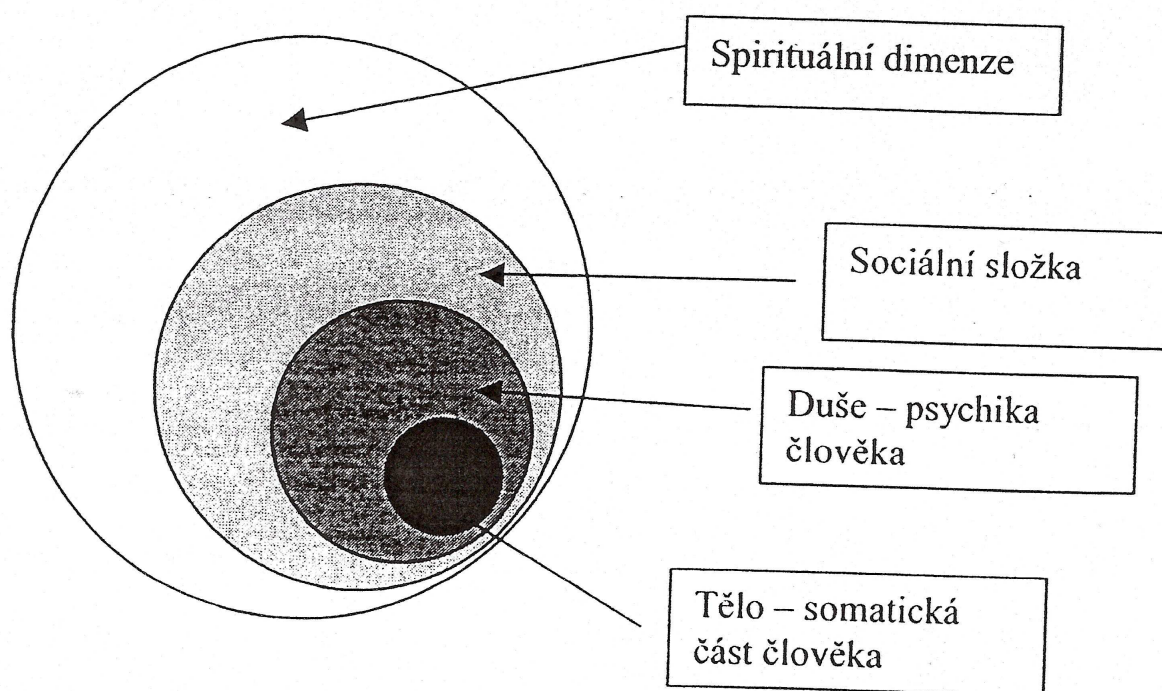
Příloha P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Příloha P VIII: DOTAZNÍK

## PŘÍLOHA P I: MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



## PŘÍLOHA P II: GRAF VZÁJEMNÉ PROVÁZANOSTI VŠECH ČTYŘ SLOŽEK LIDSKÉ BYTOSTI



## **PŘÍLOHA P III: NÁBOŽENSKÉ VYZNÁNÍ OBYVATEL ČR A ZLÍNSKÉHO KRAJE PODLE SČÍTÁNÍ OBYVATELSTVA Z ROKU 2001**

Náboženským vyznáním se rozumí svobodné přihlášení k pravidlům života některé církve a popřípadě prostý vztah k jejich životní filozofii. Náboženské vyznání obyvatelstva se po 2. světové válce zjišťovalo při sčítání lidu v roce 1950 a poté až s odstupem 41 a 51 let při sčítáních 1991 a 2001. Bylo ponecháno na vůli občana, zda se o svém náboženském vyznání vyjádří, či nevyjádří.

Obecně lze říci, že počet věřících ve srovnání s posledním sčítáním z roku 1991 klesl. V roce 2001 se k náboženskému vyznání přihlásilo celkem 328 516 lidí, což znamená 55,2 % z celkového počtu obyvatelstva. V roce 1991 to bylo 65,9 %. Naopak osob bez vyznání bylo při posledním sčítání 219 807, tj. 36,9 % z celkového počtu obyvatelstva. V roce 1991 to bylo 23,0 %.

