

UNIVERZITA KARLOVA  
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA  
Katedra pastorálních oborů a právních věd

Bc. Magdaléna Kudelásková

**Spirituální péče o seniory  
jako součást holistického přístupu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. Ing. Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.

Praha 2019





## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 11. 6. 2019

Magdaléna Kudelásková

## **Bibliografická citace**

Spirituální péče o seniory jako součást holistického přístupu [rukopis]: diplomová práce / Magdaléna Kudelásková; vedoucí práce: Aleš Opatrný. -- Praha, 2019. -- 71 s.

## **Anotace**

Diplomová práce „Spirituální péče o seniory jako součást holistického přístupu“ se zabývá otázkou, jak může podpora spirituality pomáhat seniorům vyrovnávat se s těžkostmi jejich života, jako je proměna sociálních a pracovních rolí, ztráta partnera či jiných blízkých osob, nemoc i vyrovnávání se s otázkami smrtelnosti a závěru života, které v tomto věku, pokud ne již dříve, obvykle přicházejí. Zamýšlíme se nad tím, zda se spiritualita týká pouze lidí věřících či nábožensky orientovaných, anebo je v jisté podobě dána každému. Práce ukazuje možnosti a přístupy spirituální péče také pro lidi, kteří se během svého života o duchovní tematiku nezajímali, nesetkali se s ní, nebo se jí z různých důvodů vzdálili. Zajímá se, jak je spirituální péče zajištěna v různých domovech seniorů v Praze coby součást holistického pohledu na seniora. Práce ukazuje různé podoby zajištění této péče, její využívání a hodnocení jak z pohledu klientů, tak i zaměstnanců, dobrovolníků a duchovních.

## **Klíčová slova**

stáří, senior, spirituální péče, domov seniorů, holistický přístup

## **Abstract**

The diploma thesis "Spiritual Care for the Elderly as a Part of a Holistic Approach" addresses the question of how the support of spirituality can help seniors to cope with the difficulties of their lives such as the transformation of social and work roles, the loss of a partner or other close people, illness and dealing with the topic of mortality and the end of life, which usually come at this age, if not even before,. We are thinking about whether spirituality only affects people of faith or religion, or is given in some form to everyone. Thesis is looking for possibilities and approaches to spiritual care also for people who have not been interested in spirituality during their lifetime, have not expressed devotion, or turned away from for some reason. The interest is given how spiritual care is provided in various senior homes in Prague as part of a holistic view on

elderly. This work demonstrates various forms of giving this care, its use and evaluation from the perspective of clients, but also employees, volunteers and clergy.

### **Keywords**

age, senior, spiritual care, house for seniors, holistic approach

**Počet znaků** (včetně mezer): 120664

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala panu doc. Ing. Mgr. Aleši Opatrnému, Th.D. za vedení a odborný dohled nad diplomovou prací.

Děkuji své rodině a přátelům za veškerou pomoc, vyjádřenou podporu a velké pochopení během celé přípravy.

Mé poděkování patří také všem respondentům za jejich čas, laskavost a ochotu zapojit se do výzkumných otázek.

# Obsah

Úvod.....	9
1. Péče o seniory .....	11
1.1. Holistický přístup potřeb člověka.....	11
1.3. Spirituální potřeby seniora .....	21
2. Spirituální oblast jako součást života.....	30
2.1. Poslání spirituálního/duchovního života .....	32
2.2. Spirituální péče o osoby, kteří se klasifikují jako věřící .....	36
2.3. Spirituální péče o osoby, kteří se klasifikují jako nevěřící.....	38
3. Nabízená a využívaná péče v domovech pro seniory .....	41
3.1. Anketa.....	42
3.2. Vyhodnocení ankety.....	44
3.3. Strukturovaný rozhovor.....	56
4. Vyhodnocení situace .....	61
4.1. Porovnání reality s holistickým ideálem .....	62
4.2. Bariéry duchovní péče – zvážení důvodů.....	63
Závěr .....	65
Seznam použitých zkratk.....	68
Seznam literatury .....	69
<b>Přílohy</b> .....	<b>71</b>



## Úvod

Většina lidí si přeje dočkat se pokojného stáří. Díky mnoha příznivým okolnostem ve střední Evropě jako je dobrá životní úroveň většiny obyvatel, informovanost a možnosti zdravého životního stylu, vysoká úroveň a technické vybavení zdravotní pomoci, dlouhé mírové období v naší zemi atd. se v dnešní době střední délka života posunula výrazně výše.<sup>1</sup> Znamená to však i spokojený a klidný život seniorů? K pocitu spokojenosti seniorů přispívá daleko více faktorů než pouze zabezpečení biologických, psychických a sociálních potřeb. Oproti dobám socialismu, se dnešní sociální i zdravotnická zařízení více zajímají o spiritualitu klientů a zajištění spirituální péče, která je nedílnou součástí člověka, ať již si je této skutečnosti vědom či nikoli.<sup>2</sup> Pohled celistvého neboli holistického přístupu se zajištěním spirituální péče může být také v současnosti veden motivací zřizovatele zařízení (zvláště pokud se jedná o řeholní společnost nebo církev a náboženskou společnost), nebo také vyhověním standardům pro získání, resp. udržení mezinárodní certifikace kvality.

Předkládaná práce chce přiblížit potřebnost, ideál a realitu spirituální péče v zařízeních pro seniory. Z důvodů praktických možností bylo pro potřeby této práce zvoleno území hlavního města Prahy, které je samostatným krajem, ale – jak ukazují např. výsledky voleb – také krajem v mnohých aspektech odlišným od ostatních krajů České republiky.

Práci rozdělíme na dvě části s odlišným dílčím cílem a za použití odlišné metody. První část na základě rešerše odborné literatury ukáže obsah pojmového pole „holistického přístupu“ k potřebám člověka se zvláštním zaměřením na specifika seniorského věku, přiblížíme různé druhy stárnutí a změny, které s sebou stáří přináší. Zvláštní pozornost věnujeme spirituální oblasti člověka, zejména spirituálním potřebám seniora i fázím a zvláštním úkolům života spojených s umíráním (kap. 1). Budeme se věnovat rozboru podob spirituality a jejího významu v průběhu života jak věřících, tak i nevěřících lidí. Představíme možnosti spirituální péče a uvedeme, jak je možné zjistit a rozpoznat projevy duchovní potřeby (kap. 2). Tato rešerše nám poskytne výstupy pro porovnání holistického ideálu s výsledky ankety popsané v druhé části.

---

<sup>1</sup> Český statistický úřad: *Senioři* [online]. 2019 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>.

<sup>2</sup> ROTISLAVOVÁ, Kateřina a Monika BEDNÁŘOVÁ. Psychosomatika, holistický přístup a ošetrovatelská praxe. *Ošetrovatelské perspektivy*. 2018, 1(1), s. 91.

V druhé části za použití metody ankety mezi zaměstnanci, klienty a dobrovolníky sociálních domovů (s ověřením ve zdravotnických zařízeních) představíme realitu spirituální péče v Praze (kap. 3). Anketa bude doplněna strukturovaným rozhovorem s duchovními, kteří vykonávají spirituální službu v zařízeních pro seniory.

Pomocí výsledků zpracované ankety a doplněné o upřesnění na základě strukturovaných rozhovorů zjistíme, jak je spiritualita zahrnuta do celkové péče v zařízeních pro seniory, a porovnat tuto realitu s holistickým ideálem. V závěru vyhodnotíme situaci a pokusíme se navrhnout možná zlepšení (kap. 4).

Předkládaná práce chce přiblížit potřebnost, ideál a realitu spirituální péče v domovech seniorů. Předpokládáme, že touto prací přispějeme ke zlepšení vnímání spirituálních potřeb seniorů a nalezení vhodného řešení k jejich naplňování.

„Jako dlouholetý ředitel nemocnice si uvědomuji důležitost a nezastupitelnost duchovní péče, zejména pro těžce nemocné pacienty, seniory a jejich rodiny.“

JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA – bývalý ministr zdravotnictví<sup>3</sup>

## 1. Péče o seniory

Stárnutí neboli involuce, je přirozený a nezadržitelný proces, který začíná již naším narozením. Přesto o stárnutí zpravidla mluvíme v souvislosti s degenerativním poklesem funkcí, které jsou podmíněny involučními procesy. Ačkoli jsou funkční a morfologické změny zakódovány geneticky, rychlost stárnutí u jednotlivých orgánů bývá odlišná.<sup>4</sup> Na rychlosti procesu se podílí více faktorů jako je životní styl, zdravotní stav, vliv prostředí a v neposlední řadě se také na rychlosti odráží sociálně ekonomický aspekt.

O fyziologickém stáří mluvíme, pokud se člověk nachází v tělesné, duševní i sociální kondici přiměřené k jeho věku. Ovšem mnoho jedinců nedosahuje této adekvátní rovnováhy a potýká se s různými obtížemi jak tělesné, tak duševní či sociální povahy. K pocitu zdraví však nepřísluší jen absence nějaké choroby, ale také určitá úroveň soběstačnosti, rovněž i možnost účastnit se různých kulturních, pohybových nebo vzdělávacích aktivit, které přispívají k celkové spokojenosti.<sup>5</sup>

### 1.1. Holistický přístup potřeb člověka

Pod pojmem „holistický přístup“ rozumíme ucelený pohled na lidskou bytost, který vnímá propojenost všech jejích složek. Svůj přístup staví na sebepěči, smysluplnosti a přítomnosti osobní terapeutické úlohy. Rozšiřuje tak psychosomatický pohled v jeho interakci těla a psychiky také o další složky jako jsou duše, emoce, spiritualita, mezilidské vztahy, společnost, kultura apod. Holistický přístup můžeme chápat jako určitou filozofii, která klade důraz na odpovědnost přímo danému jedinci. Pomáhá mu odkrýt poznání hlubší souvislosti mezi zdravím a nemocí, vede člověka k sebepěči

---

<sup>3</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. 2017 [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zverejnilo-metodicky-pokyn-pro-duchovni-peci-v-nemocnicich\\_13684\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zverejnilo-metodicky-pokyn-pro-duchovni-peci-v-nemocnicich_13684_1.html).

<sup>4</sup> Srov. WEBER, P. et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVPZ, 2000, s. 13.

<sup>5</sup> Srov. Tamtéž, s. 15-16.

a snaží se v něm podpořit rozvoj znalostí a dovedností, které napomáhají k uzdravení nemoci. Někdy také odhalí cestu ke zlepšení skrze změnu chování.<sup>6</sup>

V životě člověka se od jeho dětství, dospívání, produktivního věku až po stáří střídají různá období, která jsou v určitém věku důležitá a pro danou kategorii specifická. Přesto můžeme najít jistý společný prvek, který se prolíná všemi věkovými údobími – to jsou potřeby člověka. Ačkoli říkáme, že jsou společné pro všechny věkové kategorie, tím ovšem nemíníme, že jsou v průběhu života zastoupeny vždy ve stejné míře.

Na lidské potřeby se můžeme dívat z různých pohledů a podle toho nacházíme i odlišné dělení. Pro tuto práci se podržíme v psychologii často užívaného dělení, které definoval humanistický psycholog Abraham Harold Maslow. Jeho koncepce je v psychologii pevně zakořeněna a bývá využívána mnoha odborníky, např. Draperem<sup>7</sup> a Vágnerovou,<sup>8</sup> kteří se o něj opírají a z jejichž interpretace nadále také vycházíme.

### 1.1.1. Dělení potřeb podle A. Maslowa:

A. Maslow rozdělil a hierarchicky uspořádal potřeby tak, že od nejnižší po nejvyšší tvoří pomyslnou pyramidu, proto se často setkáváme s pojmem Maslowova pyramida. Uspokojování potřeb napomáhá k rovnovážnému stavu: udržování stálosti vnitřního prostředí organismu a rovnováhy se zevním prostředím. Jak jsme již zmínili, potřeby se v průběhu života různě mění a jsou také ovlivňovány rozličnými vlivy – výchova, kultura, etnické zvyky, náboženství. Maslow rozlišuje nižší *nedostatkové (deficitní) D-potřeby* nutné k přežití jedince, vyšší *vztahové* podporující duševní pohodu a poslední kategorii tvoří *existenční/růstové B-potřeby* zajišťující osobnostní rozvoj.

#### Nižší (nedostatkové) potřeby:

1. Fyziologické potřeby – jsou to základní tělesné potřeby nutné pro přežití a fungování organismu; např. potřeba dýchání, spánku a odpočinku, tekutin, příjem potravy, vylučování. „*Jsou-li tyto potřeby frustrovány, působí mocným tlakem na všechny osobnostní funkce.*“<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> ROTISLAVOVÁ, Kateřina a Monika BEDNÁŘOVÁ. Psychosomatika, holistický přístup a ošetrovatelská praxe. *Ošetrovatelské perspektivy*. 2018, 1(1), s. 91.

<sup>7</sup> Srov. DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Přeložil Karel BALCAR. Praha: Portál, 2008, s. 139.

<sup>8</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. V Praze: Karolinum, 2004, s. 175-176.

<sup>9</sup> DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2008, s. 139.

