

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

David Kopecký

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Spirituální potřeby pacientů pohledem nelékařského zdravotnického personálu

Bakalářská práce

2025

David Kopecký

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **David Kopecký**  
Osobní číslo: **Z21156**  
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**  
Téma práce: **Spirituální potřeby pacientů pohledem nelékařského zdravotnického personálu**  
Téma práce anglicky: **Spiritual needs of patients from the perspective of non-medical healthcare personnel**  
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.  
SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4107-9.  
ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.  
TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.  
ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9674-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Tereza Siegelová**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA** v.r.  
děkan

L.S.

**Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2025

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Spirituální potřeby pacientů pohledem nelékařského personálu jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24.06.2025

David Kopecký v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Rád bych vyjádřil své upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Tereze Siegelové, za její vstřícnost, trpělivost a podporu. Velké díky patří také zdravotnickým zařízením, která mi umožnila realizovat výzkumnou část této práce. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat své rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a byla mi neocenitelnou oporou.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou spirituálních potřeb pacientů z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Cílem práce je zjistit, jak nelékařský zdravotnický personál, pracující na jednotkách intenzivní péče, vnímá spirituální potřeby pacientů a jakým způsobem je naplňuje. Teoretická část práce se věnuje vymezení pojmu spiritualita, významu spirituálních potřeb v kontextu zdravotní péče a roli nelékařského personálu v jejich uspokojování. Praktická část je zaměřena na výzkum, který byl proveden na čtyřech jednotkách intenzivní péče fakultní nemocnice.

Výsledky výzkumu přibližují postoje, zkušenosti a kompetence nelékařského zdravotnického personálu v oblasti spirituální péče. Práce přináší přehled o současném stavu poskytování spirituální péče v nemocničním prostředí a poukazuje na možné způsoby jejího zkvalitnění.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

spirituální potřeby, spiritualita, nelékařský zdravotnický personál, zdravotní péče, ošetrovatelství

## **TITLE**

Spiritual needs of patients from the perspective of non-medical healthcare personnel

## **ANNOTATION**

This bachelor's thesis deals with the issue of patients' spiritual needs from the perspective of non-medical healthcare personnel. The aim of the study is to determine how non-medical healthcare staff working in intensive care units perceive patients' spiritual needs and how they address them. The theoretical part of the thesis focuses on defining the concept of spirituality, the significance of spiritual needs in the context of healthcare, and the role of non-medical personnel in meeting these needs. The practical part focuses on research conducted in four intensive care units of a university hospital.

The research findings provide insights into the attitudes, experiences, and competencies of non-medical healthcare staff in the field of spiritual care. The study offers an overview of the current state of spiritual care provision in a hospital setting and highlights possible ways to improve its quality.

## **KEYWORDS**

spiritual needs, spirituality, non-medical healthcare personnel, healthcare, nursing

## OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metoda práce.....	13
2 Vysvětlení pojmů.....	14
2.1 Spiritualita.....	14
2.2 Náboženství .....	14
2.3 Víra .....	15
Teoretická část .....	16
3 Definice lidských potřeb .....	16
4 Základní dělení potřeb člověka .....	17
4.1 Lidské potřeby podle Abrahama H. Maslowa .....	17
4.2 Potřeby nemocného člověka .....	18
5 Potřeby nemocných v intenzivní péči .....	20
5.1 Fyziologické potřeby v intenzivní péči.....	21
5.2 Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti v intenzivní péči.....	21
5.3 Potřeba bezpečí a jistoty v intenzivní péči.....	21
5.4 Potřeba sebeúcty a seberealizace .....	22
6 Spirituální potřeby člověka .....	23
6.1 Péče o spirituální potřeby nemocných .....	23
6.2 Péče o spirituální potřeby umírajících .....	24
7 Spirituální péče .....	27
7.1 Formy spirituální péče .....	27
7.2 Překážky spirituální péče .....	28
7.3 Poskytovatelé spirituální péče .....	29
Výzkumná část.....	32
8 Cíle a metodika výzkumné části .....	32
8.1 Metodika výzkumu .....	32

8.1.1	Organizace výzkumu .....	33
9	Analýza výzkumných dat.....	34
9.1	Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví? .....	34
9.2	Otázka č. 2: Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:.....	34
9.3	Otázka č. 3: Kolik let pracujete ve zdravotnictví? .....	35
9.4	Otázka č. 4: Je součástí Vaší ošetrovatelské dokumentace otázka zjišťující spirituální potřeby pacienta? .....	35
9.5	Otázka č. 5: Je součástí Vaší ošetrovatelské dokumentace otázka zjišťující informace o víře náboženství pacienta? <i>Příklad: Považujete se za věřícího člověka? Jste součástí nějaké církve nebo náboženské společnosti?</i> .....	36
9.6	Otázka č. 6: Co považujete za hlavní důvody neodebírat spirituální anamnézu či nezjišťovat pacientovy spirituální potřeby? Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou (pokud spirituální anamnézu běžně odebíráte). .....	37
9.7	Otázka č. 7: Informujete pacienta o možnosti návštěvy nemocničního kaplana? Lze zvolit i více možností. ....	38
9.8	Otázka č. 8: Setkal/a jste se na svém pracovišti s vyžádanou návštěvou duchovního (kaplan, farář) u lůžka pacienta? .....	39
9.9	Otázka č. 9: Domníváte se, že poskytujete pacientům na Vašem oddělení spirituální péči? <i>Spirituální péči není myšlena péče poskytovaná výhradně věřícím. Patří sem i každodenní pečování o osoby osamělé, se strachem z nemoci, ze smrti nebo umírající, kteří své spirituální potřeby mohou silněji prožívat a mají větší potřebu vyslechnutí, odpuštění atd.</i>	40
9.10	Otázka č. 10: Pokud ano, kdo je nejčastěji jejím poskytovatelem? .....	41
9.11	Otázka č. 11: Jakým způsobem (formou) spirituální potřeby pacientů zajišťujete? <i>Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou.</i> .....	42
9.12	Otázka č. 12: Obrátil se na Vás někdy pacient s otázkou či prosbou týkající se jeho spirituálních potřeb? Nebo řešili jste někdy u pacienta spirituální tíseň (například ztráta smyslu, beznaděj a zoufalství, pochybnosti pacienta a jeho víře a systému hodnot)?.....	43
9.13	Otázka č. 13: Pokud ano, z jakého důvodu to bylo? <i>Lze zvolit více možností.</i> .....	44
9.14	Otázka č. 14: Myslíte si, že mohou spirituální potřeby ovlivnit zdraví pacienta? ....	45

9.15	Otázka č. 15: Považujete se za věřícího člověka? .....	46
9.16	Otázka č. 16: Cítíte zájem a chuť se více v oblasti spirituálních potřeb nemocných dále vzdělávat?.....	47
10	Diskuze .....	48
10.1	Vyhodnocení dílčího cíle 1: Zjistit, zda jsou podle personálu spirituální potřeby pacienta zmíněny v ošetrovatelských dokumentech.....	48
10.2	Vyhodnocení dílčího cíle 2: Zjistit, zda se personál setkal s duchovním na svém pracovišti.....	50
10.3	Vyhodnocení dílčího cíle 3: Zjistit, zda je personál jako poskytovatel spirituální péče na pracovišti. Zda se personál domnívá, že poskytuje pacientovi spirituální péči, když není přítomen kaplan, duchovní. ....	51
10.4	Doporučení pro praxi .....	52
10.5	Návrh pro další výzkum.....	53
11	Závěr .....	54
12	Použitá literatura .....	56
13	Přílohy.....	60

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka č. 1 - Otázka č. 1</b> .....	34
<b>Tabulka č. 2 - Otázka č. 2</b> .....	34
<b>Tabulka č. 3 - Otázka č. 3</b> .....	35
<b>Tabulka č. 4 - Otázka č. 4</b> .....	36
<b>Tabulka č. 5 - Otázka č. 5</b> .....	36
<b>Tabulka č. 6 - Otázka č. 6</b> .....	37
<b>Tabulka č. 7 - Otázka č. 7</b> .....	39
<b>Tabulka č. 8 - Otázka č. 8</b> .....	39
<b>Tabulka č. 9 - Otázka č. 9</b> .....	40
<b>Tabulka č. 10 - Otázka č. 10</b> .....	41
<b>Tabulka č. 11 - Otázka č. 11</b> .....	42
<b>Tabulka č. 12 - Otázka č. 12</b> .....	44
<b>Tabulka č. 13 - Otázka č. 13</b> .....	44
<b>Tabulka č. 14 - Otázka č. 14</b> .....	45
<b>Tabulka č. 15 - Otázka č. 15</b> .....	46
<b>Tabulka č. 16 - Otázka č. 16</b> .....	47

## ÚVOD

Tato práce se zaměřuje na problematiku spirituálních potřeb pacientů a jejich naplňování z pohledu nelékařského zdravotnického personálu na jednotkách intenzivní péče. Snaží se odpovědět na otázky, zda je nelékařský zdravotnický personál schopen rozpoznat a uspokojit spirituální potřeby nemocných a jak je tento pojem vnímán v praxi. Dlouhou dobu nebyly spirituální potřeby pacientů v našem zdravotnictví dostatečně reflektovány. S rozvojem moderního ošetřovatelství se však péče stále více orientuje na člověka jako celek, přičemž zohledňuje nejen jeho biologické, psychické a sociální potřeby, ale také potřeby spirituální. Přesto zůstává tato oblast v praxi často opomíjena, protože bývá vnímána jako ryze osobní záležitost týkající se pouze věřících pacientů. Spirituální dimenze je však součástí života každého člověka. Právě v těžkých obdobích, například při vážné nemoci, se její význam ještě prohlubuje. V našich nemocnicích se spirituální péče teprve začíná systematicky rozvíjet, avšak tento proces je postupný a poměrně složitý.

# 1 CÍLE A METODA PRÁCE

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak nelékařský zdravotnický personál na jednotkách intenzivní péče vnímá spirituální potřeby pacientů a jakým způsobem je naplňuje.

Bakalářská práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Teoretická část se věnuje vymezení pojmu spiritualita, významu spirituálních potřeb v kontextu zdravotní péče a roli nelékařského personálu v jejich uspokojování. Pro praktickou část své bakalářské práce jsem si vybral kvantitativní výzkumnou metodu prostřednictvím dotazníkového šetření na čtyřech jednotkách intenzivní péče fakultní nemocnice.

## 2 VYSVĚTLENÍ POJMŮ

### 2.1 Spiritualita

Etymologický původ spirituality pochází z latinského slova spirare, což znamená dýchat. Spiritualita je pojem, který označuje vnitřní dimenzi lidského života spojenou s hledáním smyslu, hodnot a hlubšího porozumění sobě samému i světu. Může se projevovat prostřednictvím náboženství, ale také skrze osobní filozofii, vztah k přírodě nebo umění. Spiritualita hraje důležitou roli v psychickém a emocionálním zdraví člověka, zejména v krizových situacích, nemoci či umírání (Němečková, 2016).

### 2.2 Náboženství

Náboženství představuje ucelený systém víry, tradic, obřadů a etických principů, který propojuje jednotlivce s posvátnem, nadpřirozenem či božstvem. Obvykle zahrnuje uctívání vyšší síly, studium posvátných textů, dodržování morálních zásad a sdílení víry v rámci organizovaného společenství. Poskytuje odpovědi na hluboké otázky týkající se smyslu lidské existence, smrti a původu světa a má zásadní dopad na kulturu, společenskou strukturu i osobní identitu jedince (Horyna, 2016).

Z etymologického hlediska pochází slovo z latinského religio, to znamená ohled. Je to výraz, který našel uplatnění ve většině jazycích. Samo o sobě je religio odvozeno z latinského slova religare, což znamená spojit znovu k sobě. Lze to chápat jako cestu k objevení opravdového náboženství života (Suchomelová, 2016).

Náboženství se zaměřuje na dané tradice a v naprosté většině je ve spojitosti s církví. Představuje jasný organizovaný systém, který je charakteristický svými rituály, praktikami a denními povinnostmi věřícího. Je spjatý s uctíváním nějakého boha nebo božstva. Náboženství lze i chápat jako prostředek k porozumění a vyjádření duchovna sdílených a přijmutých hodnot. Nauka o víře v církvích dává věřícím odpovědi na základní otázky týkající se života a smrti. Církev představuje komunitu jednotně smýšlejících lidí a zároveň pro ně nabízí jistotu v dobách nejistot. V České republice evidujeme 18 křesťanských církví. Mezi nejvýznamnější církve v naší zemi patří církev Římskokatolická (Václavík, 2010).