Dominantní postavení římskokatolické církve u nás má své historické souvislosti. Z celkového počtu 328 516 občanů hlásících se k církvi bylo římskokatolíků 290 814, což je 88,5 % z celkového počtu všech věřících. V roce 1991 se k této církvi hlásilo 92,5 % všech věřících. V absolutním údaji byl pokles počtu věřících oproti roku 1991 velmi výrazný, jedná se o úbytek 72 868 osob. Podíl u druhé nejvýznamnější církve – Českobratrské církve evangelické, klesl z 5,8 % v roce 1991 na 5,2 % v roce 2001. K Církvi československé husitské se v roce 2001 hlásilo 2 233 věřících, tj. 0,7 % všech věřících. V roce 1991 byl jejich podíl vyšší, 0,8 %.

Víceméně opačně tomu bylo u většiny ostatních církví a náboženských společností. Ke všem dalším (mimo uvedené tři) se v roce 1991 přihlásilo celkem 3 695 věřících, o deset let později se tento počet zvýšil na 18 312. Z u nás neetablovaných, často nekřesťanských církví a společností, to je především Náboženská společnost Svědkové Jehovovi. K té se přihlásilo při tomto sčítání 817 osob, což ji řadí na 4. místo co do četnosti v pořadí církví.

Tato společnost zaznamenala jeden z nejvyšších přírůstků, téměř jednou tolik. Ze světových náboženství je poměrně nejvíce zastoupen buddhismus s 315 věřícími.

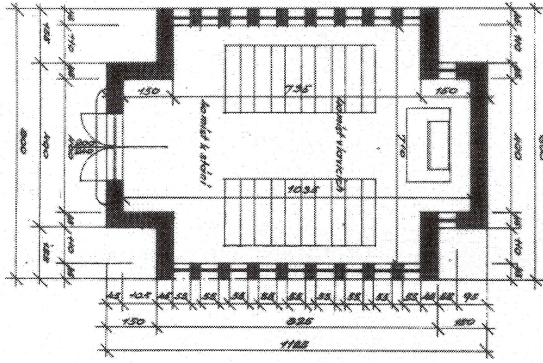
K náboženskému vyznání se jako tradičně více hlásily ženy, k ateizmu více muži. Věřících mužů bylo v roce 2001 sečteno 149 021 (51,4 % z jejich celkového počtu), věřící-

cích žen bylo 179 495 (58,9 % z jejich celkového počtu). Ženy hlásící se k náboženství přitom představovaly ze všech věřících celkem 54,6 %. Srovnání s rokem 1991 ukazuje na vyšší pokles počtu věřících mužů, těch ubylo za deset let o 35 369, zatímco v případě věřících žen se jednalo jen o úbytek 29 455 osob. Tento pokles je u většiny jednotlivých církví. Více mužů než žen se přihlásilo v případě islámu, buddhismu, hinduismu a hnutí Hare Kršna.

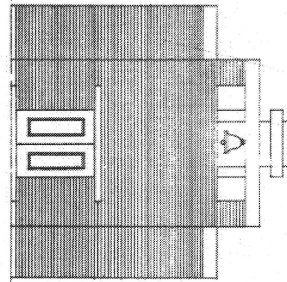
Ve skladbě věřících podle věku jsou výrazné rozdíly. Nejnižší je podíl věřících u věkové kategorie 20 – 29letých (kolem 44 %). Ke změně dochází až od 40. roku věku. Od tohoto věku lze zaznamenat vzestup jejich podílu (nad 50 %). Ve věkové kategorii 60 a více let je podíl věřících nad 80 %.