2. Potřeba bezpečí a jistoty – nastupuje brzy po uspokojení fyziologických potřeb. Snaží se vyhýbat neznámým a ohrožujícím podnětům, naopak napomáhá k udržení stability; např. řád a pořádek, stanovení mezí, struktura. *„Ačkoli jsou tyto potřeby důležité po celý život člověka, zvláště silně se projevují v raném věku a dětství.“*<sup>10</sup>

#### **Vyšší (vztahové/sociální) potřeby:**

3. Potřeba lásky a sounáležitosti - jsou to citové vztahy, přátelství, partnerství, rodina; např. přijetí, touha někam patřit, milovat a být milován.

4. Potřeba uznání, úcty – všichni lidé potřebují být přijímáni, respektováni a oceňováni ostatními, součástí této potřeby je i sebeúcta. *„Člověk potřebuje být oceněn, tímto způsobem si potvrzuje vlastní hodnotu.“*<sup>11</sup>

#### **Existenční/ růstové potřeby:**

5. Potřeba sebeaktualizace – tato nejvyšší úroveň, tvořící pomyslný vrchol pyramidy, se od výše uvedených liší, neboť je zaměřena na růst vlastní osobnosti. Oproti předchozím potřebám nemá danou hranici „naplněnosti“, ale zůstává v jistém smyslu stále otevřená – neuspokojená, což má pozitivní dopad ve smyslu nové motivace. Někdy bývá dále dělena:

a) Seberealizace – tedy potřeba rozvinout své schopnosti a předpoklady v nejvyšší míře; stát se vším, čím se mohu stát. Toto se realizuje skrze kognitivní schopnosti (poznávání, vzdělání, vědění) a estetické cítění – potřeba krásna, umění, pěkného prostředí;

b) Sebetranscendence (též spirituální/duchovní potřeba) – schopnost vrcholových zážitků a vztahování se ke skutečnostem, které nás přesahují. *„Sebetranscendující postoj aktualizující se osoby je spjat s B-poznáním (B-cognition), které stojí v protikladu vůči poznání potřeb na nižších stadiích vývoje. B-poznání je jedinečný Maslowův pojem, nasycený existenciálním příděchem.“*<sup>12</sup>

### **1.1.2. Naplňování potřeby**

Holistický přístup odvozuje potřeby z definice zdraví (stav plného tělesného, duševního, sociálního a duchovního blaha). Rozdělují se na biologické (fyziologické),

---

<sup>10</sup> DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2008, s. 139.

<sup>11</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. V Praze: Karolinum, 2004, s. 176.

<sup>12</sup> DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2008, s. 141.

psychické, sociální a spirituální.<sup>13</sup> Obecně jsou níže položené potřeby prvořadě a důležitější. Pro správný a zdravý vývoj člověka potřebují být alespoň částečně uspokojeny. Jsou-li tyto potřeby naplněny, ztrácí se vnitřní napětí a vytváří se podmínky pro vznik jiné, méně naléhavé a vývojově vyšší potřeby. V kritických situacích je ovšem možné nahradit nouzi či strádání v oblasti nižších potřeb skrze uspokojování dostupných vyšších potřeb (estetické, duchovní), jak se ukázalo např. V prostředí koncentračních táborů, o čemž svědčí mimo jiné svědectví V. Frankla: „...*lze člověku v koncentračním táboře vzít všechno kromě jednoho: kromě nejvyšší lidské svobody, která mu dovoluje zaujmout k daným poměrům adekvátní postoj.*“<sup>14</sup>

## 1.2. Specifika seniorského věku

Průběh lidského života bývá různým způsobem kategorizován. Nejčastěji se rozlišuje kalendářní věk, ale někdy též biologický podle míry involučních změn, nebo sociální podle střídání sociálních rolí.

Podle různých autorů se za počátek stáří obvykle považuje věk mezi 60–65 rokem. Weber rozlišuje: rané stáří 60-74 let, pozdní stáří 75-89 let, dlouhověkost nad 90 let.<sup>15</sup> Oproti tomu Kalvach za počátek stáří považuje věk 65 let, vlastní stáří od 75 let a vysoké stáří od 85 let.<sup>16</sup>

V ekonomicky vyspělejších zemích se díky zlepšujícímu životnímu stylu, novým možnostem současné medicíny, které se odráží ve větší úspěšnosti léčby dříve často smrtelných nemocí, stejně jako i dalším příznivým okolnostem (např. dlouhodobé mírové období), výrazně prodloužila délka života. Roste nejen střední délka života, ale i počet dlouhověkých lidí. V současné době se senioři v České republice průměrně dožívají: 82 let u žen; u mužů 76,2 let a procentuální zastoupení seniorů v ČR v roce 2017 bylo 18,8 %.<sup>17</sup> Znamená však delší život automaticky i spokojenější? Jde o komplexnější a složitější otázku a odpověď vyžaduje širší úhel pohledu.

*„Současní senioři jsou vzdělanější a v daleko lepší fyzické a psychické kondici, než byli jejich předchůdci, ať už díky novým možnostem v oblasti duševního rozvoje a vzdělávání či kvalitnější a dostupnější lékařské péči. Jejich šediny ovšem nejsou*

---

<sup>13</sup> Srov. OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 15.

<sup>14</sup> FRANKL, V. *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, s.77.

<sup>15</sup> Srov. WEBER, P. et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVPZ, 2000, s. 16.

<sup>16</sup> Srov. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 47.

<sup>17</sup> Český statistický úřad: *Senioři* [online]. 2019 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>.

*zdrojem úcty a vážnosti, ale nežádoucím signálem úbytku mladistvé vitality.*<sup>18</sup> Stárnutí nebývá společností ve vyspělých zemích, které více akcentují mládí a výkon, přijímáno s ochotou, a i sami senioři se často snaží tomuto přirozenému postupu času čelit. Jako určitý pozitivní prvek můžeme vidět nejrůznější programy pro seniory, které mají přispět k tzv. „aktivnímu stáří“, jejichž cílem je udržení kvality života i ve vyšším věku a zapojení seniorů do společenského života v co největší míře. V široké paletě nabídky jsou jak sportovní, kulturní, poznávací, tak i vzdělávací akce. Bývají pořádány městskými úřady, knihovnami, sportovními kluby atd., také organizacemi zaměřujícími svou činnost převážně na seniory – např. Život 90.

Jenže ne každý senior je schopen či ochoten se do těchto programů zapojit. *„Na rozdíl od všestranně aktivních seniorů stranou společenské a mediální pozornosti nadále zůstávají staří lidé se sníženou soběstačností, duševně či duchovně zranění, osamělí, rezignovaní.“*<sup>19</sup> a také oni, nebo právě oni, často potřebují pomoc k zachování či nalezení hodnot, které jim pomohou vyrovnat se s postupnými změnami, které stáří přináší. *„S postupujícím věkem začíná být stárnutí spojováno nikoliv s růstem a s rozvojem, ale se zkušeností úbytku a nevitáných změn zejména ve fyzické oblasti.“*<sup>20</sup>

Proces stárnutí je však velmi individuální a závisí na více faktorech, jako jsou např. genetické dispozice, životní historie jedince, celkový postoj a schopnost vyrovnávat se s nepříznivými aspekty, které si člověk obvykle osvojuje během celého svého života. *„S přibývajícím věkem lze stále obtížněji odlišit, které změny jsou přirozenými projevy stárnutí organismu a které naopak nepřímým následkem určité nemoci či nevhodného životního stylu.“*<sup>21</sup> Změny jsou patrné hlavně ve fyzické a psychické oblasti, ačkoli takto jasně oddělené je pozorujeme výjimečně. Obvykle jsou vzájemně provázané či podmíněné, takže bychom spíše měli mluvit o psychosomatických změnách. Pro přehlednost a jasnější srozumitelnost je však uvádíme rozděleně.

### **2.2.1 Změny ve stáří**

#### **Fyzické stárnutí**

Suchomelová zahrnuje mezi fyzické znaky stárnutí ochabování svalové síly, sníženou funkci orgánů, zhoršenou kapacitu plic, výrazné oslabení zraku, sluchu i kvality chrupu. Dalšími nemocemi bývá vysoký krevní tlak a jiné srdečně-cévní

---

<sup>18</sup> SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 20.

<sup>19</sup> Tamtéž, s. 13.

<sup>20</sup> Tamtéž, s. 20.

<sup>21</sup> Tamtéž, s. 21.

onemocnění, různé degenerativní změny kloubů a páteře.“<sup>22</sup> Úbytek svalové síly spojený s degenerativními změnami nervového systému se podílí na zhoršené stabilitě, která bývá doprovázena sníženou hustotou – tedy pevností kostí, což bývá častou příčinou pádů seniorů, obvykle doprovázených také různými zlomeninami. Ač tyto změny jsou pro seniora v lecčems omezující a nesnadno se s nimi vyrovnává, bývají současnou zdravotní péčí včas podchyceny, a pokud je to možné, tak i kvalitně léčeny.

### **Psychické stárnutí**

Ačkoli vyšší věk nemusí mít dopad na rozumové funkce, přesto: „*psychické stárnutí je ovlivněno biologickým věkem mozku a celého těla, stejně jako vědomím zkrácené životní perspektivy, změnou vzhledu a dalšími společenskými faktory souvisejícími s věkem.*“<sup>23</sup> Šipr vyvrací dřívější názor, že by se stoupajícím věkem zákonitě ubývaly duševní schopnosti. Podle něj novější studie ukazují na odlišný průběh postupu duševních vlastností. Zatímco všípivost a výbavnost paměti, psychomotorické tempo, tvůrčí fantazie a rozhodnost se zhoršují; u vytrvalosti, trpělivosti a stálosti v názorech i vztazích naopak pozoroval změny k lepšímu. Při dostatečné motivaci vidí možnost rozvíjení intelektu. i ve stáří by si měl člověk udržovat znalosti na patřičné úrovni, zachovat si schopnost správného úsudku, zůstat nadále druhým prospěšný.<sup>24</sup>

Je však třeba mít na zřeteli, že i když dochází ke slábnutí těla a také k ochabnutí psychických sil, nemusí se to odrážet na úrovni duševních schopností, ba někdy právě naopak. Proto bychom se měli vyvarovat jakýchkoli předsudků: „*k hlavním ageistickým projevům patří podceňování psychických schopností, potřeb a prožitků starých a zvláště velmi starých lidí. Je třeba zdůraznit, že přes různé involuční změny se osobnost a osobitost starého člověka bez přítomnosti závažné choroby zásadně nemění.*“<sup>25</sup> Respektování osobnosti seniora je třeba si uvědomovat zejména ve zdravotnických a sociálních zařízeních, kde staří lidé pobývají delší čas, a i přes některá svá omezení a onemocnění si uchovávají životní koncept. „*Tomu by měla odpovídat podpora životní kontinuity, která se dá vyjádřit větou: „Stále jsem to já“ (já i ve stáří i v nemoci i s*

---

<sup>22</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s.21.

<sup>23</sup> Tamtéž, s. 21.

<sup>24</sup> Srov. ŠIPR, Květoslav. *Jak zdravě stárnout*. Rosice: Gloria, 1997, s. 58-60.

<sup>25</sup> KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, s. 11.



ohroženou soběstačností). „Prosím, respektujte mne takového, chovejte se tak ke mně, pomozte mi zůstat takovým.“<sup>26</sup>

Přesto se u seniorů nezdá se setkávat s případy, kdy jsou více či méně ovlivněny psychické funkce. Suchomelová kromě takzvané normálního stárnutí zmiňuje též patologické, v němž se objevuje i demence různého původu.<sup>27</sup> Je tedy třeba rozlišovat, které projevy lze považovat za normální a které jsou již za onou hranicí, což není snadný úkol a obvykle spadá do kompetencí odborníka. Obecně lze za normální považovat, že senior potřebuje více času při rozhodování, zhoršuje se jeho přizpůsobivost jiným podmínkám a jeho vyrovnávání se se změnami: „*Typickým příkladem je přestěhování se do domova pro seniory, přinášející pocit vykořenění, ztrátu sociálních kontaktů, pravomoci a dalších dosavadních jistot.*“<sup>28</sup>

Tato zhoršená přizpůsobivost bývá akcentována u lidí s demencí: „*Nadměrný stres, umocněný kognitivním deficitem a z něj vyplývající závislostí na druhých lidech, může u těchto lidí vyvolat úzkostnou poruchu vyžadující medikační léčbu.*“<sup>29</sup> Počínající demence s mírnou kognitivní poruchou, avšak bez ztráty soběstačnosti, se někdy manifestuje jako takzvaná stařecká nesnášenlivost. Podle Suchomelové se tato nesnášenlivost vyznačuje hlavně malou tolerancí spojenou s negativními emocemi, které bývají často zaměřeny na určitou osobu, a je zdrojem podezřívavých, nevyzpytatelných až paranoidních reakcí.<sup>30</sup>

### **Sociální stárnutí**

Výraznou změnou životního stylu i sociální role bývá nastoupení do starobního důchodu. Tato okolnost se promítá jak do ekonomického zajištění, tak může zasáhnout i vlastní sebehodnocení ve smyslu pocitu méněcennosti. „*Dalšími závažnými událostmi spojenými se sociálním stárnutím je ovdovění, ztráta kontaktu s dětmi, osamělost, přestěhování se do neznámého prostředí, zhoršení životní úrovně, ohrožení soběstačnosti a podobně.*“<sup>31</sup> Jistě není snadné se adaptovat na tyto změny, a ne každý je na ně připraven. Někteří senioři si udrží soběstačnost, životní vizi a různé aktivity do vysokého věku, jiní jsou bezradní, sociálně odloučení, zavaleni různými problémy,

---

<sup>26</sup> KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. *Stáří*. Praha: Galén, 2006, s. 11.