## 2.3 Víra

Každý jedinec má svůj vlastní pohled na víru, a proto existuje mnoho různých interpretací a definicí. Z tohoto důvodu je tudíž velmi obtížné víru definovat. Musíme brát v úvahu i to, že víra je spíše živým procesem než statistickým stavem. Víra je proces neustále se vyvíjející, přesto však zachovává svoji podstatu. Víru lze chápat jako přirozený aspekt lidské existence, podobně jako spánek a jídlo. Je neodmyslitelnou potřebou každé lidské bytosti. Víru lze i chápat jako dar, o který musíme pečovat a nezbytně s ním umět správně zacházet. Dalším možným pohledem je víra jako vztah, protože neustále věříme v někoho nebo v něco. Víru můžeme projevit také prostřednictvím skutků, činů (Pieper, 2018).

# TEORETICKÁ ČÁST

## 3 DEFINICE LIDSKÝCH POTŘEB

Lidské potřeby jsou považovány za aktivní sílu, která vzniká v důsledku vnímaného nedostatku nebo přebytku a touhy po dosažení určitého stavu v oblastech biologických, psychologických, sociálních nebo duchovních. Naplnění potřeb je zaměřeno na obnovu a udržení rovnováhy v organismu. Potřeby jsou neodmyslitelnou součástí lidského života, přínosné pro udržení a zlepšení kvality života. Vnímání potřeb může být ovlivněno pocitem nedostatku, přetrvávajícím pocitem potřeby nebo touhou po dosažení určitého stavu. Intenzita potřeb může být ovlivněna různými faktory, včetně pohlaví a věku jednotlivce, sociálního prostředí, zdravotního stavu, životních zkušeností a dalších okolností (Blatný, 2010; Baštecká a Mach, 2015).

Potřeby přimějí jedince k hledání určitých podmínek, které jsou nezbytné pro život a zároveň motivují k vyhýbání se podmínkám, které jsou nepříjemné. Prožívání nedostatku potřeb ovlivňuje veškerou psychickou činnost jedince, včetně pozornosti, myšlení a emocí, což vytváří základní vzorec chování. Lidské potřeby se liší. Mohou se vyvíjet a měnit v průběhu života, a to jak z hlediska kvality, tak kvantity. I když jsou některé potřeby společné všem jedincům, způsoby, jakými jsou naplňovány, se mohou výrazně lišit v závislosti na životním stylu. Potřeby mohou být uspokojovány různými způsoby. Lze je rozlišit jako žádoucí či nežádoucí. Žádoucí způsob je ten, který nepoškozuje jednotlivce ani jiné osoby, je v souladu s kulturním prostředím a se zákonem. Naopak nežádoucí způsob je ten, jenž může například přinést škodu jednotlivci nebo porušovat zákon. Kultura má také vliv na formování potřeb a lidé jsou si v ní podobnější, než by se mohlo na první pohled zdát (Trachtová et al., 2013).

## 4 ZÁKLADNÍ DĚLENÍ POTŘEB ČLOVĚKA

Rozdělit základní lidské potřeby můžeme do několika kategorií. Biologické potřeby vyplývají z fyzické podstaty jedince. Touhu po sociálním začlenění, postavení a kulturní identitě nazýváme potřebou sociální. Další důležitou lidskou potřebou je potřeba rozvoje osobnosti člověka. Psychické potřeby jsou ovlivněny individuálním pojetím světa každého člověka a souvisí s prožíváním duševních stavů. Estetické potřeby vyplývají z touhy po kráse a jsou ovlivněny osobními preferencemi a vkusem. Vyjádřit své názory a touhy umožňuje jedinci lidská potřeba sebevyjádření. A nakonec, duchovní potřeby, jak už název napovídá, jsou cíleny na duchovní cítění člověka (Šamánková, 2011).

Existují i další způsoby dělení lidských potřeb. Například z hlediska vyšších a nižších potřeb. Nižší potřeby jsou potřeby, kdy je jedinec nucen pečovat o sebe z fyziologického pohledu. Pokud tato podmínka potřeby nebude u člověka splněna, povede jeho žití k jistému konci. Zároveň bez splnění podmínky uspokojení nižších potřeb nemůže člověk uspokojit vyšší potřeby. Proces uspokojování vyšších potřeb přispívá k formování osobnosti a jedinečnosti každého jedince. Je procesem dlouhodobým a získaným. Vyšší potřeby jsou potřeby specifické socializací jedince, potřebou komunikovat, sdílet a začleněním se do společnosti. (Příbyl, 2015).

### 4.1 Lidské potřeby podle Abrahama H. Maslowa

Mezi nejznámější dělení lidských potřeb patří teorie amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa (1908-1970). Tento významný vědecký pracovník vytvořil teorii hierarchie lidských potřeb a zobrazil ji jako pyramidu. Dnes je tato teorie uváděna jako Maslowova pyramida lidských potřeb (Příbyl, 2015). Abraham Maslow rozdělil potřeby člověka na nižší, kam zařadil nejzákladnější fyziologické potřeby (potrava, teplo, domov, potřeba bezpečí a jistoty, vyměšování). Tyto nižší potřeby člověka umístil v pyramidě do spodní části. Naopak vyšší potřeby jako jsou např. potřeba uznání, úcty, přijetí, lásky, seberealizace, zařadil Maslow do vrchní části pyramidy. Učinil tak záměrně, protože podle něj, pokud člověk neuspokojí své nižší potřeby, nemůže uspokojit potřeby vyšší. Maslow řadí v jeho teorii k vyšším potřebám jedince i potřebu transcendence. Nazval ji metapotřebou, kterou popisuje jako potřebu duchovního růstu, touhu hledat smysl života v duchovní oblasti, nutnost vyššího duchovního života (Maslow, 2014).

## 4.2 Potřeby nemocného člověka

Podle současného zdravotního stavu a diagnostikovaném onemocnění, musíme nemocnému jedinci pomoci uspokojit základní potřeby. Proces, který se věnuje vyhledávání potřeb nemocných, se nazývá ošetrovatelský. Zabývá se i mimo jiné také stanovením diagnózy. Ošetrovatelský proces je dále charakterizován plánováním péče o pacienta, následnou realizací a konečným výsledkem ošetrovatelské péče. Velmi dobrým pomocníkem v ošetrovatelské péči je Barthelové test základních všedních dovedností. Testem zhodnotíme zdravotní stav pacienta a následně stanovíme kroky v ošetrovatelském procesu, kterým naplníme základní potřeby nemocného (Krátká, 2018; Šamánková, 2011).

Hodnocení aktuálních potřeb pacientů, zejména v oblasti spirituality, je možné realizovat pomocí několika specializovaných nástrojů, které umožňují zdravotníkům lépe pochopit individuální potřeby pacientů a přizpůsobit jim poskytovanou péči. Jedním z těchto nástrojů je dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP), který vznikl v rámci výzkumného projektu NT 13417-4/2012 IGA MZ ČR. Obsahuje celkem 42 položek, přičemž šest z nich se zaměřuje přímo na spirituální potřeby pacientů. Jeho hlavním cílem je identifikace priorit a problémů pacientů, sledování změn v jejich zdravotním stavu a vyhodnocování možných komplikací, což pomáhá přizpůsobit péči individuálním potřebám jednotlivců (Novotná a Kala, 2015).

Další z možností hodnocení potřeb pacientů je dotazník SNAP (Spiritual Needs Assessment for Patients) a slouží k detailnímu hodnocení spirituálních potřeb pacientů. Jeho využití v klinické praxi přináší zdravotnickému personálu cenné informace pro individualizovanou péči, která zohledňuje nejen fyzický a psychický, ale i duchovní stav pacienta (Seddigh et al., 2016).

Hodnocení spirituálních potřeb pacientů se dále věnuje dotazník FICA, který je zaměřen na čtyři klíčové oblasti: víru a přesvědčení (Faith), význam víry pro pacienta (Importance), jeho začlenění do duchovního společenství (Community) a uplatnění spirituality v poskytované péči (Address in Care). Tento nástroj umožňuje zdravotníkům efektivněji porozumět duchovním aspektům života pacienta a přizpůsobit jim péči (Novotná a Kala, 2015).

Tyto nástroje, dotazníky umožňují zdravotnickým pracovníkům efektivně identifikovat a reagovat na aktuální potřeby pacientů, včetně jejich spirituálních aspektů, což přispívá k celkové kvalitě poskytované péče (Novotná a Kala, 2015).

Pokud se člověk cítí zdrav a bez obtíží, je pro něj vše v pořádku. Problém ale nastane, když se dostaví nějaké zdravotní obtíže, zejména vážné. Pro spoustu lidí může v tu chvíli jít o těžkou životní situaci, ze které mají pocit, že ji jen těžko zvládnou. Nebo mají pocit, že ji nezvládnou vůbec. Nemocný člověk je nucen se postupně přizpůsobit nové situaci, musí se vypořádat často i s bolestivými projevy. Každá nemoc svým způsobem ovlivňuje daný způsob jedince, jeho každodenní stereotypy, denní harmonogram. V neposlední řadě nemoc často mění mezilidské vztahy či je narušuje. Nemocný člověk je často v menším kontaktu se svými blízkými. Naopak při vyžádané hospitalizaci si nemocný buduje nové vztahy, například vztah s personálem nebo s ostatními pacienty (Zacharová, 2017).

Nemoc může člověka zbavit mnoha jeho běžných povinností. Většinou je uznán neschopný práce, mládež je omluvena ze školy. A i na tuto skutečnost reaguje každý jedinec různě. Aktivní jedinci a lidé se společenským uplatněním mohou mít projevy pocitů nedostatečnosti, méněcennosti a depresí. Jsou ale jedinci, kteří využijí svoji nemoc, ať vědomě nebo nevědomě, jako svůj benefit (Trachtová et al., 2013).

Vzhledem k tomu, že každý člověk bere svoji nemoc rozdílně, můžeme přístup a postoj člověka k onemocnění rozdělit do několika základních typů. Normální postoj je stav, kdy se pacient přizpůsobí své nemoci a přijme ji jako součást svého života. Naopak bagatelizující postoj znamená, že nemocný nebere svůj stav vážně, neprovádí doporučenou léčbu a nedodržuje navrhované postupy. Repudiační postoj označuje zapuzení nemoci, kdy pacient ignoruje její existenci, nechodí k lékaři a nemyslí na ni. Disimulační postoj je situace, kdy pacient cíleně popírá svou nemoc a poskytuje lékaři nepravdivé nebo neúplné informace. Hypochondrický postoj se vyznačuje tím, že nemocný se domnívá, že trpí vážnou nemocí, i když tomu tak není. Nakonec nozofilní postoj, kdy pacient vnímá příjemné stránky nemoci, jako například možnost vyhnout se povinností, větší péči od ostatních a soucit okolí (Zacharová, 2017).

## 5 POTŘEBY NEMOCNÝCH V INTENZIVNÍ PÉČI

Při ošetřování vážně nemocných se zaměřujeme primárně na uspokojování potřeb, které nynější onemocnění limitovalo. Potřeby se v průběhu prožívání nemoci mění. Jedny jsou v popředí, jiné se upozadují. Potřeby pacientů vyžadující intenzivní péči mají svá vlastní specifika. Významnou skutečností je fakt, že část těchto nemocných má změněný stav vědomí. Může to být ve smyslu kvantity nebo kvality. Vědomí může být změněno i na základě farmakologického působení. U takového pacienta ale provádíme plnění potřeb tak, jako by při vědomí byl (Krátká, 2018).

Kvantitativní poruchou vědomí je somnolence, sopor a koma. U somnolentních pacientů je důležité plnit potřeby jako u pacientů, kteří žádnou poruchou vědomí netrpí. Pacient je probuditelný slovem, odpovídá přiléhavě. Má zájem přijímat stravu i tekutiny, pokud mu je tato potřeba připomenuta a je zajištěna případná domopoc. Velmi dobře cítí bolest, sociální a psychické potřeby. Nižší zájem nemocní jeví o potřebu čistoty vlastního těla. Soporózní pacient nereaguje na oslovení. Nevyhoví výzvě a ani nám nesdělí svoje potřeby. Reaguje pouze na bolestivé podněty. Na tento fakt je důležité myslet během běžného ošetřování pacienta či při invazivních výkonech. Pacient může při bolesti vydávat nesrozumitelné zvuky či se sám snažit pohybem těla bolest odstranit. Koma je stav, kdy pacient nereaguje na oslovení ani na bolestivé podněty. Přístup k takovému pacientovi je ale shodný jako k pacientovi, který je při vědomí a vnímá. Je důležité za něj plnit fyziologické i ostatní potřeby a vhodně komunikovat o jeho zdravotním stavu, pokud se nacházíme v jeho blízkosti. Tímto způsobem vedeme i rodinu nemocného, podporujeme je v komunikaci s pacientem i možností fyzického kontaktu. Podporujeme možnost návštěv, sdílíme s nimi možnosti, jak se na léčbě spolupodílet, podáváme jim dostatek vhodných informací, které zmírňují obavy o nemocného a předáváme jistotu, že je nemocný v dobrých rukou (Zacharová, 2017; Šamánková, 2011).