Zlínský kraj je krajem s nejvyšším počtem věřících. Jako v jediném kraji v republice tvoří věřící více než polovinu všech obyvatel (55,2 %). Údaje o náboženském vyznání uspořádané podle velikostních kategorií obcí zcela jednoznačně ukazují na převahu nábožensky založených osob ve venkovském osídlení. Podílí se na tom především málo příznivá věková skladba obyvatel v malých obcích (převaha starších osob) a nižší vzdělanostní struktura obyvatelstva. V obcích do 4 999 obyvatel je věřících více jak 60 %, v obcích od 5 000 do 19 999 obyvatel tvoří podíl věřícího obyvatelstva na celkovém počtu obyvatel kolem 50 %. V obcích nad 20 000 obyvatel je podíl věřícího obyvatelstva pod 42 %. Se zvyšující se velikostní skupinou obcí má podíl věřících klesající tendenci. V obcích nad 20 000 obyvatel je jejich podíl nižší než podíl osob bez vyznání. Vyrůstající podíl lze zaznamenat v případě osob bez vyznání.

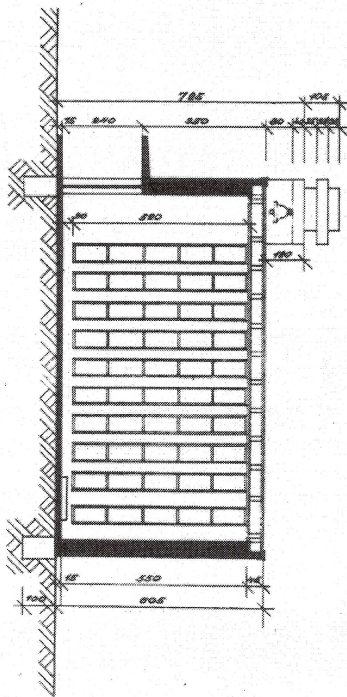
# PŘÍLOHA P IV: ARCHITEKTONICKÝ NÁVRH KAPLE VE ZLÍNSKÉ NEMOCNICI OD F. L. GAHURY



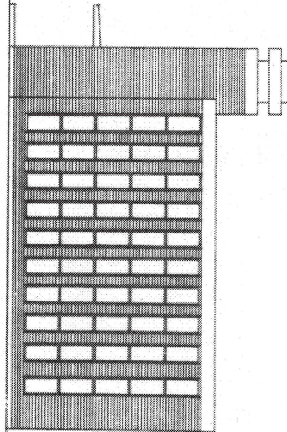
PŮDORYS



POHLED NA VSTUP



ŘEZ PODÉLNÝ



POHLED BOČNÍ

-ZLÍN-  
STAVEBNÍ AŇDŮVÁ SPOLEČNOST  
VE ZLÍNE  
*Oděly*

BAŤA a. s. ZLÍN

0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000

<b>KAPLE V NEMOCNICI</b>				PŮDORYS	
Datum: <i>10. 11. 1971</i>		Datum: <i>10. 11. 1971</i>		ŘEZ, POHLIBY	
Naměřoval: <i>F. L. Gahura</i>	Kreslil: <i>F. L. Gahura</i>		Kontroloval: <i>B. 2/1</i>	1:100	



# PŘÍLOHA P V: INFORMATIVNÍ LETÁK O KONÁNÍ BOHOSLUŽEB V KNTB, A. S.

---

Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín


## SLUŽBY ŘÍMSKOKATOLICKÉ CÍRKVE V KRAJSKÉ NEMOCNICI T. BATI, a. s.

1. Mše svatá se slouží každou sobotu v 15,30 hodin v suterénu Léčebny dlouhodobě nemocných – výukovém sále.
2. Nemocným věřícím, kteří nemohou chodit, se svaté přijímání přináší na pokoj. O tuto službu je nutno požádat na farním úřadě ve Zlíně. Nahlaste jméno, oddělení a pokoj pacienta.  
*Číslo telefonu : 577 210 022*

O svátost smíření ( svatou zpověď), je možno požádat na farním úřadě ve Zlíně - *číslo telefonu : 577 210 022*  
Nebo prostřednictvím těch, kteří přinášejí svaté přijímání na jednotlivá oddělení