<sup>27</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 21.

<sup>28</sup> Tamtéž, s. 23.

<sup>29</sup> FRANKOVÁ, V. 2010, *Depresivní poruchy ve stáří*. In SUCHOMELOVÁ, V. 2016, s. 23.

<sup>30</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 23.

<sup>31</sup> Tamtéž, s. 25.

selhávají při řešení někdy i nenáročných situací, což vyústí do pocitu neschopnosti, a celkově se propadají do stavu neúspěšnosti až beznaděje.

Šipr uvádí jako spolehlivou ochranu proti úpadku duševních sil ve stáří udržování čilého kontaktu s lidmi, zejména s osobami rozličného věku. Doporučuje prohlubování citové vazby se členy širší rodiny, navštěvování se sousedy, pěstování kontaktu s přáteli, eventuálně se zapojovat do aktivit církve, případně zájmových organizací či občanských sdružení.<sup>32</sup>

Velmi výstižně to vyjadřuje Šiklová v typologii přístupů ke stárnutí: „*Nepřátelští* senioři si neustále stěžují na sebe či na druhé, jsou to lidé pesimističtí, útoční, podezíraví a nedůvěřiví. Nemají rádi mladé lidi kvůli jejich odlišnosti, ale nevycházejí dobře ani se svými vrstevníky, protože jim připomínají jejich věk a všechny změny. *Obrněnci* jsou spokojeni především s tím, že mohou být i ve stáří nezávislí na ostatních lidech, stačí si sami. Zakládají si na své samostatnosti, těžko snáší vážnější onemocnění, protože s vlastním stářím a změnami, které přináší, nikdy vážně nepočítali. Typ *Houpací židle* zahrnuje seniory libující si v roli starobních důchodců. Těší je odpočívat, dobře jíst a spát, nic je nerozčiluje, ale taky nezajímá, jako by se vzdali zodpovědnosti za svůj život. *Starí dospělí* se smířili se svým stářím, změnili podle toho svůj životní styl, mají své zájmy a koníčky, pěstují vztahy s blízkými a známými, umějí být závislí i nezávislí. Umějí se radovat z maličkostí a snaží se být přínosem i pro druhé.“<sup>33</sup>

Obecně lze říci, že na sociální stárnutí má značný vliv společenská situace a osobní přístup seniora k svému stárnutí a životu vůbec. Pocit dobrého či spokojeného stáří není jaksi automatický, ale odráží v sobě životní zkušenosti a postoje i to, jak se člověk již během mladších let na stáří připravoval. Není tolik důležité, jak úspěšný byl ve svém životě, zda zdolal krize a nikdy neselhal, ale nakolik i náročné životní chvíle dokázal smysluplně překonat a přizpůsobit se novým okolnostem, aktualizovat svá očekávání a životní cíle. Právě tato vyváženost tělesného, duchovního a duševního napomáhá přijetí stavu, ve kterém se senior nachází – můžeme mluvit o úspěšné adaptaci.

### 1.2.2 Hledání hodnot

Co tedy může přispět k tomu, aby senior výše popsané fyzické, psychické i sociální změny uměl přijmout a sjednotit je se svou osobou? Touto otázkou se již začal zabývat ve 20. století existencialismus, který ve svobodě a zodpovědnosti člověka hledá důvod

---

<sup>32</sup> Srov. ŠIPR, Květoslav. *Jak zdravě stárnout*. Rosice: Gloria, 1997, s. 62.

<sup>33</sup> Srov. ŠIKLOVÁ, J. *Deník staré paní*. Praha: Kalich, 2003, s. 75-76.

jeho existence ve světě. Tento původně filozofický směr dal vzniknout existenciální psychologii, která se snaží porozumět smysluplnosti různých životních okolností. Otvírá lidem možnost „*nalézat smysl své existence tím, že svému životu přisuzují určitý účel a smysl a berou na sebe odpovědnost za to, podle tohoto pojetí poté budou i jednat a žít.*“<sup>34</sup> K významným šířitelům existenciálních myšlenek v psychologii patří L. Binswanger, V. E. Frankl, R. May, M. Boss, R. D. Laing.<sup>35</sup>

V. E. Frankl se myšlenkou smyslu dále zabýval i v různých extrémních situacích života, jako je jeho zkušenost z koncentračních táborů, a stal se tak zakladatelem logoterapie (léčba smyslem). Člověk potřebuje vědomí smyslu, a pokud se mu jej podaří nalézt, dokáže snášet, případně i odhalit „štěstí“ také za nepříznivých životních okolností. Jestliže však například změnou životních okolností ztratí smysl života, vyvstává riziko existenciální frustrace.<sup>36</sup>

Domníváme se, že v každém úseku života lze vymezit několik oblastí, které se mohou podílet na nacházení nových vizí a tím také objevení pocitu smysluplnosti, spokojenosti a vlastní hodnoty. „*Otevřenost našeho bytí vůči druhé osobě vytváří naše bytí*“<sup>37</sup> Můžeme tedy říci, že jsme určeni ke spolubytí. Tomu napomáhá udržování a rozvíjení všech složek osobnosti člověka, jak je pojímá holistický přístup, pokud to síly a možnosti seniora dovolují. Ztracené sociální kontakty lze nahradit novými např. zapojením do různých společenských aktivit a spolků, nebo účastí na společenském životě. Tímto lze trénovat či udržovat psychické síly. Taktéž různé fyzické aktivity, jako jsou výlety, poznávací procházky, cvičení seniorů apod. přispívají k posílení zdraví i k celkovému pocitu spokojenosti. Tyto aktivity bychom mohli shrnout do pojmu „koncept aktivního stáří“, na jehož uskutečňování se podílí různé organizace, jak již bylo uvedeno dříve. Jsou však určeny převážně aktivním seniorům, tedy těm, kterým to fyzické i psychické síly umožní.

Kromě toho se však setkáváme také s pojmem „kvalitní stáří“, které není tolik určováno fyzickou zdatností či výkonností, ale spíše subjektivními faktory jako je vyrovnanost, osobní pohoda, spokojenost apod. Grün vyzývá k přijetí svých „ztrát“ coby cesty k vytváření nového. „*Naplněného stáří lze dosáhnout jedině skrze žal:*

---

<sup>34</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 103.

<sup>35</sup> Srov. PETROVÁ, A. *K problematice psychologie existence*. Olomouc: Votobia, 2005, s. 16-17.

<sup>36</sup> Srov. FRANKL, V. *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996, s. 43.

<sup>37</sup> Boros, L.: *Mysterium mortis*. Olten, 1967. s.53, in GRÜN, A. *Smrt není konec*. Praha: Paulinky, 2010, s. 21.

*musím oželeť vše, čo mi bolo vzato. Jediné tak mohu v sobe snád objaviť niečo nového.*<sup>38</sup> K tomu významnou měrou přispívá udržení nebo rozvíjení hodnot spirituálních, které do jisté míry mohou zastoupit ubývání či absenci některých dříve využívaných aktivit a sociálních vazeb. Zde se někdy neblaze projevuje horší dostupnost veřejných kulturních akcí v souvislosti se ztrátou fyzických dispozic. Například omezená mobilita, či zhoršení sluchu brání účasti na dosud oblíbeném dění, jako jsou koncerty; slábnoucí zrak omezuje návštěvu divadla, výstavy i domácí četbu. Nezřídka se tedy televize či rozhlas stávají jediným zprostředkovatelem kulturního života. Lidé, kteří se již v průběhu svého života se zajímali o spirituální hodnoty a rozvíjeli je, obvykle dokáží překonat i různé obtíže a hledají možnosti, jak i nadále přiměřeně naplňovat tyto své potřeby. Těm může pozitivní duchovní zážitek kompenzovat obtíže spojené se stářím, aby se přesto cítili vyrovnání z uspořádání a směřování svého života.

Odlišná situace však nastává u lidí, kteří se v mladším věku během produktivního života o duchovní stránku příliš nezajímali a nevytvořili si kladný vztah k těmto hodnotám. *„Kdo príliš dlouho žil bez vztahu ke svému srdci a ke své duši, pro toho jsou dveře jeho vlastního nitra zavřené. Je vzdálen sám sobě.*<sup>39</sup> Pro ty jsou někdy i malé vnější překážky důvodem rezignace a ani ve vyšším věku rozvíjení duchovní oblasti své osobnosti nevěnují příliš snahu a úsilí, čímž u nich může docházet k akcentaci negativních vjemů a tím pak i postojů vůči životu obecně. Stáří jaksi prověřuje, jak člověk sám sebe přijal. Obvykle nebývají s přijetím obtíže v období úspěchu, oblíbenosti a všeobecného zájmu, jak tomu bývá na vrcholu sil. Ale jakmile se vytratí pozornost okolí, cítí se tito lidé přehlíženi, zneuznaní a zbyteční. To ukazuje, že takový člověk vnímal své postavení i pocit vlastní hodnoty podle uznání druhých. Sám sebe dosud *„zdravě nepřijal“*<sup>40</sup> Pravděpodobně bude mít větší sklon sklouznout do rizikovějších typologií přístupů ke stáří podle Šiklové, jak je uvedeno výše. Právě u této kategorie seniorů se ukazuje, že lze *„léčit“* přibývajících obtíže stárnutí a smíření se s nimi duchovním provázením. *„Úspěšný proces adaptace na stáří cestou kognitivně-emoční přestavby lze považovat za stěžejní výzvu stáří, ležící zejména v duchovní rovině.*<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, s. 27.

<sup>39</sup> GRÜN, A. *Smrt není konec*. Praha: Paulínky, 2010, s. 22.

<sup>40</sup> Srov. GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, s. 21-23.

<sup>41</sup> SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 36.

### 1.3. Spirituální potřeby seniora

I když spirituální hodnoty nejsou bezprostředně nutné k našemu přežití jako např. biologické potřeby, tvoří důležitou součást našeho života a jsou úzce provázané s psychickými i sociálními oblastmi. Člověk je také duchovní bytost a v průběhu života přichází různá období, kdy se k těmto hodnotám více zaměřuje. Základním formám se učí již v dětství skrze lásku a odpouštění v rodině. Následně u dospívajících se setkáváme s větším zájmem o duchovní oblast v rámci hledání a utváření životních hodnot. Podobně tak se i staří a nemocní opět často zaobírají náboženskými otázkami.<sup>42</sup> Zaměřenost k náboženství je součástí lidské přirozenosti, i když nemusí být takto vnímána. „*Náboženská dimenze je vlastní každému člověku, ať už je rozvinutá, zakrnělá nebo vytěsněná.*“<sup>43</sup>

Hned v úvodu této kapitoly si musíme vymezit, co myslíme pod pojmem „spirituální“, což není snadný úkol. Tento výraz bývá hojně užíván jako ekvivalent pojmu „duchovní/náboženský“, ale dále bývá používán jak v užším, tak i širším smyslu. Svízelnost spočívá i v tom, že zatímco v běžném hovoru se obě slova libovolně zaměňují, v odborné literatuře jsou podle autora pokaždé trochu jinak chápána a používána. Např. Říčan náboženský pojem podřizuje pojmu spiritualita. Podle něho je též možné vnímat spiritualitu jako vnitřní prožívání tvořivé, neformální formy, zatímco náboženství je spíše vnější projev jednání, v současné době vnímané s přídechem něčeho formálního a zastaralého.<sup>44</sup>

#### 1.3.1. Vymezení pojmu

V této své práci budeme vycházet z významu, jak ho podobně vysvětluje a používá Suchomelová<sup>45</sup> i Opatrný.<sup>46</sup> Oba autoři vnímají širší pojetí spirituality jako přirozenou složku každého člověka. Do ní můžeme zahrnout vše niterné, týkající se vnitřní zkušenosti lidské bytosti a směřující k životnímu zacílení. Nemusí však být vázáno na propojenost s náboženskou skupinou. Za základní spiritualitu lze považovat zaměření osoby k nejvyššímu životnímu cíli. Jde o vztah k posvátnému a nejvyšší skutečnosti,

---

<sup>42</sup> Srov. OPATRNÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 39.

<sup>43</sup> Tamtéž, s.29.

<sup>44</sup> ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007, s. 44.

<sup>45</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s.63-65.

<sup>46</sup> Srov. OPATRNÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 44-53.

keré je považováno za přesahující běžnou úroveň vztahů a věcí.<sup>47</sup> O tento základ spirituality se jedinec opírá a je tak hluboký, že nebývá zasažen ani těžkou nemocí či jinou závažnou okolností.<sup>48</sup>

V užším slova smyslu je pojem „spirituální“ určován křesťanským chápáním, tedy je to vše, co je proniknuto vlivem/působením Ducha Božího. Bývá vztahováno ke konkrétnímu náboženství – proto ji Suchomelová nazývá religiozitou.<sup>49</sup> Jako pojítka obou vidí vztahovost: „*zahrnuje vztahy k lidem, k sobě i k vyšší realitě, jež se vzájemně prolínají a ovlivňují.*“<sup>50</sup> Za náboženství můžeme považovat vše, co se týká nejnítěnějších sfér srdce, co je pro daného člověka jistotou a k čemu vzhlíží jako nejhlubší hodnotě.