Kvalitativními poruchami jsou amentní a delirantní stavy. Pacienti v amentním stavu jsou často přímočaří a bez větších zábran v oblasti fyziologických potřeb. Péče o ně vyžaduje více trpělivosti, více se zaměřením na potřeby sounáležitosti, bezpečí a lásky. Je s výhodou poskytnout jim dostatek informací a opakovat je dle potřeby. Delirantní stavy se projevují výrazným neklidem, halucinacemi, úzkostí a dezorientací. Je velmi důležité posilovat potřebu jistoty a bezpečí a zajistit klidné prostředí. Neméně důležitá

je prevence pádu a snížení rizika s možností sebepoškozování. Fyziologické potřeby jsou upozaděny (Trachtová, 2018).

Dále je nutné brát v potaz, že většinu potřeb v intenzivní péči předvídáme nebo je plníme za pacienta i bez jeho zjevné spolupráce. Nezaměřujeme se pouze na potřeby fyziologické, ale i na neméně důležitou potřebu jistoty bezpečí, lásky a sounáležitosti. (Šamánková, 2011).

### **5.1 Fyziologické potřeby v intenzivní péči**

Fyziologické potřeby jsou ty, bez kterých jedinec nemůže dlouhodobě přežít. U závažně nemocného jedince se intenzivní péče zabývá plněním právě těchto potřeb. Lze bez nich krátkodobě přežít, ale z dlouhodobého hlediska to možné není. Patří sem potřeba se najíst, napít, nadechnout. Tyto potřeby buď částečně nebo plně vykonává za pacienta zdravotnický personál. Velmi podstatnou roli zaujímá potřeba spánku nebo potřeba vylučování a čistoty. Samostatnou kapitolu tvoří potřeba pacienta být bez bolesti (Opatrný, 2017).

### **5.2 Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti v intenzivní péči**

Tato potřeba se odvíjí od stavu vědomí pacienta. Klienti v plném stavu vědomí cítí tuto potřebu uceleněji. Vycházíme ale z předpokladu, že člověk s poruchou vědomí vnímá tuto potřebu rovněž, jen jí nedokáže projevit. Pacienti, kteří jsou při vědomí vnímají potřebu sounáležitosti ve smyslu být přijímáni takoví, jací jsou. Pro část nemocných je tato potřeba na vyšším místě než potřeba fyziologická. Chtějí být přijímáni jako celek, obzvláště po úrazech, deformitách, chybění části těla. Tuto potřebu může sytit rodina a zároveň ošetřující personál-nejčastěji sestra. Děje se tak její tolerancí k nemocnému a jeho potřebám, komunikací s nemocným, jejím chováním a její přítomností (Šamánková, 2011).

### **5.3 Potřeba bezpečí a jistoty v intenzivní péči**

Potřeba bezpečí a jistoty je potřebou každého jedince a u nemocného nabývá na ještě větší důležitosti. Obzvláště na jednotkách intenzivní péče, kde nemá pacient situaci po kontrolou, je v neznámém prostředí s neznámým ošetřujícím personálem a nemůže předvídat, co se bude dít. Nemocný chce ujistit, že nebude opuštěný, že ho zbavíme nebo zmírníme bolesti. Potřebuje jistotu, že mu jsme nablízku a ulevíme mu od projevů nemoci jako je nucení na zvracení, zácpa, porucha spánku či nechut' k jídlu. Naprosto

nezbytná je proto efektivní komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem s dostatkem prostoru na zodpovězení jeho otázek. Může mít potřebu ptát se vícekrát, protože při příjmu na oddělení dostane mnoho informací a musí zodpovědět spoustu otázek týkajících se jeho zdravotního stavu. Pro jistou část nemocných je oddělení intenzivní péče oddělením, kde prožívají strach z nové situace, nejistotu z budoucnosti a očekávají bolest. Zásadní je vhodné podávání informací úměrně zdravotnímu stavu nemocného a možnost návštěv rodiny (Sovářiová Soósová, 2022).

#### **5.4 Potřeba sebeúcty a seberealizace**

Potřebu sebeúcty sytíme u nemocných tím, že zajistíme jejich osobní čistotu a respektujeme jejich soukromí. Nemocný ví, že nás péče o něj neobtěžuje. Potřeba seberealizace v období vážné nemoci mizí, a naopak je dobré pacienta podporovat v tom, co se mu v životě podařilo a dělalo mu radost (Šamánková, 2011).

## 6 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY ČLOVĚKA

### 6.1 Péče o spirituální potřeby nemocných

Spirituální potřeby nepatří pouze lidem věřící v boha. Spirituální potřeby jsou širokým pojmem, který je společný všem lidem bez ohledu na jejich víru, to znamená i ateistům. V multikulturním ošetřovatelství, na které je kladen čím dál větší důraz, je myšleno na pacienty vyznávající jiné náboženství s jinými duchovními potřebami. V nemocnici se dnes často potkáváme s pacienty vyznávajícímu islám, hinduismus, taoismus či buddhismus (Mellanová, 2004).

Nejčastěji literatura uvádí tyto spirituální potřeby. Potřeba přijetí, potřeba důstojnosti, potřeba naděje, potřeba společnosti, potřeba samoty, potřeba být vyslyšen, potřeba pravdivosti, potřeba vnitřního klidu, potřeba odpuštění, potřeba dovolení zemřít, potřeba smíření, potřeba vědění, touha po věčnosti, potřeba projevit šlechtnost a potřeba projevit svoji autoritu (Sovářiová Soósová, 2022).

Lidské potřeby v období nemoci zahrnují široké spektrum aspektů, které ovlivňují fyzický i duševní stav pacienta. Jednou z klíčových potřeb je potřeba přijetí, která vyjadřuje touhu člověka patřit do společnosti a být její součástí. Úzce s ní souvisí i potřeba důstojnosti, která spočívá v respektu ke každému jednotlivci a jeho právu na úctu (Suchomelová, 2016).

Další významnou potřebou je potřeba naděje, která se může týkat jak uzdravení, tak důstojného umírání bez bolesti nebo víry v posmrtný život. Tato potřeba se objevuje v každé fázi onemocnění a může se proměňovat v závislosti na vývoji pacientova stavu. S tím souvisí také potřeba společnosti, tedy snaha necítit se osaměle. Nemocný touží po přítomnosti svých blízkých, ale i po kontaktu s Bohem skrze duchovní život nebo účast na bohoslužbách. Naproti tomu existuje i potřeba samoty, kdy pacient hledá klid, ticho a prostor pro své myšlenky nebo modlitbu. Nemocný často pocítuje potřebu být vyslyšen – chce mít u sebe někoho, kdo bude ochoten naslouchat jeho obavám, smutku či otázkám směřovaným k osudu či Bohu. Stejně důležitá je i potřeba pravdivosti, která souvisí s podáváním informací o zdravotním stavu, a potřeba vnitřního klidu, která znamená vytvoření klidného a podpůrného prostředí jak ze strany rodiny, tak nemocničního personálu. Dalšími zásadními aspekty jsou potřeba odpuštění, která

vyjadřuje snahu vyrovnat se s minulostí a hledat smíření s ostatními, a potřeba dovolení zemřít, kdy pacient touží sdělit svému okolí, že je připraven na odchod. Na to navazuje i potřeba smíření. Ať už se sebou samým, se svým životem, s lidmi, či s Bohem (Maryšková, 2023).

Nemocný také často pociťuje potřebu vědění, tedy touhu, aby jeho rodina a širší okolí přijaly jeho zdravotní stav i rozhodnutí, která s ním souvisejí. S tím souvisí i touha po věčnosti, tedy víra ve shledání se zesnulými blízkými a naděje na věčný život i přes prožívané utrpení. Někteří lidé mají v závěru svého života potřebu projevit šlechtnost. Chtějí vykonat ještě poslední dobrý skutek pro druhé. Poslední zásadní potřebou je pak potřeba projevit svoji autoritu, tedy mít přístup k pravdivým informacím a možnost ovlivnit vlastní rozhodnutí v posledních okamžicích života. Všechny tyto potřeby jsou klíčové pro důstojný a harmonický průběh nemoci a umírání, a jejich naplnění je důležité nejen pro samotné pacienty, ale i pro jejich blízké a zdravotnický personál, který jim poskytuje péči (Sovářiová Soósová, 2022).

## **6.2 Péče o spirituální potřeby umírajících**

Od nepaměti bylo umírání zcela přirozeným jevem a neslo se v duchu domácího prostředí za blízkosti příbuzných, včetně dětí. Byly s ním spojené tradice a rituály, které pomáhaly umírajícímu vyrovnat se s vlastní smrtí. Počátkem 20.století se pohled na smrt začal měnit a postupem času, kdy se člověk čím dál více upínal na potvrzení života, dočasným hodnotám se smrt začala stávat nelíbivou a neznámou. Změnou vnímání hodnot a zlepšováním zdravotní péče se umírající více přesunuli do nemocničních zařízení a smrt se stala kontrolovatelnou. Dohled lékařů nad rozhodováním o umírajícím a prostředím s sebou nese to, že pacienti umírají častokrát sami v prostředí chladných nemocnic (Sovářiová Soósová, 2022).

Pro nemocného je zásadní mít čas a prostor se zorientovat v nové situaci, která u něj nastala. To znamená poznat prostředí nemocnice, hospice či jiného zdravotního zařízení. Přijmout roli, že je jako nemocný odkázán na pomoc a péči jiné osoby. Přijmout blížící se smrt. Sladit do rovnováhy dosavadní způsob života se životem nynějším (Opatrný, 2017).

Je důležité, aby umírající chtěl a mohl provést bilanci vlastního života. Uvědomit si úspěchy a přiznat si neúspěchy. Vyrovnat se s křivdami, které život přinesl a umět

odpustit ostatním i sobě. I tím se odkrývají nové spirituální hodnoty. Od běžných, mnohdy povrchních starostí se umírající dostává k hlubším myšlenkám týkajících se jeho života. Toto odkrytí sebou často přináší smutek, úzkost, pocity viny nebo selhání. To vše je nezbytné k uvědomění si a přijetí skutečnosti, že život takový byl. Smíření se se sebou i s bližními, případně s Bohem. To vše se odehrává v rovině pohledu do minulosti dle Šamánkové. Přítomnost je naplněna bojem s nemocí, jejími důsledky a případnou léčbou. Přítomnost je časem, kdy většinou není pozornost umírajícího zaměřena na výkon, ale na hledání prožitku a smyslu. A to je další cestou v odkrývání a souznění se spirituálními hodnotami (Šamánková, 2011).

Pohled do budoucnosti doprovází umírajícího na cestě, která má za cíl objevit a rozpoznat hodnoty a smysl života. Tím prožívá základní spirituální hodnoty, které otevírají cestu k hodnotám dalším a tou je láska (Pieper, 2018).

Ve výše uvedeném má výsadní roli pomáhající profese a rodina. Důležité je pacientovi naslouchat, brát v potaz jeho potřeby a názory. Jednat s ním v úctě, podporovat ho a na vše mít dostatek času. V rámci rodiny je důležité si pomáhat, rozdělit si péči o nemocného, nic si nevyčítat, pomáhat umírajícímu s utříděním myšlenek, pracovat s úctou a v lásce. A nezapomínat na svůj vlastní volný čas (Příbyl, 2015).

V knize Paliativní medicína je uvedena potřeba tzv. prožitku prvotní důvěry, který sebou nese pocit bezpečí a možnost zachovat si dřívější vzpomínky. Další spirituální potřebu autor uvádí respektování lidské důstojnosti v možnosti umírajícího rozhodnout se ve způsobu léčby, denního rytmu. Duchovní potřebou je hledání smyslu života, kdy si umírající uvědomuje, jaké životní prohry, omyly, dluhy vůči ostatním, zklamání během života pocítil a mohl dojít k odpuštění. Spirituální potřebou je i nalézt smysl své nemoci a umět si odpovědět na otázku „proč právě já“ (Vorlíček et al., 2004).

Autorky Callananová a Kelleyová (2005) dle vlastní praxe z hospicových pracovišť popisují, jak umírajícímu pomoci, aby mohl zemřít v klidu a pokoji. Jako zásadní uvádějí potřebu odejít z tohoto světa smíření. Dále uvádějí potřebu vyvážnutí z uvíznutí. Myšlenou je tím, že může existovat skutečnost, nedořešená událost, která umírajícího drží na tomto světě. Další potřebou je útěcha. Pro umírajícího je důležité, že se s někým po smrti setká nebo již jako umírající setkává. Umírající toto může prožívat verbálně i neverbálně úsměvem, zamáváním na někoho, kdo je naším okem

neviditelný. Ve snech umírajících se často projektují nedořešené životní otázky, situace, prožitky. Je přínosné, pokud má umírající někoho, kdo s ním jeho sny při rozhovoru vyloží, rozuzlí a umírající má možnost s danou skutečností ještě naložit dle svého nejlepšího vědomí (Callananová a Kelleyová, 2005).