Farní úřad ve Zlíně

# PŘÍLOHA VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Hana Kubalová
Téma bakalářské práce	Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů v KNTB, a.s a jejich naplňování
Pracoviště	Interní, chirurgické, onkologické, neurologické, LDN, plicní, gynekologické

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 1.11.2010

Ve Zlíně dne 29.10.2010

Hana Kubalová




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600

.....762 75, Zlín..... (9)

Razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Hana Kubalová
Téma bakalářské práce	Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů v KNTB, a.s a jejich naplňování
Skupina respondentů	Hospitalizovaní pacienti
Pracoviště	Interní, chirurgické, onkologické, neurologické, LDN, plicní, gynekologické

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 1.11.2010

Hana Kubalová  
studentka

Ve Zlíně dne 29.10.2010



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Ve Zlíně dne 16.12.2010

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín

razítko a podpis zástupce zařízení

## PŘÍLOHA VIII: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane

jmenuji se Hana Kubalová a ve zdejší nemocnici pracuji jako sestra. Jsem také studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetrovatelství oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně. Dovoluji si Vás požádat o laskavé vyplnění dotazníku, který je nezbytnou součástí mé bakalářské práce. Tato práce má název „**Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., a jejich naplňování**“. Abych mohla lépe porozumět tomu, co je pro Vás v oblasti duchovní péče důležité, předkládám Vám tento dotazník a chci Vás požádat o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní, prosím Vás tedy o pravdivost při vyplňování údajů.

Výsledky tohoto průzkumu by mohly posloužit jako podklad pro hledání cesty ke zlepšení péče o nemocné v oblasti naplňování duchovních potřeb pacientů v naší nemocnici.

*Pokyny k vyplnění dotazníku*

*Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu odpověď. Přibližná doba k vyplnění dotazníku je 15 - 20 minut.*

**1. Jste:**       muž                               žena

**2. Váš věk je:**

- do 30 let
- 31 - 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 let a více

**3. Jsem hospitalizován/a na tomto oddělení:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> interní oddělení             | <input type="checkbox"/> plicní oddělení        |
| <input type="checkbox"/> chirurgické oddělení         | <input type="checkbox"/> neurologické oddělení  |
| <input type="checkbox"/> onkologické oddělení         | <input type="checkbox"/> gynekologické oddělení |
| <input type="checkbox"/> léčebna dlouhodobě nemocných | <input type="checkbox"/> jiné (doplňte).....    |

**4. Jak dlouho jste hospitalizován/a?**

- 6 - 9 dnů
- 10 - 13 dnů
- 14 - 17 dnů
- 17 dnů a více

**5. V Krajské nemocnici T. Bati, a. s., jste hospitalizován/a?**

- poprvé
- opakovaně

**6. Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- základní
- střední odborné
- úplné střední s maturitou
- vysokoškolské
- jiné (doplňte jaké) .....

**7. Uved'te, prosím, kde žijete:**

- na samotě
- na vesnici
- v menším městě
- v okresním městě
- v krajském městě

### 8. Jakým životním stylem podle Vás žijete?

(můžete označit více odpovědí)

- městským
- venkovským
- moderním
- konzervativním
- jiným (doplňte jakým).....

### 9. Co jsou to podle Vás duchovní potřeby člověka?

(můžete označit více odpovědí)

- vztah s ostatními lidmi
- víra ve smysl života
- vše, co člověk prožívá a čemu přisuzuje hluboký smysl
- cit pro harmonii světa, schopnost vnímat krásu
- hledání posvátného
- náboženská víra
- psychická podpora
- přijetí svátostí
- nevím
- jiná možnost (uveďte jaká) .....

### 10. Pokud máte nějaké životní těžkosti, co Vám pomáhá k jejich zvládnutí?

.....

.....

.....