Pro religiózní oblast budeme nadále využívat pojem „duchovní“, zatímco pojem „spirituální“ budeme používat v jeho obecnějším významu.

### 1.3.2. Stáří a nemoc jako výzva

Ve středním – produktivním věku bývá člověk zaměřen k práci, rodině, svým zájmům a zálibám, tedy je ve větší interakci s vnějším světem. To v sobě zahrnuje živé a často bohaté sociální vztahy k členům skupin, jichž je součástí. Převážnou část času ale i pozornosti/úsilí věnuje těmto oblastem, které mu poskytují zajištění materiální pro naplnění fyzických potřeb. I skrze funkce ve skupině uspokojuje své potřeby psychické a sociální. Pokud se cítí skrze tyto oblasti uspokojen a nebyl veden např. už od dětství k hledání spirituality, nemusí si být vůbec vědom této transcendentující sféry. Nadále se ve svém životě věnuje tomu, co mu má zajistit materiální blahobyt, dobré rodinné zázemí, rozvíjení zálib a různých volnočasových aktivit, které bychom na již zmíněné pomyslné Maslowově pyramidě nacházeli na nižších úrovních. „*Majetek, úspěch a vztahy mohou člověka natolik pohltit, že odmítne pozvání k věčné hostině, to znamená, že ze samého zaneprázdnění ztratí ze zřetele cíl své cesty.*“<sup>51</sup>

Dnešní společenský étos takovýto obraz úspěšného a spokojeného života skrze media a různé reklamy také předkládá. Pokud mu spirituální hodnoty nejsou z dřívějších let známy a pokud se sám cítí ve svém životě úspěšný či spokojený, hledání či rozvíjení spirituální oblasti nemusí vůbec být součástí jeho způsobu života. Často je vytěsněna,

---

<sup>47</sup> Srov. OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 56.

<sup>48</sup> Srov. Tamtéž, s. 96.

<sup>49</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s.64.

<sup>50</sup> Tamtéž, s.65.

<sup>51</sup> GRŮN, A. *Smrt není konec*. Praha: Paulínky, 2010, s. 50.

odsunuta do pozadí, či přímo označena za nepotřebnou ve jménu upřednostnění jiných, pro aktuální část života důležitějších aktivit, a to i u lidí, kteří se v minulosti se spirituálními hodnotami seznámili, nebo se jim sami ve větší či menší míře věnovali.

Je-li člověk nečekaně konfrontován s nepříznivou životní změnou, jako je třeba nemoc nebo náhlá proměna v jeho pracovní nebo osobní sféře (odchod do důchodu nebo náhlá ztráta blízkého člověka), může u něj dojít k úzkostem, neschopnosti se v situaci orientovat a může propadnout až k zoufalství. Navíc se senior častěji setkává se smrtí skrze odchod svých vrstevníků, ať již rodinných příslušníků či přátel, proto se těmito myšlenkami zaobírá více než lidé mladší. Nemusí se jednat přímo o strach ze smrti jako spíše o obavu, jak sám jednou zemře.<sup>52</sup> U některých lidí dochází k potřebě hledat „něco vyššího“, co jim pomáhá s danou situací se nějak vypořádat. Otevírá se jim svět nitra, který býval i po dlouhý čas přehlížen nebo umlčen. Někdy právě až nemoc či jiná závažná okolnost, která člověka vytrhne z jeho zaběhaných a spokojených životních kolejí, otřese dosud uznávanými hodnotami a otevře nutnost hledat vyšší dimenze, které pomohou pochopit novou situaci, nebo se s ní skrze přijetí vyrovnat. „(Nemoc) může také napomáhat člověku k větší zralosti, pomoci mu rozlišit v jeho životě, co není podstatné, aby se zaměřil na to, co je důležité.“<sup>53</sup> Tím se člověk otvírá pro spirituální hodnoty, které ho mohou přivést k Bohu. Stejně tak jsme ale u některých lidí svědci obrácených reakcí: obviňování a vyčítání Bohu, odmítání až úplné odvrácení od Boha i duchovních hodnot. Těmito reakcím mohou být vystaveni jak nevěřící tak i ti, co se za věřící považují.<sup>54</sup>

Ačkoli obě reakce, tj. tázání se po Bohu či jinak nazývané transcendentní dimenzi nebo vzbouření a revolta, jsou ve svých projevech tak odlišné, mohou být známkou spirituálního hledání a pátrání po „vyšších hodnotách“, které přesahují nemoc, bolest i všechny ztráty, které nová životní okolnost přináší. Člověk se podvědomě obrací k nějaké naději, která je nezávislá na vnějším světě, tedy není tak křehká a proměnlivá.

### 1.3.3. Fáze reakcí podle Kübler-Ross

V souvislosti s konfrontací závažné nemoci dochází u většiny lidí k různým měnícím se reakcím, které systematicky a dlouhodobě sledovala americká lékařka

---

<sup>52</sup> Srov. ŠIPR, Květoslav. *Jak zdravě stárnout*. Rosice: Gloria, 1997, s. 61.

<sup>53</sup> *KKC, odst. 1501.*

<sup>54</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 33-34.

švýcarského původu Elisabeth Kübler-Ross. Ve své knize<sup>55</sup> popisuje a definuje pět stadií vyrovnávání se s nevléčitelnou nemocí: popírání, hněv/agrese, smlouvání, deprese a smíření. Původně tyto reakce byly definovány pro nevléčitelně nemocné pacienty, později je rozšířila a zevšeobecnila na jakýkoliv druh závažné/tragické zprávy. Ačkoli jednotlivé fáze jsou pro přehlednost popisovány v určitém pořadí, nemusí takto chronologicky za sebou následovat, nebo nemusí být pacientem prožity kompletně. Možné je také paralelní pobývání ve dvou i třech stádiích současně, nebo skokový návrat do některé předchozí (již prožité) fáze. Odlišná je také pro každého délka trvání v jednotlivém stadiu.

1. fáze – popírání: Obvykle přichází jako šoková reakce na první zmínku po zjištění závažnosti nemoci. Nemocný je zaskočen a nechce ji přijmout. Věří v omyl, dožaduje se nových vyšetření nebo kontroly u jiného lékaře, brání se únikem od reality. Snaží se na nemoc nemyslet, noří se do snu o vyléčení, nerad konverzuje na téma své nemoci. Někdy nechce spolupracovat se zdravotním personálem, nebo odmítá navrhovanou léčbu.
2. fáze – zloba: Obvykle následuje po první fázi. Projevuje se hněvem, nevraživostí, zlostí. Nemocný se často zaobírá myšlenkou, kdo za to může, proč to potkalo právě jeho. Ačkoli je to obvykle jen dočasná pozice, znamená pro okolí nemocného (rodinu, zdravotnický personál) náročné období. Přesto není dobré mu v těchto projevech bránit, ale naopak jim dát volný průběh, aby tak mohl vyventilovat úzkost, strach a vše, co ho trápí, což bývá pravým a skrytým důvodem těchto emocí.
3. fáze – smlouvání: I když je tato fáze obvykle prožívána ve skrytu nitra, jde pro nemocného o důležitý úsek – již si zřetelněji uvědomuje nevyhnutelné a snaží se vyjednávat (obvykle s Bohem, nebo jinou sebezpřesahující autoritou). Činí různé sliby a předsevzetí a doufá, že za své „dobré chování“ bude odměněn. Je si však vědom vážnosti situace, představuje hodnoty, může hledat různé alternativní způsoby léčby, upínat se k rozličným podivným jistotám (zázračná pomoc) atd. Postupně tyto plané naděje opadávají a zřetelněji spatřuje možnost smrti.

---

<sup>55</sup> Srov. KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015, s. 19-22.



4. fáze – deprese: Na nemocného konkrétněji doléhají znaky jeho choroby, nemůže se již nadále obelhávat, případně selhaly jiné cesty léčby. V tomto stadiu se nemocný vyrovnává s mnohými ztrátami: obvykle je vytržen ze svého prostředí (práce, rodina), může být častěji hospitalizován či podstupuje různé operace a léčebné postupy. Někdy se musí vzdát svých zálib a drobných radostí (kouření apod.). Opět je konfrontován se smrtí, což ho může přivádět k pocitu naprosté prázdnoty, zklamání, hlubokého zármutku. V tuto chvíli více než slova útěchy (někdy naprosto plané a neopodstatněné) nemocný ocení tichou přítomnost, naslouchání, vyjádřené pochopení a sdílení.
5. fáze – smíření/akceptace: Pokud měl nemocný dostatek času a vnitřní síly dojít do tohoto stadia, je to ideální stav. Již netruchlí a nebojuje, ale zakouší vnitřní upokojení, vyrovnanost – někdy bývá označováno za stadium tichého očekávání. I když nemocný obvykle ztrácí zájem o dění zvenčí, chce trávit více času sám, vyhýbá se množství návštěv, přesto nejde o beznaděj nebo únik od reality. Ve svém nitru se připravuje na blížící se smrt, vyřizuje poslední záležitosti jako např. dědictví, rozloučení s okruhem blízkých přátel a rodiny. Verbální komunikace ustupuje tichému spolubytí. I přes svou slabost a únavu vnímá přítomnost a blízkost lidí.

Jak vyplývá z popisu jednotlivých stadií, proces přijetí a vyrovnání se s terminální diagnózou nebo jinou závažnou zprávou je postupný a vyžaduje určitý čas. V procesu řešení těchto existenciálních otázek jsou nemocnému velkou pomocí lidé kolem něho, kteří ho doprovázejí celým procesem a svým porozuměním a chápavým postojem napomáhají postupně dospět až ke stadiu smíření. Mohou to být rodinní příslušníci, ale také blízcí přátelé, bývalí kolegové i speciální pracovník např. nemocniční kaplan. „*Žádný těžce nemocný by neměl být ponechán svým vlastním myšlenkám, pochybnostem a obavám bez možnosti mluvit o nich s tím, komu důvěřuje, a bez posily víry.*“<sup>56</sup>

#### **1.3.4. Naděje**

Kromě laskavého přístupu a pochopení však potřebuje nemocný najít nějakou novou životní jistotu, která ani nemocí či jeho slabostí nemůže být zasažena, jež není pomíjivá a která je zcela zásadní – tedy potřebuje naději. Ta pomáhá vyrovnat se s nemohoucností, je oporou při různých ztrátách, určuje nové životní směřování,

---

<sup>56</sup> OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s.32.

případně otvírá pohled za hranici smrti. Na modelu reakcí podle Kübler-Rossovové jsme si ukázali, jak se postupně rozplynou mylné nebo falešné naděje nemocného, přesto však zůstává potřeba vnímat život až do konce jako smysluplný, což přispívá také k pocitu naplněnosti. Má-li nemocný nebo senior nějakou tuto svou naději, kterou třeba jeho okolí s ním nesdílí či nechápe, ale jemu je přesto útěchou a oporou, není dobré ho o ni obírat.<sup>57</sup>

Naděje dává smysl věcem, událostem a vztahům, a to i tam, kde se zdá, že už žádný smysl nemá. Může přetrvávat v situacích, kde se ztrácí vyhlídky na uzdravení. Proto je však důležité probouzet v nemocném takové naděje, které jsou splnitelné. I dobře míněná „milosrdná lež“ může nakonec způsobit ztrátu důvěry a nemocného uvrhnout do beznaděje. Dlouhodobé plány se postupně mění na menší drobné cíle a naděje přetrvává, i když se krůčky stále zkracují.<sup>58</sup>

Jaké jsou tedy naděje, které nejsou liché a seniorovi či nemocnému mohou výrazně pomoci k přijetí a vyrovnání se svým stavem? Na předním místě je to naděje, že nebude opuštěn, někdo mu zůstane nablízku a i v jeho úplné nemohoucnosti bude o něj postaráno. Důležitá je také přítomnost osoby, která mu pomůže řešit jeho starosti, které se třeba jiným mohou zdát banální, ale pro nemocného mají velkou důležitost.

V člověku je zakotvena touha po kontinuitě, která sahá za hranice smrti. Pro nevěřící může být důležité uskutečnění naděje, že zůstanou připomínáni ve svém díle, jiný vidí pokračování svého života v linii rodu skrze potomky.

Vrcholnou naději dává mnoha věřící křesťanská víra. „*To je naděje, že život člověka vyústí v milujícím Bohu, tedy naděje v život věčný, obrazně řečeno, naděje na přijetí do Boží náruče.*“<sup>59</sup> I ten, kdo nesdílí tuto náboženskou víru, může čerpat naději z jiných spirituálních hodnot.

### **1.3.5 Hledání smyslu života v konfrontaci s nemocí a stárnutím**

Tváří v tvář nepříznivým životním skutečnostem, které někdy nečekaně prudce, jindy pozvolna a plíživě, zasáhnou do života seniora, znamenají pro člověka velkou psychickou i fyzickou zátěž a je třeba se s nimi vyrovnat. Navíc senior je křehký – těžko

---

<sup>57</sup> Srov. OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 41-42.