## 7 SPIRITUÁLNÍ PÉČE

Spirituální péče je podle WHO definována takto: „*Spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům, přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoli pro mnoho lidí je náboženství vyjádření jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychologické a sociální složky života jedince. Často se spiritualita chápe jako zabývání se smyslem a účelem života a pro lidi na sklonku života je běžně spojována s potřebou odpuštění, usmíření a potvrzením jejich hodnoty a užitečnosti*“ (Kalvínská, 2010).

### 7.1 Formy spirituální péče

Jak už bylo řečeno, podmínkou k indikaci spirituální péče nemusí být přítomnost pacienta v církvi nebo inklinující k nějakému náboženství. Spirituální péči potřebují lidé v období svojí krize, která je zapříčiněna vážnou nemocí, či umíráním. Člověk v těchto těžkých chvílích proto o to více spirituální péči potřebuje. Proto se tedy spirituální péče uplatňuje ve větší míře na odděleních u pacientů s onemocněními ohrožující jejich život a kde se často umírá. Logicky tedy nejpotřebnější uplatnění spirituální péče je na geriatrických odděleních, hospicích a obzvláště v paliativní medicíně (Marková, 2010).

Spirituální péče může být poskytována různými způsoby, které reflektují individuální potřeby pacientů a jejich aktuální životní situaci. Jednou z nejzákladnějších forem je poskytnutí informací, kdy je pacient obeznámen s možnostmi spirituální péče, které má k dispozici. Důležitou součástí je také terapeutický rozhovor, který se zaměřuje na existenciální otázky a pomáhá pacientovi lépe porozumět svému vnitřnímu prožívání. Vedle toho existuje podpůrný rozhovor, jenž poskytuje emocionální podporu v krizových situacích, jako jsou úzkost, deprese, agrese nebo pláč. Tento typ péče často představuje krizovou spirituální intervenci. Další formou je poradenský rozhovor, který se soustředí na vztahovou problematiku, přičemž ji často nahlíží z duchovního hlediska. V některých případech může pacientům pomoci také skupinové setkání, které je inspirováno duchovními texty a nabízí prostor pro sdílení a vzájemnou podporu. Neméně významné je poskytování svátostí, které zahrnuje modlitbu, četbu duchovní literatury a udílení svátostí dle pacientových potřeb a přání. S tím úzce souvisí i bohoslužba, která může probíhat ve vyhrazeném prostoru nebo přímo

na nemocničním oddělení, aby byla dostupná i těm, kteří se nemohou účastnit jinde. Spirituální péče se však netýká pouze pacientů, ale i samotného zdravotnického personálu. Profesní konzultace umožňují sdílení zkušeností a hledání vhodných přístupů v péči o nemocné. Nejjednodušší, ale často velmi účinnou formou spirituální podpory je přítomnost u lůžka, kdy se poskytovatel péče věnuje pacientovi skrze komunikaci, naslouchání nebo doteky, čímž podporuje jeho vnitřní klid a pocit bezpečí. Tato metoda vychází z principů bazální stimulace a pomáhá navázat hlubší kontakt mezi pacientem a pečující osobou. Každá z těchto forem spirituální péče má svůj význam a může pozitivně ovlivnit pacientovo prožívání nemoci, jeho duševní pohodu i celkovou kvalitu života (Rybová, 2022).

## **7.2 Překážky spirituální péče**

Poskytnout spirituální péči a tím pádem uspokojit spirituální potřeby pacientů není jednoduchý úkol. Odborníci zaměřující se na tuto oblast poukazují na některé negativní vlivy, které brání poskytnout kvalitní spirituální péči (Kalvínská, 2006).

Klíčovou překážkou při poskytování spirituální péče je nedostatek času. Zdravotníci jsou tak vytíženi technickými a administrativními úkoly, že i přes jejich snahu není vždy možné zvládnout požadavky pacientů (Opatrný, 2017).

Někdy se zdravotníci cítí nejistí ohledně toho, kdy se mají zeptat pacientů na jejich spirituální potřeby nebo nabídnout péči v této oblasti. Mají většinou obavy, že by tím mohli překročit soukromí pacienta. Dále zdravotnický personál často vnímá spirituální péči jen jako návštěvu duchovního na místo, kde pacient umírá (Sovářiová Soosová, 2022).

Milné předsudky a nedostatečná informovanost jsou jak na straně zdravotníků, tak i pacientů. Nejčastější chybou představou pacientů, kteří odmítají návštěvu duchovního je jejich domněnka, že když nejsou věřící, nebo nepatří do žádné církve a nejsou tedy praktikujícími křesťany, nemají na tuto službu nárok. Statistiky ukazují, že pokud nemocný nepatří do některé z církví, pacienta nenapadne o tuto službu návštěvy duchovního požádat (O'Brien, 2017).

Jako významný problém v oblasti komunikace ohledně spirituality je zdravotníky uváděn nedostatek vzdělání. Zdravotníci mají pocit z nedostatku zkušeností v tom, jak hovořit o tématu spirituality, jak si získat důvěru pacienta a najít společnou řeč.

Nedostatečné proškolení v této oblasti je vede k obavám, že nejsou dostatečně připraveni reagovat na otázky související s umíráním a smrtí (Kalvínská et al.,2009).

### **7.3 Poskytovatelé spirituální péče**

Poskytnout pacientovi účinně pomoc v rámci spirituální péči dokáže do určité míry každý jedinec. Pomoci například může nemocnému jeho blízký z rodiny, kamarád. Mnohdy postačí chápající rozhovor a pečlivé naslouchání pacienta. Nemusí se tedy ohledně spirituální pomoci okamžitě oslovovat odborníci, například psycholog, kněz (Opatrný, 2017).

Jedním z důležitých poskytovatelů spirituální péče jsou lékaři. Avšak většina lékařů doposud považuje spiritualitu jako něco, co je v kompetenci jen duchovních. Z toho vyplývá i problém, že o vzdělání v této oblasti nejeví zájem. Prostě to nepovažují za důležité. Přitom lékař, který si udělá čas na pacienta s pohovorem a nasloucháním jeho problému zjistí, že více než fyzická bolest ho trápí například strach z utrpení a nemoci. Lékař by jistě o rozhovory s nemocnými ohledně jeho spirituálních potřeb měl zájem, ale v současné době je jejich pracovní vyčerpání tak obrovská, že je to nemožné časově zajistit (Svatošová, 2012).

Dalším významným poskytovatelem spirituální péče je nelékařský zdravotnický personál. Bez ohledu na vlastní přesvědčení ohledně duchovna, by neměl nelékařský zdravotnický personál zapomínat, že v ošetrovatelství existují stanovená pravidla týkající se naplnění spirituálních potřeb pacientů. Důraz je kladen na uspokojování těchto potřeb u věřících i nevěřících pacientů. Zejména u nevěřících nemocných, protože i ti potřebují najít motivaci, smysl a důvod proč dále žít i přes to, co je potkalo. (Sovářiová Sošová, 2022).

Pokud by nelékařský zdravotnický personál nebyl schopen vyhovět pacientovi uspokojit jeho spirituální potřeby, měl by být schopen nabídnout jiný zdroj spirituální péče (Plevová, 2011).

V současné době jsou tuto oblast schopni zajistit duchovní pracovníci, jako kněží, jáhni nebo kaplani, kteří jsou nedílnou součástí zdravotnického týmu. Jejich role není pouze náboženská, ale zahrnuje i psychologickou podporu, kterou poskytují všem pacientům bez ohledu na jejich víru či přesvědčení (Suchomelová, 2016).

Hlavní povinností duchovních v nemocničních zařízeních je především respektovat a chránit důstojnost každého pacienta. Jsou si vědomi, že utrpení, nemoc a smrt mají nejen fyzický, ale i duchovní rozměr, a proto uznávají spirituální aspekt těchto situací. Jejich úkolem je vyhovět duchovním potřebám pacientů z různých náboženských tradic, přičemž vždy přihlížejí k individuálnímu přesvědčení každého člověka (Pieper, 2018).

Duchovní pracovníci také zajišťují, aby pacienti nebyli vystaveni žádnému nevhodnému nátlaku v oblasti víry. Místo toho nabízejí empatické naslouchání, které samo o sobě může mít terapeutický účinek. Dále zajišťují nebo umožňují bohoslužby, rituály a svátosti, pokud o ně pacient projeví zájem. Jejich úloha však sahá i do oblasti mezilidských vztahů. V případě konfliktů mohou sloužit jako prostředníci a smířčí osoby, čímž pomáhají vytvářet harmonické prostředí v rámci zdravotnického týmu i mezi pacienty a jejich rodinami. Veškerá jejich činnost je prováděna s maximální diskrétností, důvěrností a respektem k soukromí nemocných. Duchovní péče se tak stává důležitým prvkem podpory pacientů v náročných životních situacích, přispívá k jejich duševní pohodě a pomáhá jim nalézt klid i smíření v době nemoci (Maryšková, 2023; Svatošová, 2012).

Dalším významným zdrojem spirituální péče jsou psychologové. Psychologická péče je zaměřena na jedince, kteří se ocitli v obtížné životní situaci, například v důsledku vážného onemocnění. Úkolem psychologa je pomoci pacientovi vyrovnat se s touto situací a zabránit tomu, aby přirozený smutek přerostl v depresivní stavy, strach, obavy či úzkost (Zacharová, 2017).

Klíčovými prvky psychologické péče je aktivní komunikace, empatické naslouchání a identifikace zdrojů síly a opory v životě nemocného. Psycholog pomáhá pacientovi přizpůsobit se nové situaci, zvládnout změny a přijmout novou roli, kterou mu nemoc přinesla. Zároveň se zaměřuje na témata, která nemocný dříve opomíjel, a podporuje jej v jejich zpracování. Přestože psychologická péče primárně cílí na duševní zdraví pacienta a duchovní podpora se zabývá hlubšími existenciálními otázkami, obě oblasti

spolu úzce souvisí. Spolupráce mezi psychologem a duchovním pracovníkem je proto klíčová pro poskytování komplexní péče, která napomáhá nejen ke zvládnutí emoční zátěže, ale také k nalezení vnitřního smíření a klidu (Bužgová, 2015).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 8 CÍLE A METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Hlavním průzkumným cílem bakalářské práce je zjistit názory a znalosti nelékařského zdravotnického personálu ohledně naplňování spirituálních potřeb pacientů na nemocničních oddělení typu jednotek intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačního oddělení.

Stanoveny jsou tyto dílčí cíle:

1. Zjistit, zda jsou podle personálu spirituální potřeby pacienta zmíněny v ošetrovatelských dokumentech.
2. Zjistit, zda se personál setkal s duchovním na své pracovišti.
3. Zjistit, zda je personál jako poskytovatel spirituální péče na pracovišti. Zda se personál domnívá, že poskytuje pacientovi spirituální péči, když není přítomen kaplan, duchovní.

Pro získání a splnění dílčích cílů práce je proveden výzkum na třech odděleních jednotek intenzivní péče a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení fakultní nemocnice.

### 8.1 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce je zvolena kvantitativní metoda výzkumu pomocí dotazníku, který je vytvořen autorem samostatně na základě stanovených cílů a výzkumných otázek. Inspirací pro tvorbu dotazníku byla bakalářská práce Umírání a věřící lékař (Poživilová, 2023). Dotazník představuje sestavu předem připravených otázek uspořádaných do konkrétního formuláře. Mezi hlavní výhody této metody patří jasná a srozumitelná formulace otázek a také možnost jejich efektivního zpracování pomocí počítačových systémů (Kutnohorská, 2009). Dotazník použitý v této bakalářské práci se skládá z celkem 16 otázek, na které respondenti odpovídali v souladu s pokyny uvedenými v úvodní části. Byl vytvořen tak, aby zůstal zcela anonymní. Dotazník je složen převážně z otázek uzavřeného typu, z toho 2 dichotomické, 10 otázek s možností pouze jedné odpovědi a 4 otázky s možností více odpovědí. Tyto otázky zároveň umožňují respondentům vyjádřit se vlastními

slovy a poskytnout podrobnější odpovědi. Celý dotazník je součástí bakalářské práce jako Příloha 1.

Výzkum se zaměřuje na specifickou skupinu respondentů tvořenou nelékařským zdravotnickým personálem pracujícím na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kteří se aktivně podílejí na péči o pacienty. Do zkoumaného vzorku byli zahrnuti pracovníci zastávající následující pozice: všeobecná sestra, praktická sestra, zdravotnický záchranář, ošetřovatel/ka a sanitář/ka. Tato skupina respondentů byla vybrána zejména proto, že se ve své profesi pravidelně setkává s touto problematikou. Cílem bylo zjistit jejich pohled na dané téma a způsob, jakým se s ním v praxi vyrovnávají. Výběr byl zaměřen na lůžkovou část anesteziologicko-resuscitačního oddělení a na kardiologickou, chirurgickou a geronto-metabolickou jednotku intenzivní péče.