**11. Hlásíte se k nějakému vyznání?**

- ano
- ne
- nevím
- nechci odpovídat

**12. Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a ANO, vyberte některou z následujících možností:**

- Apoštolská církev
- Bratrská jednota baptistů
- Církev adventistů sedmého dne
- Církev bratrská
- Církev československá husitská
- Církev křesťanská společenství
- Církev reformovaná
- Církev římskokatolická
- Českobratrská církev evangelická
- Křesťanské sbory
- Pravoslavná církev v českých zemích
- Starokatolická církev v ČR
- jiná (uveďte která).....

**13. Pokud se nehlásíte k žádnému vyznání, pokuste se slovně vyjádřit:**

V „něco“ věřím (v „co“?)

.....  
.....

Možnost jiné odpovědi

.....  
.....

**14. Praktikujete svou víru?**

- ano
- ne
- nechci odpovídat

**15. Které z oblastí, souvisejících s Vaším zdravotním stavem, jsou pro Vás nyní nejdůležitější?**

(můžete uvést více odpovědí)

- kvalita života
- jistota a bezpečí
- zmírnění bolesti
- smysl života a utrpení
- postoj k smrti
- pochopení a empatie
- mít naději
- 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 (uveďte které) .....

**16. Myslíte si, že duchovní péče v nemoci je potřebnější, než když jste zdravý/á?**

- ano, je potřebnější
- je stejná
- není potřebnější
- nevím



**17. Určete blíže, co je pro Vás momentálně důležité.**

(můžete uvést více odpovědí)

- uzdravení z nemoci
- rozhovory se zdravotním personálem
- setkávání s blízkými
- kontakt s duchovním
- modlitba
- účast na bohoslužbách
- svátosti
- jiné (uved'te co) .....

**18. Považujete při Vaší léčbě a s ní spojenou hospitalizací za důležité uspokojování duchovních potřeb?**

- ano
- ne
- nevím

**19. Kdo může podle Vás poskytovat duchovní službu?**

(můžete uvést více odpovědí)

- sestra
- lékař
- psycholog
- rodinný příslušník nebo známý
- pastorační asistent (nemocniční kaplan)
- kněz nebo jiný duchovní
- laik s teologickým vzděláním
- dobrovolník
- někdo jiný (uved'te kdo) .....

**20. Setkal/a jste se v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., s někým, kdo Vám poskytoval výše uvedené služby?**

ano (uved'te kdo) .....

ne

**21. Byl/a jste v této nemocnici informován/a o možnosti využití 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 (uved'te jak) .....

ne

nevzpomínám si

**22. Pokud byste měl/a potřebu mluvit o svých niterných záležitostech, komu**

**byste se svěřil/a?** (můžete označit i více odpovědí)

zdravotníkům

nezdravotníkům

rodině

knězi nebo jinému duchovnímu

ostatním (uved'te komu).....

**23. Domníváte se, že zde v nemocnici máte vhodné podmínky pro zachování a**

**uskutečňování všeho, co souvisí s vašimi duchovními potřebami?**

ano

ne

nevím

Při Vaší odpovědi NE, uveďte prosím, co Vám nejvíce schází

.....  
.....

**24. Uvítal/a byste v této nemocnici službu pastoračního asistenta (nemocničního kaplana)?**

- ano
- ne
- nevím

**25. Využil/a byste jeho služeb?**

- ano
- ne
- nevím

**26. Jste informován/a o konání bohoslužeb v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.?**

- ano
- ne
- možnost jiné odpovědi

.....

**27. Uvítal/a byste, aby byla v prostoru Krajské nemocnice T. Bati, a. s., vybudována nemocniční kaple?**

- ano
- ne
- nevím

**28. Uvítal/a byste možnost, aby byla kaple nemocným pacientům stále přístupná?**

- ano
- ne
- nevím

**29. K čemu by podle Vás nemocniční kaple měla sloužit?**

(lze uvést více odpovědí)

- místo k modlitbě
- místo ke ztišení
- ke konání bohoslužeb
- prostor k setkávání s duchovním
- k umístění svatostánku
- jiná možnost (uveďte jaká).....  
.....

Vaše další sdělení.....  
.....  
.....  
.....

Děkuji Vám za ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