<sup>58</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012, s.70.

<sup>59</sup> OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s.44.

se vyrovnává se změnami, potřebuje delší čas na rozmyšlení, má zhoršenou adaptabilitu. Proto se každá změna může odrazit jak v psychické, tak i fyzické sféře.

Propojenost a vzájemná interakce mezi tělesným a duševním systémem člověka je principem psychosomatického přístupu. Tento postoj v širším pojetí zahrnuje také sociální důsledky, pak mluvíme o bio-psycho-sociálním modelu. Při nerovnováze nebo narušení jedné ze složek vzniká nemoc, která v sobě odráží tělesné, psychické i sociální faktory.<sup>60</sup>

Senior je daleko více konfrontován s konečností života a to v něm vyvolává otázky, co je za smrtí: zda konec a zmar, nebo se otvírá nový horizont překročení vlastního já. Tím obtíže stáří jako nemoc, bolest a slabost mohou otřást pocitem pohodlné spokojenosti a vyburcovat z duchovní otupělosti.<sup>61</sup>

### **Slabost jako šance**

Stáří je tedy obdobím, kdy přichází spíše nepříznivé změny a současně se s nimi senior dokáže hůře vyrovnat. Bývá také definováno jako období ztracení, kdy ztrácí zaměstnání, své vrstevníky, odcházejí členové blízké i širší rodiny, ubývá sil. Bylo by však mylné se domnívat, že je to zcela negativní okolnost. Naopak ztráta v určité oblasti otvírá možnosti se zaměřit na jiné, dosud třeba nevyužité či neobjevené hodnoty.<sup>62</sup> „Právě ubývání fyzických sil, možností zasahovat do běhu věcí a blížící se smrt člověka osvobozují od mnoha zdánlivých jistot, od závislosti na věcech a na osobních preferencích, a mohou ho otevírat víc pro to, co běžná životní témata přesahuje, tedy pro transcendentní spirituální hodnoty.“<sup>63</sup> Proto se jeví zkušenost určité slabosti a „prázdných rukou“ jako šance a příležitost nacházet jiné hodnoty, které mohou určit nové směřování a obohacení života. Jsou jakousi výzvou posunout se dále, lidsky a duchovně „vyzrát“. „Vážná nemoc zpravidla vede člověka k přehodnocení jeho dosavadního žebříčku hodnot. Je-li tato příležitost správně uchopena a zúročena, může být nemoc tím neplodnějším a nejcenějším úsekem života.“<sup>64</sup> Také Grün mluví o samotě a nemoci jako okolnostech, ze kterých nemůžeme uniknout, ale můžeme skrze ně obrátit pohled do svého nitra a tak objevit to podstatné a nejniternější jádro. Osamění

---

<sup>60</sup> Srov. RATISLAVOVÁ K. a M. BEDNÁŘOVÁ. Psychosomatika, Holistický Přístup A Ošetrovatelská Praxe. *Ošetrovatelské perspektivy*. 2018, 1(1), s. 90.

<sup>61</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 58.

<sup>62</sup> Srov. GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. s. 36-37.

<sup>63</sup> OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s.53.

<sup>64</sup> SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 33.

otvírá oči pro novou kreativitu, kdy mnoho lidí nachází sjednocení s přírodou nebo se sestoupením do svého srdce setkají s láskyplnou Boží přítomností. Samota se tam stává zdrojem pravé spirituality.<sup>65</sup>

Lze tedy v této životní etapě nacházet hodnoty, které dají životu smysl a také jsou určitou nadějí a zacílením. Jak již bylo řečeno, nemá smysl dávat nespílitelné naděje, ani odvádět úvahy nemocného, aby na existenciální otázky závěru života nemyslel. „*Spirituální hodnoty, jejich podpora a komunikace o nich umožňují mnoha lidem prožít smysluplně, užitečně a někdy i vysloveně šťastně ty fáze života, které jsou jinak bolestné a o jejichž smyslu vůbec mnozí lidé pochybují.*“<sup>66</sup> Ač spirituální hodnoty skýtají tento potenciál, stojíme před velkým úkolem: přiblížit, ukázat a nabídnout tyto hodnoty zejména těm lidem, kteří je dosud nehledali, neznali anebo nebyli přesvědčeni o jejich věrohodnosti.

Kršiak<sup>67</sup> uvádí příklad výzkumu s pacienty s různými vážnými obtížemi (např. imobilizující poranění míchy, alkoholici či drogově závislí), kdy skrze logoterapii získané vědomí smyslu života a vlastního účelu usnadňovalo dodržování léčebného režimu nebo vyrovnávání se s nepříznivými důsledky. Autor však spatřuje náročnost v tom, že hledání a budování spirituálních hodnot vyžaduje čas, důvěru a ochotu ke spolupráci mezi seniorem/nemocným a pastoračním asistentem či jinou podobně zaměřenou osobou. Spočívá tedy na zájmu, otevřenosti a vůli seniora či nemocného chtít se s něčím novým seznámit a velké citlivosti a empatii duchovního či jiné povolání osoby, jak a čím správně oslovit a probudit zájem o hledání a vytváření spirituálních hodnot.

### **Proměna hodnot života**

I v nemoci či stáří lze vidět smysl a kvalitu života, ale je jisté, že jsou nahlíženy jinak než v produktivním a aktivním životě. Přestože stav seniora či nemocného vede k opuštění některých či více tvůrčích činností, kterými se dříve rád zabýval, a také obvykle nebývá naděje na zlepšení stavu či uzdravení, stále zůstávají zachovány jiné hodnoty, jako např. schopnost vnímat krásu, obdivovat umělecká díla, možnost milovat. „*To všechno jsou hodnoty vyššího řádu než hodnoty hmotné ... chceme-li těžce*

---

<sup>65</sup> Srov. GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. s. 36-38.

<sup>66</sup> OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec, Pavel Mervart, 2017, s.31.

<sup>67</sup> Srov. KRŠIAK, M. Spirituální jevy vyskytující se u každého člověka a zdraví. *Časopis Lékařů českých*. 2008, 147(3), s. 152.

*nemocného doprovázet, měli bychom mu příležitosti k vytváření těchto tzv. prožitkových hodnot trochu přihrávat.*<sup>68</sup> Svatošová dále uvádí, že příležitost pro jejich uskutečňování se dá nalézt téměř všude a také obvykle nemají velké nároky na fyzickou zdatnost seniora.

Kromě prožitkových hodnot vidí Svatošová<sup>69</sup> jako další smysluplnou činnost, uskutečnitelnou i ve slabosti na sklonku života, zabývat se hodnotami postojovými. Odžité situace nemůžeme odvrátit nebo změnit, ale můžeme k nim zaujmout nový postoj. To se netýká jen vize do budoucna, jako je např. 5. fáze akceptace nemoci a výhledu smrti podle Kübler-Ross, ale také usmíření směrem k minulosti. Pokud svůj život takto nepřijmeme, vede to k zatrpknutí.<sup>70</sup> Je to nejen odpuštění zranění a křivd vůči jiným lidem, ale někdy také lítost nad vlastními selháními a smíření se sebou samým nebo přesahující entitou – Bohem. *„Potřeby milovat a být milován, odpustit a zemřít smířen jsou potřeby obecně všech lidí, bez ohledu na to, ke kterému náboženskému systému, ke které víře či nevíře se za života hlásili.*<sup>71</sup> Vytvoření odstupů od životních událostí může napomoci k přijetí sebe nebo druhých i s hranicemi slabostí. Jak dále Svatošová uvádí: pokud k tomuto usmíření nedošlo již dříve v průběhu života, může to být v jeho závěru tím největším úkolem a vrcholným okamžikem, který zpětně mění smysl všeho prožitého.

Jako další podnět pro hodnotu života v jeho završující se etapě můžeme čerpat z minulosti seniora/nemocného: připomenout jeho úspěchy, životní dílo a tím podpořit vědomí vlastní důstojnosti. Tento zpětný pohled a zhodnocení prožitého přispívá k postupnému loučení se s činnostmi či věcmi, které přinášely radost, ale nadále již není možnost se jim věnovat. Nemoc nebo nemohoucnost vedou člověka ke sníženému zájmu o věci vnějšího světa, ale o to více roste zahloubání do vlastního nitra a touha pochopit hlubší souvislosti. Spirituální oblast a vlastní prožívání může tak být přednější než např. aktuální zdravotní stav.<sup>72</sup>

---

<sup>68</sup> SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 33.

<sup>69</sup> Srov. Tamtéž, s. 39-41.

<sup>70</sup> Srov. GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, s. 27.

<sup>71</sup> Vácha, M. In. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012, s. 10.

<sup>72</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 50.

## 2. Spirituální oblast jako součást života

O prospěšnosti a nezastupitelnosti duchovní péče k všestrannému rozvoji člověka a kladného vlivu na život pacienta i pracovníků zdravotní péče se zmiňuje i preambule Metodického pokynu o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, vydaného v dubnu 2017 ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR.<sup>73</sup> Zde je přesně vymezen rámec působení duchovní péče a stanoveny cíle a zásady této péče coby pomoci při řešení osobních, existenciálních, stejně i spirituálních, etických či morálních otázek a potřeb. Tento základní a již delší čas očekávaný dokument tím řadí duchovní péči jako součást holistického přístupu péče o lidskou osobu, a tak potvrzuje i zahraničí zkušenosti, kde je nemoc zasazována do sociálně-ekonomicko-hodnotového a kulturního kontextu zkušenosti jedince.<sup>74</sup>

Za obecnou spiritualitu můžeme považovat lásku a odpuštění, což jsou hodnoty, které bývají vlastní každému člověku. Kršiak považuje lásku a s tím spojenou víru v někoho nebo něco za tak přirozené a „fyziologické“, nám dané již od narození, že to symbolicky spojuje s úchopovým reflexem novorozence.<sup>75</sup> Lze tedy předpokládat tuto základní spiritualitu jako možnou pro každého. Přestože spirituální dimenze patří do ucelené integrity člověka, zpravidla se intenzita prožívání i vztah k ní v průběhu života různě mění.

V období dospívání a pak opět ve vyšším věku obvykle vystupuje do popředí a stává se předmětem zájmu, kterému se dotyčný ve svých myšlenkách intenzivně věnuje a jimž věnuje značnou část času.<sup>76</sup> Toto zaobírání se spirituálními myšlenkami může být ještě podpořeno nemocí či náhlou nepříznivou změnou zvláště u starších lidí. Ve středním/produktivním věku naopak pozorujeme určité upozadění či vytěsňování spirituální složky ve jménu potřebnějších činností, jako jsou praktické starosti života, práce, rodina či zájmy.<sup>77</sup>

Spirituální sféra by jistě neměla být pouze jakousi berličkou slabých v nemoci nebo nepříznivých úsecích života. Její potřebnost si člověk často uvědomí právě až ve chvílích, kdy je vytržen z obvyklých činností či vztahů, a nebo kdy mu dosud prožívané

---

<sup>73</sup> Věstník MZ ČR, částka č. 4/2017, s. 2.

<sup>74</sup> Srov. RATISLAVOVÁ, K. a M. BEDNÁŘOVÁ. Psychosomatika, holistický přístup a ošetrovatelská praxe. *Ošetrovatelské perspektivy*. 2018, 1(1), s. 93.

<sup>75</sup> Srov. KRŠIAK, M. Spirituální jevy vyskytující se u každého člověka a zdraví. *Časopis Lékařů českých*. 2008, 147(3), s. 150.

<sup>76</sup> Srov. Tamtéž, s. 39.

<sup>77</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 39.

hodnoty nedokáží uspokojivě odpovědět na nově vyvstalé existenciální otázky. Mezi silné podněty, které vedou k těmto otázkám, patří často vážná nemoc (zvláště pokud přišla náhle), úraz či nečekaná a nepříznivá životní změna. Ačkoli stáří je přirozeným pokračováním a vyústěním života, často bývá provázeno jedním či více z těchto negativních podnětů, které lze trochu zjednodušeně shrnout pod jeden společný výraz – nemoc. Duchovní potřeby můžou vystupovat do popředí zvláště u seniorů, u nichž se život pozvolna završuje. Podle empirických studií byla zjištěna vyšší míra spirituality a religiozity u starších osob. Senior při bilancování života více hledá smysl své existence a tím se mohou objevit někdy těžko zodpověditelné otázky.<sup>78</sup> Se zvýšenou potřebou saturace duchovních potřeb a spirituálního směřování v podobě potřeby lásky, smyslu, účelu života a někdy i transcendentního směřování se setkáváme také v paliativní péči, a to jak u lidí věřících, tak i tzv. nevěřících.<sup>79</sup>

V takovém období v člověku často začnou vyvstávat nejrůznější otázky spirituální povahy: „Proč se to stalo?“, „Proč právě mně?“, někdy: „Za co mě, Pane Bože, trestáš?“. Ač se nám mohou tyto otázky zdát neadekvátní či nesmyslné, jsou pro nemocného, jehož život je hrubě narušen či ohrožen, důležité. u nemocí terminální povahy to může být také otázka: „Co bude dál?“ Třebaže odpověď na ně nebývá snadná, je vhodné dát těmto otázkám trpělivým nasloucháním prostor, nezamlouvat je, ale nechat je nemocného vyjádřit. Napomáhají totiž uvědomění si spirituálních témat, která dosud neřešil, jež možná nelze nebo nedokáže plně vyslovit. S touto obtížností se setkáváme hlavně u pragmatických lidí, zabývajících se převážně „vnějším světem“, ale ne příliš uvyklé zabírat se hlubšími tématy spirituálního charakteru.<sup>80</sup>

Také pro věřící lidi nebývá pochopení „zlých věcí“ v životě snadné. Například Hans Küng připouští: „*Na otázku: ‚Proč Bůh zlu nezabránil‘ mě žádná z odpovědí křesťanské teologie – počínaje Augustinem a konče Tomášem Akvinským – nikdy zcela neuspokojila.*“<sup>81</sup> Dále připouští, že bolest, utrpení a nemohoucnost nelze otevřít „klíčem rozumu“, nedají se teoreticky pochopit, lze je jen trpělivě vydržet.<sup>82</sup> v rozhovoru se seniorem/nemocným je třeba zaujmout jednak chápavý postoj k oprávněnosti tohoto

---

<sup>78</sup> Srov. CIESLAROVÁ, Anna a Radka BUŽGOVÁ. Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči. *Ošetrovatelstvo*. 2014, 4(2), s. 50.