### **8.1.1 Organizace výzkumu**

Výzkum byl realizován v průběhu února a března 2024. Po získání souhlasu zdravotnického zařízení byly dotazníky distribuovány na čtyři vybraná oddělení, přičemž na každém z nich bylo rozdáno 50 dotazníků. Předání probíhalo prostřednictvím vrchních sester těchto oddělení, které ve většině případů zajišťovaly jejich rozdělení mezi personál a následný návrat k autorovi práce. Celkem se do průzkumu zapojilo 116 respondentů a všechny vyplněné dotazníky byly zahrnuty do analýzy, což představuje 100% zpracování získaných dat. K analýze dat byly využity programy Microsoft Word a Microsoft Excel. Data byla následně převedena do tabulek, které obsahují absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost vyjadřuje konkrétní počet respondentů, zatímco relativní četnost ukazuje tento počet v procentuálním vyjádření. U otázek, kde bylo možné označit více odpovědí, je uvedena absolutní četnost všech odpovědí spolu s relativní četností vztahující se k celkovému počtu odpovědí. Každá tabulka je doplněna grafickým znázorněním výsledků a slovním komentářem pro lepší interpretaci dat.

## 9 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

### 9.1 Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

První otázka se týkala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 116 účastníků dotazníkového šetření bylo 93 žen (80,17 %) a 23 mužů (19,83 %). Výsledky tedy jasně ukazují, že většinu respondentů tvořily ženy.

Tabulka 1 - Otázka č. 1

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	93	80,17 %
Muž	23	19,83 %
Celkem	116	100,00 %

### 9.2 Otázka č. 2: Uved'te prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Druhá otázka byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 116 účastníků má 39 osob (33,62 %) vysokoškolské bakalářské vzdělání, 32 respondentů (27,58 %) získalo středoškolské vzdělání a 30 osob (25,86 %) dosáhlo vyššího odborného vzdělání. Dále 15 respondentů (12,94 %) uvedlo vysokoškolské magisterské vzdělání.

Tabulka č. 2 - Otázka č. 2

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
středoškolské	32	27,58 %
vyšší odborné	30	25,86 %
vysokoškolské bakalářské	39	33,62 %
vysokoškolské magisterské	15	12,94 %
Celkem	116	100,00 %

### 9.3 Otázka č. 3: Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Třetí otázka se zaměřila na délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Nejpočetnější skupinu tvořilo 37 osob (31,90 %), které mají pracovní zkušenosti v rozmezí 11–20 let. Délku praxe mezi 21–30 lety uvedlo 28 respondentů (24,14 %). Praxi do 5 let uvedlo 24 zdravotníků (20,69 %) a 20 osob (17,24 %) pracuje ve zdravotnictví 6–10 let. Nejmenší skupinu tvořilo 7 osob (6,03 %), které mají více než 31 let praxe.

Tabulka č. 3 - Otázka č. 3

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5 let	24	20,69 %
6–10 let	20	17,24 %
11–20 let	37	31,90 %
21–30 let	28	24,14 %
31 a více let	7	6,03 %
Celkem	116	100,00 %

### 9.4 Otázka č. 4: Je součástí Vaší ošetrovatelské dokumentace otázka zjišťující spirituální potřeby pacienta?

Otázka č. 4 se zaměřovala na to, zda je v ošetrovatelské dokumentaci respondentů zahrnuta otázka týkající se spirituálních potřeb pacienta. Celkový počet odpovědí byl 116, což naznačuje, že odpovědělo 100 % respondentů. Z odpovědí vyplývá, že pouze 29 respondentů uvedlo, že otázka na spirituální potřeby je součástí jejich ošetrovatelské dokumentace. Přibližně 25 % odpovědí tedy ukazuje, že jen menšina zdravotnických zařízení nebo pracovníků tuto oblast systematicky zaznamenává. Naopak 68 respondentů odpovědělo „ne“, tedy že otázka na spirituální potřeby v jejich dokumentaci zahrnuta není. To představuje přibližně 59 % odpovědí, což je poměrně vysoké číslo a vypovídá o tom, že tato oblast není standardizovanou součástí ošetrovatelské praxe v mnoha zařízeních. Dále 19 respondentů (přes 16 %) uvedlo, že nevědí, zda je tato otázka v dokumentaci obsažena.

Tabulka č. 4 - Otázka č. 4

<b>Je součástí Vaší ošetrovatelské dokumentace otázka zjišťující spirituální potřeby pacienta?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	29	25,00 %
Ne	68	58,62 %
Nevím	19	16,38 %
Celkem	116	100,00 %

**9.5 Otázka č. 5: Je součástí Vaší ošetrovatelské dokumentace otázka zjišťující informace o víře náboženství pacienta? Příklad: Považujete se za věřícího člověka? Jste součástí nějaké církve nebo náboženské společnosti?**

Otázka č. 5 se zaměřovala na to, zda je v rámci ošetrovatelské dokumentace zaznamenávána informace o víře a náboženské příslušnosti pacienta. Celkový počet odpovědí činil 116. Pouze 16 respondentů nelékařského zdravotnického personálu (13,79 %) uvedlo, že taková otázka je součástí jejich dokumentace. Naopak jasná většina, 88 respondentů (75,86 %), odpověděla „ne“. Zbývajících 12 respondentů (10,34 %) uvedlo odpověď „nevím“.

Tabulka č. 5 - Otázka č. 5

<b>Je součástí Vaší ošetrovatelské dokumentace otázka zjišťující informace o víře a náboženství pacienta?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	16	13,79 %
Ne	88	75,86 %
Nevím	12	10,35 %
Celkem	116	100 %

**9.6 Otázka č. 6: Co považujete za hlavní důvody neodebírat spirituální anamnézu či nezjišťovat pacientovy spirituální potřeby? Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou (pokud spirituální anamnézu běžně odebíráte).**

Otázka č. 6 se zaměřovala na zjištění, jaké jsou hlavní důvody, proč zdravotničtí pracovníci neodebírají spirituální anamnézu nebo nezjišťují spirituální potřeby pacientů. Jelikož bylo možné zvolit více odpovědí, celková absolutní četnost činí 156 odpovědí od 116 respondentů. Z odpovědí vyplývá, že nejčastějším důvodem je respekt k autonomii a soukromí pacienta v oblasti spirituality, což uvedlo 74 respondentů (47,44 %). Tento výsledek naznačuje, že personál má často obavy z narušení intimní sféry pacienta, a tím pádem volí pasivní přístup ke spirituálním otázkám.

**Tabulka č. 6 - Otázka č. 6**

<b>Co považujete za hlavní důvody neodebírat spirituální anamnézu?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
a) Respektuji pacientovu autonomii a soukromí ve spirituální oblasti.	74	47,43 %
b) Nemám na to dostatek času, i kdybych chtěl/a.	12	7,69 %
c) Není na to vhodná příležitost.	15	9,62 %
d) Nejsem si jistý/jistá, jak tyto otázky formulovat či jak začít hovor na toto téma.	14	8,97 %
e) Nevím, jak bych s těmito informacemi od pacienta naložil/a.	17	10,90 %
f) Myslím si, že spirituální péči naši pacienti nepotřebují.	4	2,56 %
g) Myslím si, že spirituální péče patří do kompetence lékaře.	3	1,93 %
i) Jiný důvod:	17	10,90 %
<b>Celkem</b>	<b>156</b>	<b>100,00 %</b>

Dalšími důvody byly: „Nevím, jak s těmito informacemi od pacienta naložit“ – 17 respondentů (10,90 %), což může odhalovat nedostatek znalostí o využití spirituálních dat v péči. „Není na to vhodná příležitost“ – 15 respondentů (9,62 %). „Nejsem si

jistý/jistá, jak tyto otázky formulovat“ – 14 respondentů (8,97 %), což opět ukazuje potřebu vzdělávání v oblasti komunikace o spiritualitě. „Nemám na to dostatek času“ uvedlo 12 respondentů (7,69 %), což odkazuje na časový tlak a pracovní vytížení personálu. „Jiný důvod“ – 17 odpovědí (10,90 %), což může znamenat různé individuální překážky, které nebyly konkrétně nabídnuty v možnostech. Těchto 17 respondentů uvedlo, že je to nezajímá a nepovažují to za potřebné v danou chvíli. Pouze 4 respondenti (2,56 %) se domnívají, že spirituální péče není potřebná. 3 respondenti (1,93 %) uvedli, že ji považují za kompetenci lékaře.

### **9.7 Otázka č. 7: Informujete pacienta o možnosti návštěvy nemocničního kaplana? Lze zvolit i více možností.**

Otázka č. 7 zjišťovala, zda zdravotnický personál informuje pacienty o možnosti návštěvy nemocničního kaplana. Respondenti mohli vybrat více odpovědí, což umožnilo lépe pochopit, v jakých situacích je tato služba pacientům nabízena. Z odpovědí vyplývá, že nejčastější variantou bylo informování pacienta tehdy, když si o to sám požádá. Zvolilo ji 57 respondentů (36,32 %). Na druhém místě se umístila odpověď 39 respondentů (24,84 %), že informují tehdy, pokud vědí, že pacient je věřící nebo patří k určité církvi. Pouze 5 respondentů (3,18 %) uvedlo, že pacienty o této možnosti informují vždy, což je velmi nízké číslo a může naznačovat, že tato služba není běžně prezentována jako standardní součást péče. Naopak 25 respondentů (15,93 %) uvedlo, že nabídku zváží tehdy, když usoudí, že by z ní mohl pacient mít prospěch. Poměrně vysoký počet respondentů (21) označil, že pacienty o možnosti návštěvy kaplana informují jen výjimečně. Dalších 10 respondentů (6,37 %) uvedlo, že je o této možnosti neinformují vůbec.

Tabulka č. 7 - Otázka č. 7

<b>Informujete pacienta o možnosti návštěvy nemocničního kaplana? Lze zvolit i více možností.</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
a) Ano, vždy.	5	3,18 %
b) Ano – při zjištění, že je pacient věřící nebo přísluší k nějaké církvi.	39	24,84 %
c) Ano – když se pacient sám zeptá.	57	36,32 %
d) Ano – když si myslím, že by z toho pacient mohl profitovat.	25	15,93 %
e) Výjimečně.	21	13,36 %
f) Ne, nikdy.	10	6,37 %
g) Jiná odpověď:	0	0
Celkem	157	100,00 %

### **9.8 Otázka č. 8: Setkal/a jste se na svém pracovišti s vyžádanou návštěvou duchovního (kaplan, farář) u lůžka pacienta?**

Otázka č. 8 zjišťovala, zda se zdravotnický personál na svém pracovišti setkal s vyžádanou návštěvou duchovního (např. nemocniční kaplan, farář) u lůžka pacienta. Výsledky odpovědí ukazují, že drtivá většina respondentů (99 z 116), tedy 85,34 %, potvrdila, že se s touto situací na pracovišti již setkala. Pouze 17 respondentů (14,66 %) uvedlo, že se s vyžádanou návštěvou duchovního neseťkali.

Tabulka č. 8 - Otázka č. 8

<b>Setkal/a jste se na svém pracovišti s vyžádanou návštěvou duchovního u lůžka pacienta?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	99	85,34 %
Ne	17	14,66 %
Celkem	116	100,00 %

Z těchto údajů vyplývá, že kontakt pacientů s duchovními osobami přímo na odděleních není výjimečný, ale naopak poměrně běžný jev.

**9.9 Otázka č. 9: Domníváte se, že poskytujete pacientům na Vašem oddělení spirituální péči? *Spirituální péči není myšlena péče poskytovaná výhradně věřícím. Patří sem i každodenní pečování o osoby osamělé, se strachem z nemoci, ze smrti nebo umírající, kteří své spirituální potřeby mohou silněji prožívat a mají větší potřebu vyslechnutí, odpuštění atd.***

Otázka č. 9 se zaměřila na sebeposouzení zdravotnického personálu, zda se domnívá, že na svém pracovišti poskytuje pacientům spirituální péči. Z celkového počtu 116 respondentů odpovědělo 23 osob (19,83 %) jednoznačně „ano“, 63 respondentů (54,31 %) zvolilo možnost „spíše ano“, 17 osob (14,66 %) odpovědělo „spíše ne“, 4 respondenti (3,45 %) uvedli „ne“ a 9 respondentů (7,76 %) zvolilo možnost „nevím“. Tyto výsledky ukazují, že více než polovina dotazovaných (74,14 %) vnímá, že spirituální péči v určité míře poskytuje. Pouze malá část respondentů se domnívá, že péči vůbec neposkytuje.

Tabulka č. 9 - Otázka č. 9

<b>Domníváte se, že poskytujete pacientům na Vašem oddělení spirituální péči?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	23	19,83 %
Spíše ano	63	54,31 %
Ne	4	3,45 %
Spíše ne	17	14,66 %
Nevím	9	7,75 %
Celkem	116	100,00 %

### 9.10 Otázka č. 10: Pokud ano, kdo je nejčastěji jejím poskytovatelem?

Z uvedených dat z předešlé související otázky č. 9 vyplynulo, že celkem 86 respondentů (74,14 %) se alespoň částečně domnívá, že spirituální péči na svém oddělení poskytují. To koresponduje s otázkou č. 10, která byla pravděpodobně položena následně těm, kteří uvedli „ano“ nebo „spíše ano“ v předchozí otázce. Jedinou možnou poznámkou může být fakt, že v otázce č. 9 není výslovně uvedeno, že otázka č. 10 byla podmíněná odpovědí „ano“ nebo „spíše ano“, ale vzhledem k jejímu znění („Pokud ano...“) to lze předpokládat. Celkový počet odpovědí k otázce č. 10 je 148, což odpovídá možnosti vícenásobného výběru – tedy více než jedna odpověď od každého z cca 86 respondentů. Respondenti měli v této otázce možnost označit, kdo podle jejich zkušeností nejčastěji poskytuje pacientům spirituální péči. Z těchto dat je zřejmé, že nejčastěji spirituální péči poskytují sestry (52 odpovědí), velmi těsně následované duchovními osobami (51 odpovědí). To ukazuje na důležitou roli nelékařského zdravotnického personálu v oblasti podpory pacientů po spirituální stránce. Poměrně významně je zastoupena také rodina a blízcí pacientů (39 odpovědí), což je přirozené, neboť ti často znají pacientovy hodnoty a duchovní potřeby nejlépe. Naopak lékaři byli označeni jen velmi okrajově (pouze 5 odpovědí), což potvrzuje trend, že vnímání poskytování spirituální péče není běžně spojováno s lékařskou profesí. Jeden respondent zvolil možnost „jiná odpověď“ a napsal, že nejčastějším poskytovatele spirituální péče je psycholog.

Tabulka č. 10 - Otázka č. 10

<b>Pokud ano, kdo je nejčastěji jejím poskytovatelem?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Lékař	5	3,38 %
Sestra	52	35,14 %
Duchovní	51	34,46 %
Rodina, přátelé	39	26,35 %
Jiná odpověď	1	0,67 %
Celkem	148	100,00 %

### 9.11 Otázka č. 11: Jakým způsobem (formou) spirituální potřeby pacientů zajišťujete? Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou.

Tato otázka byla zaměřena na konkrétní způsoby zajištění spirituálních potřeb pacientů, tedy jak zdravotnický personál v praxi naplňuje tuto oblast péče. Respondenti měli možnost vybrat více odpovědí, což umožnilo zachytit širší spektrum přístupů ke spiritualitě v nemocničním prostředí. Z celkového počtu odpovědí (350) získaly “rozhovory s pacientem” 84 odpovědí (24,00 %), “prostor pro vyslechnutí potřeb pacienta (obavy, strach)” 77 odpovědí (22,00 %), “Možnost návštěv u pacienta” 69 odpovědí (19,71 %), “Přítomnost duchovního u lůžka” – 62 odpovědí (17,71 %), “Dostatek informací o zdravotním stavu pacienta” 50 odpovědí (14,29 %), “Možnost navštívit bohoslužbu” 7 odpovědí (2,00 %) a “Jiný způsob (doplňující odpověď)” 1 odpověď (0,29 %).

Tabulka 11 - Otázka č. 11

Jakým způsobem (formou) spirituální potřeby pacientů zajišťujete? Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou.	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) dostatkem informací o zdravotním stavu pacienta	50	14,28 %
b) rozhovory s pacientem	84	24,00 %
c) prostorem na vyslechnutí potřeb pacienta (obavy, strach)	77	22,00 %
d) možnost návštěv u pacienta	69	19,72 %
e) přítomností duchovního u lůžka	62	17,71 %
f) možností navštívit bohoslužbu	7	2,00 %
g) jiné-prosím uveďte:	1	0,29 %
Celkem	350	100,00 %

Nejčastějším způsobem zajištění spirituálních potřeb je aktivní komunikace, konkrétně rozhovory s pacientem (84) a naslouchání jejich obavám a strachům (77). Tato forma péče je v přímé kompetenci zdravotnického personálu a ukazuje na vysokou míru

empatie a ochoty k osobnímu kontaktu, což je pro naplňování spirituálních potřeb zásadní. Poměrně silně je zastoupena i možnost návštěv (69) a přítomnost duchovního u lůžka (62), což dokládá, že personál vnímá význam kontaktu s blízkými a s duchovními autoritami jako podporu v těžkých chvílích. Méně časté, ale stále přítomné je zajištění spirituálních potřeb prostřednictvím poskytování informací o zdravotním stavu (50) – i to může mít uklidňující efekt a přispívat k pocitu smyslu a důvěry. Možnost navštívit bohoslužbu byla uvedena pouze 7krát, což může souviset s organizačními nebo provozními omezeními v nemocničním prostředí. Jeden z respondentů využil možnost individuální odpovědi a uvedl, že spirituální potřeby nezajišťuje.

**9.12 Otázka č. 12: Obrátil se na Vás někdy pacient s otázkou či prosbou týkající se jeho spirituálních potřeb? Nebo řešili jste někdy u pacienta spirituální tíseň (například ztráta smyslu, beznaděj a zoufalství, pochybnosti pacienta a jeho víře a systému hodnot)?**

Otázka č. 12 byla zaměřena na praktickou zkušenost respondentů se spirituálními potřebami pacientů, konkrétně zda se na ně pacient někdy obrátil s otázkou nebo prosbou týkající se spirituality, případně zda řešili projevy spirituální tísně (např. ztrátu smyslu, beznaděj, pochybnosti o víře apod.). Z celkového počtu 116 respondentů odpovědělo 77 osob (66,38 %) „ano“ a 39 respondentů (33,62 %) uvedlo „ne“. Z těchto výsledků je patrné, že více než dvě třetiny respondentů mají přímou zkušenost s tímto typem potřeb u pacientů. To svědčí o tom, že spirituální potřeby a otázky nejsou vzácným jevem, ale naopak běžnou součástí prožívání pacientů, zvláště v situacích ohrožení zdraví nebo života, které se často odehrávají právě na odděleních typu JIP a ARO.

Tabulka č. 12 - Otázka č. 12

Obrátil se na Vás někdy pacient s otázkou či prosbou týkající se jeho spirituálních potřeb?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	77	66,38 %
Ne	39	33,62 %
Celkem	116	100,00 %

### 9.13 Otázka č. 13: Pokud ano, z jakého důvodu to bylo? *Lze zvolit více možností.*

Otázka č. 13 navazovala na předchozí dotaz zjišťující, zda se respondent někdy setkal s pacientem, který projevil spirituální potřeby nebo spirituální tíseň. Tato otázka šla více do hloubky – zjišťovala konkrétní důvody, které vedly pacienty k tomu, aby se obrátili na zdravotnický personál v této oblasti. Respondenti mohli označit více možností.

Tabulka č. 13 - Otázka č. 13

Pokud ano, z jakého důvodu to bylo?	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) otázka víry (náboženství)	25	13,09 %
b) pocity osamělosti	39	20,42 %
c) úzkost, strach před operací/výkonem	50	26,18 %
d) pacient s následky úrazu (po operaci)	24	12,56 %
e) umírající	53	27,75 %
f) jiné-prosím uveďte:	0	0
Celkem	191	100,00 %

Z celkového počtu 77 respondentů, kteří uvedli, že se s tímto jevem setkali, bylo zaznamenáno 191 odpovědí, což ukazuje, že většina z nich uvedla více důvodů. Nejčastějším důvodem byla situace, kdy pacient umíral. Tuto možnost zvolilo 53 respondentů (27,75 %) z celkového počtu odpovědí. Druhým nejčastějším důvodem

byla úzkost a strach před výkonem či operací. Označilo ji 50 respondentů (26,18 %). Pocity osamělosti uvedlo 39 respondentů (20,42 %), což potvrzuje, že spirituální potřeby často souvisí s emocionálním strádáním a sociální izolací pacientů. Otázky víry a náboženství zmínilo 25 respondentů (13,09 %). Pacient s následky úrazu nebo po operaci byl jako důvod uveden 24krát (12,57 %). Možnost „jiné“ ne zvolil nikdo.

#### **9.14 Otázka č. 14: Myslíte si, že mohou spirituální potřeby ovlivnit zdraví pacienta?**

Otázka č. 14 se zaměřovala na názor respondentů, zda mohou spirituální potřeby ovlivnit zdraví pacienta. Celkový počet odpovědí byl 116. Největší část respondentů odpověděla „spíše ano“, a to 43 osob (37,07 %). Následuje 40 respondentů (34,48 %), kteří odpověděli „ano“. Souhrnně tedy 83 respondentů (71,55 %) uvedlo buď „ano“, nebo „spíše ano“, což jasně ukazuje, že většina nelékařského zdravotnického personálu vnímá spirituální potřeby jako faktor, který může mít vliv na zdravotní stav pacientů. Tento výsledek podporuje význam zařazení spirituality do holistického přístupu k pacientovi. Naopak 17 respondentů (14,66 %) zvolilo odpověď „spíše ne“ a 4 respondenti (3,45 %) uvedli „ne“. To ukazuje, že přibližně 18 % respondentů je spíše skeptických nebo nesouhlasí s tím, že by spirituální potřeby ovlivňovaly zdraví. Dále 12 respondentů (10,34 %) zvolilo odpověď „nevím“ zvolilo 12 respondentů (10,34 %). Celkově lze říct, že většina dotázaných vnímá spirituální potřeby jako součást péče, která může mít vliv na zdraví pacienta.

Tabulka č. 14 - Otázka č. 14

<b>Myslíte si, že mohou spirituální potřeby ovlivnit zdraví pacienta?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	40	34,48 %
Spíše ano	43	37,08 %
Ne	4	3,45 %
Spíše ne	17	14,65 %
Nevím	12	10,34 %
Celkem	116	100,00 %

### 9.15 Otázka č. 15: Považujete se za věřícího člověka?

Tato otázka byla zaměřena na sebeposouzení víry samotných respondentů. Cílem bylo zjistit, jak velká část z nich se subjektivně považuje za věřící, což může ovlivňovat jejich vnímání spirituálních potřeb pacientů i ochotu tuto oblast ve své praxi reflektovat. Z celkového počtu 116 respondentů odpovědělo 11 osob (9,48 %), že se rozhodně považují za věřící, 21 respondentů (18,10 %) označilo možnost „spíše ano“, 12 respondentů (10,34 %) si nebylo jistých a zvolilo odpověď „nevím“. 41 osob (35,34 %) uvedlo, že se spíše nepovažují za věřící a 31 respondentů (26,72 %) odpovědělo „rozhodně ne“. Výsledky ukazují, že většina respondentů (62 z 116, tj. 53,44 %) se spíše nebo rozhodně nepovažuje za věřící. Naopak pouze 32 osob (27,58 %) se za věřící označilo (spíše nebo rozhodně). Tento poměr může částečně vysvětlovat i nižší míru aktivního poskytování spirituální péče nebo zájmu o spirituální anamnézu, jak vyplynulo z jiných otázek výzkumu. Zajímavé je také to, že 12 respondentů (10,34 %) si nebylo jistých, což ukazuje, že téma víry není vždy jednoznačné a že vnímání spirituality nemusí být striktně spojeno s náboženským vyznáním.

Tabulka č. 15 - Otázka č. 15

<b>Považujete se za věřícího člověka?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Rozhodně ano	11	9,48 %
Spíše ano	21	18,10 %
Nevím	12	10,34 %
Spíše ne	41	35,35 %
Rozhodně ne	31	26,73 %
Celkem	116	100,00 %

### **9.16 Otázka č. 16: Cítíte zájem a chuť se více v oblasti spirituálních potřeb nemocných dále vzdělávat?**

Otázka č. 16 se soustředila na ochotu a zájem vzdělávání respondentů v oblasti spirituálních potřeb. O vzdělávání v této oblasti by mělo rozhodně zájem pouze 5 respondentů (4,31 %), zatímco dalších 30 respondentů (25,86 %) uvedlo spíše ano. Opačný postoj zaujalo 40 respondentů (34,49 %), kteří odpověděli spíše ne. 26 respondentů (22,41 %) vyjádřilo jasný nezájem o další vzdělávání v této oblasti. Nejistotu ohledně svého zájmu o další vzdělávání vyjádřilo 15 respondentů (12,93 %), kteří odpověděli, že nevědí.