<sup>79</sup> Srov. KRŠIAK, M. Spirituální jevy vyskytující se u každého člověka a zdraví. *Časopis Lékařů českých*. 2008, 147(3), s. 152.

<sup>80</sup> Srov. OPATRNÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 57.

<sup>81</sup> KÜNG, H. *V co věřím*. Praha: Vyšehrad, 2012, s.180.

<sup>82</sup> Srov. Tamtéž 188-189.

tázání, ale též přiznat nesnadnost či nemohoucnost podat jasné vysvětlení. „(Starší člověk) potřebuje cítit a být ujištěn, že negativní a temné stránky svého života může důstojně zvládnout a smysluplně zapracovat do svého životního příběhu přesto, že přímá příčina ‚Božího dopuštění‘ mu zůstane utajena.“<sup>83</sup> Mějme také na zřeteli, že nemocí je značně zasažena a ovlivněna psychika nemocného. o to více potřebuje nějakou doprovázející osobu, která „snese“ tyto stížnosti a výtky bez ukvapených „vysvětlujících“ odpovědí. Avšak toto „dotazování“ může také odhalit nesprávné představy o Bohu, který se jeví jako nespravedlivý či nepochopitelný. Může pak vést i k opuštění vlastních představ a k odevzdání se do rukou tomu nepochopitelnému, což nakonec lze pochopit jako Boží lásku.<sup>84</sup>

Mezi zdravotním personálem se jen pozvolna vytrácí představa spirituality jako soukromé záležitosti spadající do péče duchovních. Teprve v posledních letech se u nás vytváří ucelenější vnímání spirituality zčásti oddělené od náboženství a tím se dává možnost rozpoznat a reagovat na spirituální potřeby starých a nemocných. „*Spirituální péče je potřeba v podstatě každého vážně nemocného člověka, nikoliv jen takzvané ‚nábožensky orientovaného‘ ...nemusí mít vždy explicitně náboženský obsah. Má ale s úctou brát v úvahu konkrétní spiritualitu konkrétního člověka a reagovat na ni.*“<sup>85</sup>

## 2.1. Poslání spirituálního/duchovního života

Angažovanost seniorů v různých vzdělávacích nebo pohybových činnostech, jak je předkládá koncept aktivního stáří, přináší přes svůj pozitivní vliv na zdraví, bohaté prožitky a zapojení seniora do širšího okruhu vztahů, také riziko – pohled na stáří ve smyslu co největšího zapojení se do nejrůznějších volnočasových aktivit v duchu „čím více, tím lépe“, který může skrývat nevyrovnanost se stárnutím a jeho vnitřní nepřijetí. K tomu někdy přispívá i velká občanská angažovanost vedoucí až k zahlcení nejrůznějšími rolami. Tyto snahy, pokud jsou uskutečňovány v rozumné míře, mají své opodstatnění a jistě pozitivní dopad na fyzickou i psychickou stránku seniora. Jestliže se však stanou hlavní či jedinou náplní života, zakrývají rozvíjení také spirituální roviny.<sup>86</sup>

Jak je uvedeno v předchozí kapitole, právě jisté omezování činností ve „vnějším světě“, ať již způsobené ubýváním sil a schopností seniora nebo zdravotními

---

<sup>83</sup> SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 51.

<sup>84</sup> Srov. GRŮN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. s. 30.

<sup>85</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 16.

<sup>86</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s.34-35.



omezeními, vytváří prostor ke ztišení, k práci se vzpomínkami, k hodnocení prožitého života, k usmiřování se apod. Lze tu mluvit o vytváření harmonie mezi tělesnou, duchovní a duševní složkou, v čemž spatřujeme velký úkol pro tento úsek života. Umění přijmout své limity, odvrácení od materiálních hodnot k duchovním bývá nazýváno „úspěšné stárnutí“, kdy úspěch nespočívá v absenci krizí či neúspěchů, ale ve smysluplném překonávání nebo integrování změněných životních okolností a novém uzpůsobení svých plánů a životních očekáváníí.<sup>87</sup>

Lze tedy říci, že úspěšné stáří spočívá v adaptaci na přicházející změny, jejich vnitřnímu přitakání ve smyslu realismu a současně zachování optimistického přístupu k životu. Je tedy výsledkem životního postoje, který je utvářen převážně na spirituální hladině a je provázán rozvojem silných charakterových stránek neboli ctností, jako je moudrost, odvaha, láska a lidskost, spravedlnost, střídmost, duchovnost a transcendence, jak je nacházíme v pozitivní psychologii např. u Slezáčkové.<sup>88</sup> V tom lze spatřovat hlavní spirituální úkol stáří, které se tak stává stěžejním úsekem života.

### 2.1.1. Možnosti spirituální péče

*„Spirituaální péči v širokém slova smyslu rozumíme takové jednání s nemocným člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, vnímáme jeho existenciální i ryze duchovní otázky a problémy, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému prožívání a zvládání jeho životní situace až ke smrti a s úctou přitom respektujeme jeho světonázorovou orientaci a jeho potřeby.“<sup>89</sup>*

Vycházíme-li z výše uvedeného, smyslem spirituální pomoci není v žádném případě „evangelizace“, či dokonce „obracení na pravou víru“, ale plný respekt ke konkrétním postojům a názorům daného člověka s cílem udržet či zlepšit kvalitu života i během stáří, nemoci či umírání. Při poskytování spirituální péče je tedy hlavním předpokladem bezpodmínečná úcta a respekt k vnitřnímu světu seniora, bez jakéhokoli podílu manipulace či podsouvání vlastních náboženských myšlenek a představ.<sup>90</sup>

*„Spirituaální potřeby bývají mnohdy obtížně hodnotitelné ... Starý člověk někdy nedokáže přesně popsat či pojmenovat danou duchovní potřebu, často ji ani neumí sám*

---

<sup>87</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s.36.

<sup>88</sup> Srov. SLEZÁČKOVÁ, A., 2012, In: SUCHOMELOVÁ, V. 2016, s. 37.

<sup>89</sup> OPATRNÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 17.

<sup>90</sup> Srov. OPATRNÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 94.

*sdělit nebo se o ní bavit. Zvláště složitější je to u osob, které se považují za nevěřící.*<sup>91</sup> Abychom mohli adekvátně reagovat na spirituální potřeby seniora, je třeba je nejprve správně odhalit – diagnostikovat. Novotná<sup>92</sup> upozorňuje na signály ukazující na problematiku v spirituální oblasti, které se odrážejí v některých postojích či změnách chování, jako je: úzkost, podrážděnost, pesimismus, neochota spolupracovat, vnitřní neklid, apatie nebo agrese, rezignace na život. K pravému rozpoznání potřebujeme nejprve vytvoření vztahu důvěry a navázání komunikace, dále pak schopnost citlivě vést rozhovor se zájmem o daného jedince a bez jakéhokoli naléhání. K systematickému sledování a odhalování spirituálních potřeb se podle zahraničního vzoru nabízí využití dotazníku, takto byl vypracován např. Pražský dotazník spirituality (PSQ 30) – obsáhlejší, s horší přehledností, či v ČR validovaný mezinárodní dotazník FICA – stručný, přehledný. Jak však doplňuje Kalvínská, vlastní vyplňování a vyhodnocování je třeba provádět citlivě, spíše formou dialogu. Tímto napomáhá zdravotnickým i sociálním pracovníkům správně formulovat a klást otázky pro spirituální anamnézu, čímž se předchází nejasnostem při neznalosti dané tematiky.<sup>93</sup>

Taktéž Suchomelová upozorňuje na riziko špatného rozpoznání či interpretace projevů duchovní potřeby, kterou „nelze striktně oddělit od psychických, fyzických a sociálních.“<sup>94</sup> Podobně jako Kalvínská i ona tuto záměnu příznaků připouští více u spirituálně málo vzdělaných odborníků, kteří stav vyhodnotí jako psychopatologii, a nasadí v této situaci neadekvátní terapeutickou či medikační léčbu. „Krizy nejsou ani patologickým stavem ani nemocí, ale odrážejí snahu člověka vyrovnat se s náročnou situací a stavem vnitřní nerovnováhy.“<sup>95</sup> Pro správné odhalení spirituálních potřeb vidí velmi přínosný rozhovor s aktivním nasloucháním senioru a také interpersonální spolupráci zvláště s duchovním či psychologem.<sup>96</sup>

Stárnutí, podobně jako vážná nemoc, otvírá v člověku různé existenční otázky typu: „Jaký má můj život smysl? Kam směřuji? Co mi ještě zbývá?“ Někdy to také mohou

---

<sup>91</sup> CIESLAROVÁ, Anna a Radka BUŽGOVÁ. Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči. *Ošetrovatel'stvo*. 2014, 4(2), s. 50.

<sup>92</sup>Srov. NOVOTNÁ, Helena a Miroslav KALA. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2015; 8(1): s.23–25.

<sup>93</sup> Srov. KALVÍNSKÁ E. Poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. *Praktický lékař*. 2008, 88(12): s. 722–724.

<sup>94</sup> SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 85.

<sup>95</sup> Tamtéž, s. 84.

<sup>96</sup> SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 84.

být otázky spojené s bilancováním prožitého života: zda byl naplněný nebo promarněný; plodný nebo planý?<sup>97</sup>

Jak uvádí Grün,<sup>98</sup> pohled do minulosti však nemusí přinášet jen uspokojení a pozitivní sebehodnocení. Může také odkrývat bolest ze života, který se teď jeví jako nezdařený, promarněný kdejakými iluzemi. Navenek se to může projevovat nespokojeností, zatrpklostí, stýskáním na to, čeho se jim nedostalo, jako by svůj život nahlíželi přes černé brýle. V takovém případě nebývá snadné odejmout nebo zmírnit zklamanému člověku tuto tíži zmařeného života. Grün nabízí řešení v duchovním doprovázení, kdy je možné skrze porozumění jeho bolesti opatrně převést zarmouceného člověka k vnitřnímu usmíření. Odvádění pohledu ke světlým stránkám života nepřináší valné výsledky. Doprovázející by měl seniora vést k vědomí, že nic z minulého se nedá změnit a že nebude moci zakusit štěstí z vnitřního vyrovnání, dokud nepřijme svůj život takový, jaký byl. Je třeba počítat s pocity bolesti, hněvu či lítosti. Není vhodné bránit těmto emocím, ale zároveň jim nedovolit, aby jedince zcela svazovaly. Smíření spočívá v rozhodnutí opustit negativní pocity a postupně přijmout nové postoje osobní zodpovědnosti v přítomnosti.

### **2.1.2. Podoby spirituální péče**

Poskytovaná spirituální péče v různých zařízeních má mnoho podob. Podle typu a možností zařízení se některé způsoby využití nabízejí více, jiné méně a některé nelze aplikovat vůbec. Přesto bývá obecně škála nabízené služby různorodá, a tak usiluje o oslovení co možná nejširšího okruhu klientů. V některých bodech se spirituální péče blíží až prolíná s psychoterapií, a právě v tom může být důležitá a přínosná. Pomáhá odkrýt a řešit různé překážky spirituálního charakteru, které jinak blokují psychické uzdravení.<sup>99</sup> Odrobiňák mezi spirituální péči zahrnuje:

---

<sup>97</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 90-91.

<sup>98</sup> Srov. GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. s. 28-30.

<sup>99</sup> Srov. ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, 11(3), 129.