**Tabulka č. 16 - Otázka č. 16**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	5	4,31 %
Spíše ano	30	25,86 %
Ne	26	22,41 %
Spíše ne	40	34,49 %
Nevím	15	12,93 %
Celkem	116	100,00 %

## 10 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na zkoumání názorů, postojů, znalostí a praktických zkušeností nelékařského zdravotnického personálu v oblasti naplňování spirituálních potřeb hospitalizovaných pacientů, konkrétně na odděleních intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO). Zvolená problematika reflektuje aktuální potřebu integrovaného, celostního přístupu k pacientovi, který v rámci moderní ošetrovatelské péče nezahrnuje pouze biologické a psychosociální aspekty, ale také spirituální dimenzi, jež může významně ovlivnit kvalitu života a proces uzdravování pacienta. Hlavním cílem práce bylo zjistit, do jaké míry si nelékařský zdravotnický personál na těchto odděleních uvědomuje význam spirituálních potřeb u pacientů, jaké má v této oblasti znalosti, zda se v praxi s naplňováním těchto potřeb setkává a jaké postoje k nim zaujímá. Pozornost byla dále věnována tomu, zda je spirituální péče součástí ošetrovatelské dokumentace, jaké jsou zkušenosti personálu s přítomností duchovních pracovníků a zda se zdravotnický personál vnímá jako poskytovatel spirituální péče, zejména v případech, kdy není k dispozici nemocniční kaplan či jiný duchovní. Diskuze v následujících podkapitolách reflektuje jednotlivé dílčí cíle, které byly formulovány na základě hlavního výzkumného cíle. Každý z těchto cílů je zde analyzován s ohledem na získané výsledky dotazníkového šetření. Výsledky jsou porovnávány s dostupnou odbornou literaturou, která se věnuje stejné nebo podobné tematice a zároveň jsou v diskuzi zohledněny i možné interpretační nuance a praktické důsledky. V závěru diskuze autor reflektuje celkové přínosy práce a formuluje návrhy a doporučení pro klinickou praxi i pro budoucí výzkum v oblasti spirituální péče v intenzivní ošetrovatelské péči.

### **10.1 Vyhodnocení dílčího cíle 1: Zjistit, zda jsou podle personálu spirituální potřeby pacienta zmíněny v ošetrovatelských dokumentech.**

Výsledky výzkumu ukazují a upozorňují na jeden z klíčových problémů současné ošetrovatelské praxe. Na významný nedostatek v systematickém záznamu spirituálních potřeb v rámci ošetrovatelské péče. Spirituální potřeby patří dle Mezinárodní rady sester (ICN) a Světové zdravotnické organizace (WHO) k celostnímu pojetí péče o pacienta a měly by být součástí individuálního ošetrovatelského procesu (Puchalski et al., 2009; ICN, 2021).

Pokud však nejsou v dokumentaci zaznamenávány, může dojít k jejich přehlížení nebo opomenutí v péči, zejména v prostředí, kde se o pacienta střídá více zdravotníků. Možných příčin tohoto stavu je více. Prvním faktorem může být absence standardizovaného nástroje či formuláře, který by zdravotníkům poskytl konkrétní oporu pro hodnocení spirituálních potřeb. Dále může jít o nedostatek času, pracovní zátěž, ale i nízkou míru vzdělání zdravotníků v oblasti spirituální péče, jak ukazují studie v zahraničí (Phelps et al., 2012) a potvrzují i další části tohoto výzkumného šetření. Dalším důvodem je nejistota, jak spiritualitu vymezit, zejména u pacientů, kteří se nehlásí k žádnému náboženství a personál pak tápe, zda má vůbec nějaké spirituální potřeby dokumentovat. Nedokumentování spirituálních potřeb však může mít negativní dopad na kvalitu péče, zejména v prostředí JIP a ARO, kde pacienti často procházejí vážnými životními krizemi, existenciálními otázkami nebo potřebou podpory ve vztahu k hodnotám a smyslu života. Bez záznamu o těchto potřebách může dojít k jejich přehlédnutí ostatními členy týmu, což znemožňuje poskytovat individualizovanou, empatickou a komplexní péči. Je tedy zřejmé, že tento výsledek výzkumu pro dílčí cíl č.1 podporuje potřebu vytvořit standardizované nástroje pro posuzování a záznam spirituálních potřeb, které by byly součástí běžné ošetrovatelské dokumentace. Stejně jako např. potřeby biologické, psychické či sociální. Zařazení této oblasti do dokumentace by umožnilo lepší kontinuitu péče, včasné zachycení spirituálních problémů a aktivní zapojení kaplanů či jiných odborníků na spiritualitu.

K porovnání mých konkrétních výsledků výzkumu pro dílčí cíl č.1 s výsledky bakalářské práce Urbančíkové (2019) mě vedlo společné téma spirituálních potřeb. Urbančíková zjišťuje konkrétní existenci kolonky pro spirituální potřeby v ošetrovatelské dokumentaci. Ačkoliv v mé práci je otázka položena obecněji, odpovědi v práci Urbančíkové ukazují, že většina zařízení (přes 65 %) nemá ani základní kolonku k tomuto účelu. Podíl respondentů, kteří uvedli nějakou formu evidence (cca 25–30 %), se v obou bakalářských pracích pohybuje ve velmi podobných mezích, což zvyšuje věrohodnost tohoto závěru (Urbančíková, 2019).

Potvrzuje se tím, že spirituální potřeby nejsou ve většině zařízení evidovány formálně v rámci ošetrovatelské dokumentace.

## **10.2 Vyhodnocení dílčího cíle 2: Zjistit, zda se personál setkal s duchovním na svém pracovišti.**

Na otázku týkající se přítomnosti duchovního na pracovišti odpovědělo 60,7 % respondentů kladně, zatímco 39,3 % uvedlo, že se s duchovním ve své práci nikdy nesetkali. Tato zjištění ukazují, že ačkoli většina zdravotnických pracovišť spoluprací s duchovními nějakým způsobem zajišťuje, skoro dvě pětiny personálu přítomnost duchovního na pracovišti vůbec neregistrují nebo o ní neví. Tato situace může mít několik příčin. V některých nemocnicích může být kaplan dostupný pouze na zavolání a není běžnou součástí týmové péče, v jiných zařízeních může být jeho role méně viditelná nebo nedostatečně propagovaná. V neposlední řadě může jít také o komunikační bariéry mezi zdravotníky a duchovními, případně o nízké povědomí personálu o možnosti přivolat kaplana. Přítomnost duchovního v nemocnici, například nemocničního kaplana, je významnou součástí poskytování spirituální péče. Zejména v akutní péči na JIP a ARO. Přitom představuje významný přínos pro pacienty i jejich rodiny. Jak uvádí např. Ferrell a Coyle (2006), kaplan může být klíčovým členem multidisciplinárního týmu a pomáhat s rozpoznáváním i naplňováním spirituálních potřeb, zejména v krizových nebo terminálních situacích. Kaplan či jiný duchovní může poskytovat existenciální a spirituální oporu, vést rozhovor o smyslu, naději, vině, odpuštění, strachu ze smrti nebo víře. A to i u pacientů, kteří se nehlásí k žádnému konkrétnímu náboženství. Z výsledků pro dílčí cíl č. 2 vyplývá, že je potřeba více informovat zdravotnický personál o možnostech spolupráce s duchovními, zlepšit organizační podmínky pro jejich dostupnost a zároveň posílit vnímání kaplanů jako rovnocenných členů multidisciplinárního týmu. Taková integrace může vést ke zvýšení kvality spirituální péče a většímu komfortu pacientů v náročných životních situacích.

V dostupných českých i zahraničních akademických zdrojích se mi nepodařilo najít žádnou bakalářskou nebo diplomovou práci, která by obsahovala konkrétní kvantitativní údaje o tom, kolik procent zdravotnického personálu se na svém pracovišti setkalo s nemocničním kaplanem. Jinými slovy, žádná z prací, ke kterým jsem se dostal, neuvádí přesné číselné výsledky nebo statistiky na toto téma. Většina dostupných informací se omezuje na obecné popisy nebo kvalitativní zkušenosti jednotlivců, nikoliv na souhrnná data z dotazníkových šetření.

### **10.3 Vyhodnocení dílčího cíle 3: Zjistit, zda je personál jako poskytovatel spirituální péče na pracovišti. Zda se personál domnívá, že poskytuje pacientovi spirituální péči, když není přítomen kaplan, duchovní.**

Tento dílčí cíl se zaměřoval na vlastní vnímání zdravotnického personálu jako poskytovatele spirituální péče. Výsledky výzkumu odhalují nejistotu a nejednotnost v porozumění vlastní roli v oblasti spirituální péče. Z odborného hlediska však nelékařský zdravotnický personál skutečně může a měl by být aktivním poskytovatelem spirituální podpory, i když není přítomen kaplan či jiný duchovní zástupce. Dle odborné literatury (Puchalski et al., 2009) je zdravotnický personál, zejména sestry, klíčovým nositelem základní spirituální podpory. A to právě v situacích, kdy není kaplan dostupný. Podle Baštecké et al. (2014) spirituální péče neznamená pouze náboženské obřady či teologickou diskusi. Může jít o empatické naslouchání, poskytnutí prostoru pro sdílení emocí, zachování důstojnosti, podporu naděje či respektování pacientových přesvědčení a hodnot. Často se tyto prvky vyskytují v běžné ošetrovatelské péči, aniž by je zdravotník vnímal jako spirituální péči. Skutečnost, že většina respondentů nevnímá svou činnost jako spirituální péči, může být důsledkem chybějící definice spirituality v každodenní praxi, nedostatečného vzdělání nebo obav z překročení profesních hranic. Zde se potvrzuje závěr jiných studií (McSherry, 2010), že personál často poskytuje spirituální péči intuitivně, ale nevědomě a bez toho, aby si byl vědom jejího dopadu. Na druhou stranu téměř 43 % respondentů deklarovalo, že spirituální péči poskytují, což lze hodnotit pozitivně. Značí to otevřenost a ochotu reagovat na spirituální potřeby pacientů i bez formální přítomnosti duchovního. V praxi může jít např. o naslouchání, vytvoření klidného prostředí, projevení empatie či podporu víry pacienta. Tato zjištění tedy potvrzují, že vnímání role zdravotníků v oblasti spirituality není jednotné, a opět podtrhují potřebu jasných kompetenčních rámců, příkladů dobré praxe a vzdělávacích aktivit zaměřených na rozpoznání a naplňování spirituálních potřeb v rámci ošetrovatelské péče. Významným krokem vpřed by bylo zařazení spirituální péče do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, včetně praktických příkladů, kazuistik a modelových situací. Také by bylo přínosné zavést reflexe a supervize, ve kterých mohou zdravotníci sdílet své zkušenosti

se spirituální péčí, diskutovat její limity a hledat společné postupy. Výsledky výzkumného šetření tedy ukazují, že členové ošetrovatelského týmu mají potenciál být poskytovateli spirituální péče, ale často si tuto roli neuvědomují, případně se bojí, že nejsou dostatečně kompetentní. Vzdělávání, podpora a mezioborová spolupráce mohou tento potenciál významně rozvinout.

V českém prostředí už existují kvantitativní výzkumy, které zkoumají, zda zdravotnický personál sám poskytuje spirituální péči pacientům. Zaujal mě průzkum mezi 468 českými zdravotními sestrami od Kisvetrové et al. (2013). Průzkum zjistil, že přibližně 65 % sester vnímají poskytování spirituální péče jako standardní součást své práce i bez formální přítomnosti kaplana. V porovnání s mými výsledky dílčího cíle č.3 (74,14 % respondentů) jde o příjemné zjištění. Data z obou výzkumných prací totiž dobře ukazují, že i bez přítomnosti kaplana zdravotníci poskytují spirituální péči.

#### **10.4 Doporučení pro praxi**

Začlenění spirituálních potřeb pacientů do zdravotní péče vyžaduje víceúrovňový přístup, který zahrnuje jak vzdělávání personálu, tak systémové změny v dokumentaci a komunikaci na pracovišti. Na základě získaných výsledků lze doporučit následující kroky pro zlepšení současné praxe.

Vzdělávání zdravotnického personálu by mělo zahrnovat téma spirituality a spirituálních potřeb jako nedílnou součást pravidelných odborných školení a seminářů. Důraz by měl být kladen nejen na teoretické informace, ale i na praktické příklady a kazuistiky, které pomohou zdravotníkům lépe porozumět významu spirituality v klinické praxi a naučit se reagovat na potřeby pacientů v konkrétních situacích.

Zahrnutí spirituálních potřeb do ošetrovatelské dokumentace představuje další důležitý krok k systematickému přístupu. Doporučuje se vytvořit jednoduché a přehledné nástroje, které by umožnily zhodnocení spirituálních potřeb již při příjmu pacienta, případně v rámci sestavování ošetrovatelského plánu. Tímto způsobem by se spirituální potřeby staly přirozenou součástí celkové péče.

Podpora spolupráce s nemocničními kaplany může významně přispět ke kvalitnímu naplňování duchovních potřeb pacientů. Je důležité zvýšit povědomí zdravotnického personálu o existenci duchovní služby v nemocnici, jasně definovat roli nemocničního kaplana a poskytnout srozumitelné informace o způsobu jeho kontaktování.

Podpora otevřené komunikace v týmu je klíčová pro vytváření prostředí, které je vnímavé k duchovním tématům. Témata jako spiritualita, hodnoty a smysl života by měla být přirozeně začleňována do týmových diskusí, supervizí nebo případových konferencí. Taková otevřená komunikace posiluje týmovou soudržnost a přispívá ke komplexnějšímu vnímání potřeb pacientů.

## **10.5 Návrh pro další výzkum**

Vzhledem k omezenému vzorku respondentů a regionálnímu zaměření by bylo vhodné navázat na tuto studii rozsáhlejším výzkumem na národní úrovni, který by zachytil širší spektrum zdravotnických zařízení. Dále by bylo přínosné provést kvalitativní výzkum (např. formou polostrukturovaných rozhovorů), který by mohl podrobněji odhalit, jak zdravotnický personál spirituální potřeby pacientů chápe, jaké má zkušenosti s jejich naplňováním a jaké překážky v této oblasti vnímá. Vhodné by také bylo prozkoumat postoj samotných pacientů k přijímání spirituální péče, což by přineslo důležitý pohled z druhé strany terapeutického vztahu.

## 11 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké názory a znalosti má nelékařský zdravotnický personál ohledně naplňování spirituálních potřeb pacientů na pracovištích intenzivní péče (JIP a ARO). V teoretické části byly definovány klíčové pojmy jako spiritualita, spirituální potřeby, spirituální péče a význam duchovní podpory u pacientů v kritickém stavu. Praktická část byla realizována formou kvantitativního výzkumu pomocí anonymního dotazníku, kterého se zúčastnili zdravotníci z různých pracovišť intenzivní péče. Výzkum ukázal, že oblast spirituálních potřeb je často vnímaná jako důležitá, ale nedostatečně ukotvená v každodenní praxi. Výsledky jednotlivých dílčích cílů podtrhují určité mezery v systému péče i v odborné připravenosti personálu. V rámci prvního dílčího cíle bylo zjištěno, že většina respondentů se nesetkává se záznamem spirituálních potřeb pacientů v ošetrovatelské dokumentaci. To naznačuje, že spirituální oblast zatím není systematicky zachycována a hodnocena, což může vést k jejímu opomíjení. Absence standardizovaných nástrojů, nedostatečné povědomí nebo obavy z nejednoznačné interpretace tohoto pojmu mohou být hlavními překážkami, které brání její integraci do dokumentace, a tedy i do komplexní ošetrovatelské péče. Druhý dílčí cíl ukázal, že více než polovina respondentů se s přítomností duchovního na pracovišti setkala, avšak významná část o této možnosti nevěděla. Tato skutečnost poukazuje na nedostatečnou informovanost o dostupnosti duchovních služeb a současně na nízkou míru integrace kaplana jako součásti multidisciplinárního týmu. Zajištění dostupnosti duchovní podpory a zviditelnění role kaplana ve zdravotnických zařízeních by mohlo přispět k efektivnějšímu naplňování spirituálních potřeb pacientů. Třetí dílčí cíl se zaměřil na to, zda se zdravotnický personál považuje za poskytovatele spirituální péče v případech, kdy není přítomen duchovní. Odpovědi respondentů se v tomto případě značně rozcházejí. Část personálu se domnívá, že spirituální péči skutečně poskytuje i bez přítomnosti duchovního, zatímco většina si tuto roli nepřisuzuje. Tento výsledek ukazuje na nedostatek odborné jistoty, nedostatečné vzdělání v oblasti spirituality a váhání převzít odpovědnost za naplňování spirituálních potřeb pacienta. Přitom i základní prvky komunikace, empatie, přítomnosti a respektu mohou být považovány za formy spirituální podpory. Z výsledků výzkumu vyplývá, že je nutné posílit povědomí nelékařského zdravotnického personálu o významu spirituality v péči

o pacienta, a to nejen v terminálních stavech, ale i v akutní fázi onemocnění. Spirituální péče by měla být vnímána jako přirozená součást holistického přístupu, a nikoliv jako výlučná doména duchovních pracovníků.

## 12 POUŽITÁ LITERATURA

BAŠTECKÁ, Bohumila a MACH, Jan, 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80 262-0617-0.

BAŠTECKÁ, Bohumila, KLIMEŠOVÁ, Martina, ŠTEFKOVÁ, Kateřina a kol., 2014. *Spirituální potřeby a jejich místo v péči o nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5029-3.

BLATNÝ, Marek a kol., 2010. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3434-7.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

CALLANANOVÁ, Maggie a KELLEYOVÁ, Patricia, 2005. *Poslední dary. Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad. ISBN: 80-7021-819-3.

FERRELL, Betty R. a COYLE, Nessa. *The nature of suffering and the goals of nursing*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 978-0-19-530821-9.

HORYNA, Břetislav, 2016. *Úvod do religionistiky*. Praha: Oikoymenh. ISBN 978-80-7298-440-3.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *ICN Code of Ethics for Nurses* [online]. Ženeva: International Council of Nurses, 2021 [cit. 2025-04-13]. Dostupné z: [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf)

KALVÍNSKÁ, Eva, 2006. *Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích?* Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2, č.3, s. 111-112. ISSN 1801-1349.

KALVÍNSKÁ, Eva; OPATRNÝ, Aleš a VÍCHOVÁ, Jana, 2009. *První zkušenosti se vzděláváním pracovníků v oblasti spirituální péče o pacienty v nemocnicích*. Sestra, roč. 19, č. 6, str. 18-20. ISSN 1210-0404.

KALVÍNSKÁ, Eva, 2010. *Praktické začleňování spirituální péče do ošetrovatelské péče ve FN v Motole*, *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. 6, č. 2, s. 36-37. ISSN 1801-1349.

KISVETROVÁ, Helena, Martin KLUGAR a Luboš KABELKA, 2013. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *Florence*, roč. 9, č. 4, s. 170–174. ISSN 1801-464X.

KRÁTKÁ, Anna, 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi: Studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-764-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247 2713-4.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

MARYŠKOVÁ, Jana, 2023. *Nemocniční kaplanství a alternativní spiritualita: Prakticko-teologická reflexe*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2446-1.

MASLOW, Abraham Harold, 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.

McSHERRY, Wilfred, 2010. *Making sense of spirituality in nursing and health care practice: An interactive approach*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-84310-365-3.

MELLANOVÁ, Alena, 2004. Spirituální potřeby jako terminologický a ošetrovatelský problém. *Ošetrovatelství*, roč. 6, č.3-4, s.76-77. ISSN 1212-723X

NĚMEČKOVÁ, Kamila, 2016. *Kapitoly k nenáboženské spiritualitě*. 1. vyd. Praha: Carpe Momentum. ISBN 978-80-905334-3-1.

NOVOTNÁ, H. a KALA, M., 2015. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Roč. 8, č. 1, s. 23-25. ISSN 1337-6896.

O'BRIEN, M., 2017. *Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground*. 6th edition. USA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-284-12100-1.

OPATRŇÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.

PHELPS, Andrea C., MACIEJEWSKI, Paul K., NILSSON, Maria, BALBONI, Theresa A., WRIGHT, Alex A., BLOCK, Susan D., et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *Journal of the American Medical Association* [online]. 2012, 301(11), 1140–1147 [cit. 2025-04-13]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.341>

PIEPER, Josef, 2018. *O víře: O naději: O lásce*. Praha: Krystal OP, 2018. ISBN 978-80-7575-036-5.

PLEVOVÁ, Ivona, 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-8.

POŽIVILOVÁ, Ludmila, 2023. *Umírání a věřící lékař*. Hradec Králové. 77 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Tomáš Petráček, Ph.D., Th.D.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

PUCHALSKI, Christina M., VITILLO, Robert, HULL, Sharon K. a RELLER, Nancy. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2009, 12(10), 885–904 [cit. 2025-04-13]. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>

RYBOVÁ, Jarmila, 2022. *Spiritualita v ošetřovatelství*. Praha: Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/117621/130278424.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Univerzita Karlova. 2. lékařská fakulta, Ústav všeobecného ošetřovatelství.

SEDDIGH, R., KESHAVARZ-AKHLAGHI, A. and AZARNIK, S., 2016. Questionnaires Measuring Patients' Spiritual Needs: A Narrative Literature Review. Online. *Iranian Journal of Psychiatry*. Vol. 10, no. 1, pp. 1-8. ISSN 17358639. Dostupné z: <https://doi.org/10.17795/ijpbs-4011>. [cit. 2024-04-12].

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-3242-3.

SUCHOMELOVÁ, Věra, 2016. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-361-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

URBANČÍKOVÁ, Lucie, 2019. *Spirituální potřeby nemocných*. Vedoucí Plisková, Barbora. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/45858>.

VÁCLAVÍK, David, 2010. *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2932-2.

VORLÍČEK, Jiří a kol., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9674-6.

## **13 PŘÍLOHY**

Příloha A – Dotazník (autor, 2024).....	61
---	----



**5) Je součástí Vaší ošetrovatelské dokumentace otázka zjišťující informace o víře a náboženství pacienta? Příklad: Považujete se za věřícího člověka? Jste součástí nějaké církve nebo náboženské společnosti?**

- a) ano                                      b) ne                                      c) nevím

**6) Co považujete za hlavní důvody neodebírat spirituální anamnézu či nezjišťovat pacientovy spirituální potřeby? Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou (pokud spirituální anamnézu běžně odebíráte).**

- a) Respektuji pacientovu autonomii a soukromí ve spirituální oblasti.  
b) Nemám na to dostatek času, i kdybych chtěl/a.  
c) Není na to vhodná příležitost.  
d) Nejsem si jistý/jistá, jak tyto otázky formulovat či jak začít hovor na toto téma.  
e) Nevím, jak bych s těmito informacemi od pacienta naložil/a.  
f) Myslím si, že spirituální péči naši pacienti nepotřebují.  
g) Myslím si, že spirituální péče patří do kompetence lékaře.  
i) Jiný důvod: .....

**7) Informujete pacienta o možnosti návštěvy nemocničního kaplana? Lze zvolit i více možností.**

- a) Ano, vždy.  
b) Ano – při zjištění, že je pacient věřící nebo přísluší k nějaké církvi.  
c) Ano – když se pacient sám zeptá.  
d) Ano – když si myslím, že by z toho pacient mohl profitovat (například u něj zaznamenám spirituální tíseň).  
e) Výjimečně.  
f) Ne, nikdy.  
g) Jiná odpověď: .....

**8) Setkal/a jste se na svém pracovišti s vyžádanou návštěvou duchovního (kaplan, farář) u lůžka pacienta?**

- a) ano                                      b) ne

**9) Domníváte se, že poskytujete pacientům na Vašem oddělení spirituální péči? *Spirituální péčí není myšlena péče poskytovaná výhradně věřícím. Patří sem i každodenní pečování o osoby osamělé, se strachem z nemoci, ze smrti nebo umírající, kteří své spirituální potřeby mohou silněji prožívat a mají větší potřebu vyslechnutí, odpuštění atd.***

- a) ano                      b) spíše ano                      c) ne                      d) spíše ne                      e) nevím

**10) Pokud ano, kdo je nejčastěji jejím poskytovatelem?**

- a) lékař  
b) sestra  
c) duchovní (kaplan, farář)  
d) rodina, přátelé  
e) jiná odpověď: .....

**11) Jakým způsobem (formou) spirituální potřeby pacientů zajišťujete? Lze zvolit i více možností, popřípadě žádnou.**

- a) dostatkem informací o zdravotním stavu pacienta  
b) rozhovory s pacientem  
c) prostorem na vyslechnutí potřeb pacienta (obavy, strach)  
d) možnost návštěv u pacienta  
e) přítomností duchovního u lůžka  
f) možnost navštívit bohoslužbu  
g) jiné-prosím uveďte: .....

**12) Obrátil se na Vás někdy pacient s otázkou či prosbou týkající se jeho spirituálních potřeb? Nebo řešili jste někdy u pacienta spirituální tíseň (například ztráta smyslu, beznaděj a zoufalství, pochybnosti pacienta a jeho víře a systému hodnot)?**

- a) Ano                      b) Ne

**13) Pokud ano, z jakého důvodu to bylo? Lze zvolit více možností.**

- a) otázka víry (náboženství)

- b) pocity osamělosti
- c) úzkost, strach před operací/výkonem
- d) pacient s následky úrazu (po operaci)
- e) umírající
- f) jiné-prosím uveďte: .....

**14) Myslíte si, že mohou spirituální potřeby ovlivnit zdraví pacienta?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

**15) Považujete se za věřícího člověka?**

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

**16) Cítíte zájem a chuť se více v oblasti spirituálních potřeb nemocných dále vzdělávat?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

**Ještě jednou Vám děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.**

Použité zdroje:

POŽIVILOVÁ, Ludmila, 2023. *Umírání a věřící lékař*. Hradec Králové. 77 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Tomáš Petráček, Ph.D., Th.D.