*„Přítomnost u lůžka = tichá přítomnost u mlčícího klienta, kontakt na principu bazální stimulace.*

*Podané informace = nabídka spirituální péče a dalších podobných témat.*

*Podpůrný rozhovor = změna emočního ladění u agrese, deprese, úzkostných stavů, ve smyslu spirituální „krizové intervence“.*

*Poradenský rozhovor = pomoc při řešení vztahových obtíží (generační, partnerské atd.) nahlížená z pozice duchovního.*

*Terapeutický rozhovor = zaměřený na existenciální otázky.*

*Skupinová setkání = zamyšlení nad duchovními texty práce s nimi (hagioterapie).*

*Svátostnou službu = společná modlitba, čtení duchovní literatury, svátosti.*

*Bohoslužbu = někde oddělený sakrální prostor, jinde upravená část oddělení.*

*Přednášku, seminář = na různě zaměřená témata vhodná pro věkovou kategorii.*

*Profesní kontakt = porada se zaměstnanci o klientech nebo o spirituálních tématech.*

*Supervizi, porada = poskytovaná nebo přijímaná.*

*Jiné služby = aktuálně vzniklé příležitosti<sup>100</sup>*

Jak je patrné, velkou část spirituální péče zaujímá duchovní rozhovor, který může ale též nemusí mít náboženskou dimenzi. Senior stejně jako nemocný se může dozvědět nepříznivou informaci o své diagnóze či prognóze, nebo jiné závažné skutečnosti, které v něm vyvolávají existenční obavy, případně vážněji otřesou smyslem jeho života a dalšího směřování. Jsou to vážná témata, která se ho bezprostředně dotýkají, potřebuje se s nimi vyrovnat a nemá před nimi kam uniknout. V takové obtížné situaci se jeví spirituální či náboženská oblast jako jistá a účinná pomoc k nalezení útěchy i posily.<sup>101</sup>

## **2.2. Spirituální péče o osoby, kteří se klasifikují jako věřící**

Zvláště u starší generace nacházíme spiritualitu vytvořenou na religiozních základech z mládí, propojenou s životními zkušenostmi a různými dalšími útržkovitými religiozními prvky někdy spíše pseudoduchovní povahy. Na onom náboženském základu lze nalézt opěrné body, na nich dále stavět a ty rozvíjet. Spiritualita seniora může být zasazena do některého známého náboženství, které je určováno jasně

---

<sup>100</sup> ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, 11(3), s. 128.

<sup>101</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 99-100.

formulovaným duchovním životem vztaženým k Bohu, obvykle organizovaným v nějaké instituci – v naší zemi jde obvykle o křesťanství, spojeného také s užíváním náboženského jazyka a denními rituály věřících.<sup>102</sup>

Suchomelová vnímá víru jako velkou útěchu i pomoc: může dávat smysl mnohým nepříznivým chvílím života a tak posilovat v jedinci odvahu a naději. Skrze ztotožnění s Ježíšovým křížem napomáhá k vyrovnanosti a odhaluje smysl v přijetí též svého kříže. Tím nevybízí jen k rezignovanému snášení, naopak dává možnost pronikat hlouběji k podstatě spirituálních hodnot, neboť Kristův kříž spolu s bezvýhradnou láskou nabízí naději a útěchu všem, kteří jsou otevřeni je přijmout, tedy nejen tradičně věřícím. Ukazuje, že nemoc či bolest nemají definitivní a poslední slovo, ale Boží moc a svrchovanost zachovává člověku pocit vlastní důstojnosti i v jeho slabosti a křehkosti. Pomáhá prostřednictvím sebereflexe zakomponovat utrpení a různé obtíže do životního příběhu dané osoby. Avšak v tomto procesu, který může být spojen se ztrátou nejrůznějších iluzí o sobě bez možnosti napravení svých selhání, bývá obvykle potřeba laskavého a citlivého provázení a duchovní podpory.<sup>103</sup>

Autorka dále uvádí, že religiózně-spirituální vývoj celoživotně postupně lineárně dozrává k dospělé spiritualitě. Připouští však i druhou možnost, kdy v kontextu interakce sociálního prostředí a osobního životního příběhu může dojít též ke stagnaci či regresi spirituality.<sup>104</sup> Stáří nazývá „prubířským kamenem“ osvojené spirituality. S regresí duchovního vývoje či přímo duchovní krizí se ztrátou dosavadních jistot se můžeme setkat i u seniorů, kteří dosud vykazovali duchovní zralost na vysokém stupni.<sup>105</sup> Odrobiňák připouští též možnost ztráty víry v souvislosti s psychoterapií, avšak toto „narušení“ nevnímá negativně. Vidí jej jako přerod od rigidní spirituality, často získané v dětství a uspané v této podobě, ke zralejší a plnější podobě.<sup>106</sup>

Opatrný vidí přínos náboženství v odkrytí hlubšího smyslu celého života včetně nepříznivých okolností nemoci a bolesti. Nedocentelné je, pokud napomáhá k intenzivnímu vztahu k Bohu a též k jistotě kladného Božího vztahu k němu. Důležitá je také schopnost modlitby a opora souvěrců. Náboženství však může být také zátěží, zvláště pokud má věřící „nezdravou“ představu o Bohu: ať již je to trestající Bůh, nebo

---

<sup>102</sup> Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 58.

<sup>103</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 54-57.

<sup>104</sup> Srov. Tamtéž, s. 80.

<sup>105</sup> Srov. Tamtéž, s. 84.

<sup>106</sup> Srov. ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, 11(3), 128.

univerzální pomocník, který „selhal“, či nesrozumitelný až záludný Bůh, který čeká na další selhání. Může jít o představu náročného Boha vyžadujícího až nespílitelné věci, nebo Boha, který člověka v těžkostech opustí. Často jsou tyto představy poznamenány špatnou zkušeností z lidských vztahů. Takováto víra nejen nedokáže pomoci, ale obvykle neobstojí v těžkých zkouškách života a bortí se. Rozplynutí falešné představy o Bohu je vítané, pokud umožní vybudování zdravého postoje.<sup>107</sup>

Nelze jednoznačně říci, že religiozně praktikující jsou automaticky připraveni a jaksi „vybavení“ na zvládání náročných životních situací. Mnohdy je v bolesti, utrpení a krizích víra zkoušena a třibena. Může to být období zápasu o víru i u člověka, kterému byla dosud životní oporou.<sup>108</sup> *Spirituální oblast člověka bývá členitá a nejsou v ní vždy jen projasněná místa.*<sup>109</sup> Vácha s jistou nadsázkou srovnává možnosti duchovního růstu „s výstupem po schodech nebo cestě výtahem“. Zatímco postupné zdokonalování duchovního života usilovnou snahou člověka je dlouhodobé stupňovité stoupání, překonání krizí v různých životních okolnostech přináší prudký vzestup jako cesta výtahem, kdy je člověk přitahován Bohem.<sup>110</sup> Proto by ani „zdravě věřící“ neměl být ponechán jen svým myšlenkám a obavám, ale mělo by se mu dostat posily víry, možnosti rozmluvy a pomoci mu dobře završit svůj život.<sup>111</sup>

### 2.3. Spirituální péče o osoby, kteří se klasifikují jako nevěřící

Použití širšího pojetí spirituální péče vidíme jako vhodné a přínosné účinky nejen pro lidi, kteří se považují za věřící, ale taktéž (nebo právě) pro lidi nehlásící se k žádné religiozitě. V dnešní době lze totiž častěji mezi lidmi pozorovat příklon k duchovním hodnotám jako vyvážení materialistického zaměření společnosti, avšak bez explicitní náboženské příslušnosti. Spiritualita je tedy nadřazena náboženství a zahrnuje také otázky smyslu života, naděje a lásky. Je více určována vlastními duchovními představami, prožitky a praktikami. Vychází ze subjektivní a obecné životní filozofie. I mnoha lidem tzv. nevěřícím je blízká představa pokračování života po smrti v transformované podobě, existence duše apod. Tato nenáboženská spiritualita je pojata

---

<sup>107</sup> Srov. OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 92-93.

<sup>108</sup> Srov. Tamtéž, s. 102.

<sup>109</sup> Tamtéž, s. 52.

<sup>110</sup> Srov. VÁCHA, Marek O. *Tančící skály: o vývoji života na Zemi, o člověku a o Bohu*. Brno: Cesta, 2003. s. 176.

<sup>111</sup> Srov. OPATRŇY, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 95.

univerzálně jako cosi společného všem lidem napříč kulturním i sociálním spektrem.<sup>112</sup> Podobně u Mašáta nacházíme: „*Spiritualita pomáhá lidem zvládat nejtěžší životní situace. Není to nutně jen vztah k biblickému Bohu, ale ke všemu, co nás přesahuje, je to i každé vědomí světového řádu, který přijímáme a s nímž se identifikujeme.*“<sup>113</sup>

Podobně Suchomelová<sup>114</sup> nesouhlasí s redukováním spirituálních potřeb jen na religiózní praktiky věřících lidí často spojovaných se závěrem života (paliativní péče). Naopak spiritualitu vnímá ve stáří jako přínosnou k nalezení životní síly a uspokojivému zvládnutí náročných životních okolností, jaké mohou nastat náhlou ztrátou mobility nebo nedobrovolným přestěhováním z domova do sociálního či zdravotního zařízení. Tyto okolnosti mohou vyústit až v situační krizi, kdy je vážně narušena identita a integrita seniora. „*Krize často souvisí s nevyřešeným nebo jen částečně vyřešeným konfliktem z minulosti a projeví se v souvislosti s životním bilancováním.*“<sup>115</sup> Autorka odkazuje na hlavní roli spirituality pro integritu osobnosti, kterou nacházíme jak u Junga, Maslowa, Eriksona, tak i u Frankla. Napomáhá k přijetí vlastních limitů a k zodpovědnosti za popírané aspekty vlastní osoby, podporuje růst k plnějšímu bytí, k vytváření dobrých hodnot a životního nadhledu s relativizací těžkostí stáří. Suchomelová považuje přijetí spirituality ve druhé části života i s individuálními odlišnostmi osobnosti jako důležitý všeobecný úkol pro vytvoření vnitřní harmonie a vlastního přesahu. Tyto výzvy a úkoly stáří duchovního charakteru vnímá jako prvořadé, nelze je odkládat na později.<sup>116</sup>

Kalvínská při šetření spirituální péče v českých nemocnicích nahlíží spirituální péči za přínosnou pro pacienty v těchto oblastech: posílení sebeúcty a sebedůvěry, maximalizace vlastního potenciálu, vylepšení vztahů (se sebou, s ostatními a s absolutnem/Bohem), obnova pocitu smyslu života a cíle, zvyšování pocitu sounáležitosti, vyšší kapacita k řešení problémů, posílení tolerance k neřešitelným problémům, pokračujícímu stresu a handicapům, obnovení naděje a zdravý zármutek při ztrátě.

Z pohledu pacienta uvádí autorka za přínosné tyto aspekty: příjemné prostředí pomáhá rozvíjet naději, radost a kreativitu, oceňováním lze získat důvěry, důstojné

---

<sup>112</sup> Srov. CIESLAROVÁ, Anna a Radka BUŽGOVÁ. Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči. *Ošetrovatelstvo*. 2014, 4(2), 50-51.

<sup>113</sup> MAŠÁT, Vladimír. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, 2(3), 103.

<sup>114</sup> Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 83-85.

<sup>115</sup> Tamtéž, s. 83.

<sup>116</sup> Srov. Tamtéž, s. 74-79.

ošetřování pacienta a respekt k jeho individualitě uklidňuje, soucitné a důvěrné naslouchání pomáhá při vyhodnocování zkušeností získaných v průběhu nemoci a uvědomění si jejich smyslu pro pacienta, pomoc a povzbuzování (někdy také poučení a rada) rozvíjejí osobní spiritualitu.<sup>117</sup>

Odrobiňák popisuje nejvyšší stupeň spirituálního života, jako vše integrující kvalitu, slovy W. Rebella: Přispívá k rozvoji osobnosti a podporuje harmonické vztahy s druhými lidmi. Proto se vyznačuje otevřeností pro životní skutečnosti a nevzbuzuje strach. To pak uschopňuje k pluralitní toleranci, která si udržuje i ve stáří postoj hledání a dává prostor pro humor a pro slavení. Vyjádření uvedených kritérií profánním jazykem dosvědčuje, že lze poskytnout doprovázení k rozvoji spirituálních potřeb každému, u koho se projevuje jejich nenaplněná potřeba.<sup>118</sup>

Grün vidí potřebnost spirituální péče zejména u lidí vzdálených těmto tématům: „*Kdo příliš dlouho žil bez vztahu ke svému srdci a ke své duši, pro toho jsou dveře jeho vlastního nitra zavřené. Je vzdálen sám sobě.*“<sup>119</sup> To se jeví jako výzva či možný úkol pro duchovní nebo pastorační péči.

---

<sup>117</sup> Srov. KALVÍNSKÁ E. Poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. *Praktický lékař*. 2008, 88(12), s. 723.

<sup>118</sup> Srov. ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, 11(3), s. 128.

<sup>119</sup> GRÜN, A. *Smrt není konec*. Praha: Paulínky, 2010. s. 22.



### 3. Nabízená a využívaná péče v domovech pro seniory

Duchovní péče ve zdravotnickém zařízení je zakotvena v § 28, odst. 3, písm. j) zákona č. 372/2011 Sb., který tak rozšiřuje bod 1 čl. 16 Listiny základních práv a svobod<sup>120</sup> a působnost § 2 odst. 1 zákona č. 3/2002 Sb. o svobodě náboženského vyznání a možnosti projevat svou víru sám nebo společně s jinými, soukromě či veřejně, bohoslužbou, náboženskými úkony a obřady.<sup>121</sup> Dále je tato péče více specifikována ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR z dubna 2017, kde je přesně vymezen rámec působení duchovní péče a stanoveny cíle a zásady této péče včetně připomenutí prospěšnosti pro pacienta i personál.<sup>122</sup> Tím je vytvořen prostor pro naplňování, rozvíjení i spolu sdílení duchovních hodnot ve zdravotnickém i sociálním zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, pro přijímání duchovní podpory od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice stejně jako od osob pověřených k výkonu duchovní činnosti.<sup>123</sup> Současně je tímto určeným církvím a náboženským společenstvem služba v uvedeném rozsahu a formě umožněna.

Cílem průzkumu bylo zjistit, jak je duchovní péče zahrnuta do celkové péče v zařízeních pro seniory. Vzhledem k náročné situaci v sociálních zařízeních tohoto typu, která bývají zatěžována finančními i personálními obtížemi, rozhodli jsme se průzkum vést anonymně, abychom předešli obavám z posuzování a hodnocení úrovně péče v daných institucích, což nebylo předmětem výzkumu. Primárně jsme se zajímali o domovy seniorů, kde klienti pobývají dlouhodobě v řádu let, a tudíž je možné předpokládat adaptaci a dobré seznámení s prostředím, jakož i vytvoření vztahu důvěry k zaměstnancům a osobě zajišťující duchovní službu. Dalším kritériem při směřování průzkumu byly přednostně voleny necírkevní instituce, kde jsme předpokládali, že pro duchovní službu nejsou apriori vytvořeny zvláštní podmínky, jaké bychom očekávali u církevní organizace. Tím jsme chtěli zabezpečit větší objektivitu průzkumu. Přesto jsme oslovili také jedno církevní sociální zařízení s úmyslem poznat, nakolik je odlišná nabídka duchovní péče poskytovaná v církevním domově seniorů, ke komu je směřována a nakolik je klienty využívána.

---

<sup>120</sup> Srov. Věstník MZ ČR, částka č. 4/2017, s. 2.

<sup>121</sup> Srov. Zákon 3/2002 Sb. § 2 odst. 1.

<sup>122</sup> Srov. Věstník MZ ČR, částka č. 4/2017, s. 2.

<sup>123</sup> Srov. Zákon 372/2011 Sb., § 28, odst. 3, písm. j).

Podobně jsme do průzkumu zařadili i dvě zdravotnická zařízení – církevní domov seniorů pro doléčení pacientů a hospic, kde bývá pobyt klientů/seniorů časově omezen (obvykle na 6 měsíců), nebo jej nelze vzhledem k charakteru zařízení předem stanovit, ale předpokládá se do šesti měsíců (hospic). Byli jsme si vědomi, že tím je sice omezena doba k navázání vztahu mezi klientem a osobou vykonávající duchovní péči, ale zajímali jsme se, zda zhoršený zdravotní stav či vážná nemoc v terminálním stádiu mohou akcentovat či jinak ovlivnit duchovní potřeby a řešení spirituálních témat. Dále jsme se zaměřili na požadavky seniorů, jakož i využívání a hodnocení stávající péče. Pro ověření výpovědí klientů a nahlížení situace širší optikou jsme se zajímali též o názor zaměstnanců a dobrovolníků pracujících v daných institucích.

### **3.1. Anketa**

Pro jednotné a přehledné získání potřebných informací jsme zvolili anketu vlastní konstrukce a strukturovaný rozhovor. Tato forma se nám jevila jako vhodná a současně nenáročná pro respondenty z okruhu klientů, zaměstnanců a dobrovolníků a zároveň postačující pro účel tohoto průzkumu. Podrobnější informace ohledně těchto zařízení, nabízených službách a kulturních akcích byly dohledány na webových stránkách zařízení. Následně pak byly ověřeny při rozhovoru s klíčovým zaměstnancem.

#### **3.1.1. Výběr domovů pro seniory v Praze a příprava ankety**

Pro výběr institucí k výzkumu jsme si připravili seznam domovů pro seniory v Praze s celoročním pobytem. Přednostně jsme volili nesoukromá a necírkevní zařízení, neboť nás prioritně zajímalo, jak je spirituální péče zahrnuta do holistického přístupu tam, kde jí nejsou předem vytvořeny zvláštní podmínky, které bychom předpokládali u církevních zařízení. Přesto jsme oslovili také jeden církevní domov seniorů pro posouzení odlišností nabídky duchovní péče. Do průzkumu nebyly zahrnuty domovy seniorů se zvláštním režimem, neboť tam se nám snížené či změněné psychické schopnosti zdály být limitující pro uskutečňování spirituální péče. Jednotlivé domovy seniorů byly kontaktovány telefonicky nebo e-mailem s dotazem, zda v daném zařízení probíhá duchovní péče a v jakém rozsahu. Následně jsme požádali o možnost pro účel diplomové práce provést v těchto zařízeních širší průzkum duchovní péče. Z oslovených sociálních zařízení různých městských částí Prahy žádosti vyhovělo 11 domovů pro seniory, z nichž devět je ve správě sociálního odboru městské části, jedno je nestátní neziskové zařízení a jeden domov seniorů provozovaný církevní organizací. V šesti

zařízeních byly prostřednictvím koordinátora získány pouze základní informace o probíhající duchovní péči, u dalších pěti zařízení bylo umožněno provést širší průzkum formou ankety a strukturovaného rozhovoru. Čtyři zařízení žádost odmítlo s odvoláním, že tam spirituální péče neprobíhá, nebo jiným způsobem nebyli pro průzkum vstřícní. Tři zařízení nebylo možno pro oddalování odpovědi zahrnout do průzkumu. Jedna instituce nereagovala žádnou odpovědí.

Dále bylo osloveno jedno církevní zdravotnické zařízení následné péče a jeden hospic, mezi jehož zřizovateli jsou též církevní organizace. Obě tyto instituce jsou zdravotnickým zařízením a díky zaměření svých zřizovatelů disponují širší nabídkou duchovní péče. Důvodem bylo nejen rozšíření portfolia, ale též ověření hypotézy, zda zhoršený zdravotní stav či vážná nemoc v terminálním stádiu mohou nějak ovlivnit či pozměnit spirituální potřeby. Také jsme se zajímali, jaká je nabídka duchovní péče v těchto institucích, kde jsme předpokládali lepší podmínky, a nakolik a kým je využívána.

Záměrem ankety bylo získat základní informace o možnostech a probíhající duchovní péči v daném zařízení, jejím využívání a subjektivní hodnocení respondentů. Anketa byla anonymní, čímž jsme očekávali větší důvěru a otevřenost v odpovědích. Volili jsme krátkou a jednoduchou formu, aby otázky byly seniorům srozumitelné a snadno zodpověditelné, pro zaměstnance a dobrovolníky neznamenal časovou zátěž. V každé instituci jsme požádali osobu – koordinátor, aby zajišťoval rozdělení anketních lístků a následně i jejich sesbírání. Při jejich vyplňování koordinátor klientům zajistil pomoc, pokud toho bylo potřeba.

### **3.1.2. Průběh ankety**

#### **Anketa u zaměstnanců**

Anketa pro zaměstnance měla mapovat postoj pracovníků vůči duchovní péči: na kolik při své odborné práci vnímají spirituální potřeby seniorů a jak se cítí připraveni či způsobilí na ně reagovat. Zajímali jsme se také o subjektivní hodnocení prospěšnosti duchovní péče v odrazu na prožívání klientů. Současně anketa sloužila k ověření výpovědi u seniorů (např. senioři by mohli popřít přítomnost duchovní péče, kterou však zaměstnanci uvádějí jako zajištěnou a fungující).

### **Anketa mezi klienty domovů**

Vzhledem k pokročilému věku seniorů s předpokladem snížených kognitivních schopností jsme se snažili o stručnost a snadnou pochopitelnost. Přesto jsme očekávali, že zapojení do průzkumu bude možné jen u seniorů, kteří kromě ochoty jsou ještě schopni porozumět anketě a komunikovat. Tím se eliminovala neznámo jak početná skupina lidí, kteří již těmito schopnostmi nedisponují. Tato skutečnost se nám nejevila jako překážka, neboť duchovní péče pro své plné uskutečňování vychází z podobných předpokladů, tudíž se ve své hlavní činnosti zaměřuje na obdobnou cílovou skupinu. Otázky byly zaměřeny na informovanost a využívání duchovní péče, ale také byl dán prostor pro vyjádření vlastního názoru k naplňování duchovních potřeb. Vzhledem k možnosti nesprávného pochopení byly odpovědi klientů porovnány s odpověďmi zaměstnanců.

### **Anketa u dobrovolníků**

V anketě pro dobrovolníky jsme se zaměřili na hlavní náplň jejich služby, počtu navštívených lidí i délku a četnost návštěv. Zajímali jsme se, nakolik oni přispívají ke spirituální péči, případně zda a jakou k tomu prošli přípravou.

## **3.2. Vyhodnocení ankety**

Při vyhodnocování odpovědí ankety se pro statistické zpracování ukázalo jako nevýhodné kladení příliš otevřených otázek. Odpovědi byly často rozmanité a tím vznikala obtíž, jak je správně zařadit do jednotlivých škál. Takto se zvýšila možnost nepřesnosti či odchylky při posuzování odpovědí. Naopak kladení tohoto typu otázek více vypovídá o konkrétní osobě, o jejím prožívání, názorech a specifických potřebách. Je vhodnější ke kvalitativnímu zpracování se zaměřením na uzpůsobení pastorační péče s individuálním přístupem.

K vlastnímu vyhodnocení odpovědí jsme zvolili formu tabulky. Ke každé otázce byla vytvořena škála možných odpovědí a podle ní pak jednotlivé odpovědi respondentů zapisovány do tabulky. Následně jsme tabulku vyhodnotili tak, že jsme získané informace převedli na procenta.

Byly důsledně oddělovány odpovědi ze sociálních zařízení, kde pobyt klientů není limitován (nadále budu používat pro tento typ výraz“ dlouhodobý pobyt“) a zdravotnická zařízení, ve kterých je doba pobytu časově omezena (pro tento typ budu nadále používat výraz „krátkodobý pobyt“), jak popisují výše.

Pro vlastní posuzování vyhodnocení je třeba připomenout, že provozovatelem většiny sociálních domovů pro seniory zahrnutých do výzkumu je sociální odbor dané městské části, dále pak jedno zařízení je nestátní a pouze jedno církevní. Oproti tomu zdravotnické zařízení následné péče je církevní institucí a taktéž hospic je úzce provázán s církevními organizacemi. Duchovní péče je v těchto zařízeních od založení zahrnuta do celkové péče o klienty a jsou jí předem připraveny příhodné podmínky.

Pro procentuální vyjádření výsledků je potřeba mít na paměti, že sociální zařízení jsou vůči zdravotním v poměru 5:2.

### 3.3.1. Vyhodnocení ankety zaměstnanců

#### 1) Jak dlouho v zařízení pracujete, v jaké pracovní pozici?

	sociální zařízení (roky)	zdravotní zařízení (roky)
průměrná délka pracovního poměru	4,9	5,6
medián délky pracovního poměru	2,0	5,5
nejdelší pracovní poměr	18	15

tabulka č. 1: délka pracovního poměru

Z této tabulky vyplývá podobná průměrná délka pracovního poměru i srovnatelné nejdelší pracovní poměry v sociálním a zdravotním zařízení. Velmi rozdílné jsou však mediány, tedy v daných sociálních zařízeních jsou častější změny pracovních míst po kratší době. Současně nás zajímala délka pracovního poměru u zaměstnanců jako předpoklad k dobré adaptaci v pracovní pozici a tím schopnost navázat vztah důvěry s klienty. Tímto se ukazuje ve zdravotních zařízeních jako příznivější.

## 2) Duchovní péče v tomto zařízení – mělo/nemělo pro Vás význam při výběru pracoviště?

	Ano	Ne
sociální zařízení	13 %	87 %
zdravotní zařízení	27 %	73 %

tabulka č. 2: motivace

Zde vyvozujeme stanovisko, že v daných zdravotních zařízeních, kde (jak uvedeno výše) jsou duchovní péči vytvořeny vhodnější podmínky, je tato důležitým faktorem při výběru pracoviště. Pro 2x více zaměstnanců oproti sociálnímu zařízení to mělo vliv na jejich volbu. Z toho můžeme usuzovat, že to jsou pracovníci, kteří se k duchovní péči staví vstřícně nebo mohou být sami věřící.

## 3) Byl/a jste při své pracovní činnosti klienty někdy dotázán/a na duchovní témata? Jaká?

	Ano	Ne
sociální zařízení	43 %	57 %
zdravotní zařízení	87 %	13 %

tabulka č. 3: přítomnost dotazu

Tyto velmi odlišné údaje nám zřetelně ukazují dvojnásobně častější duchovní otázky ve zdravotních zařízeních. Z toho můžeme usuzovat na naléhavější potřebu řešit spirituální témata při vážném či terminálním zdravotním stavu. Vidíme zde také souvislost s předchozí otázkou, kdy lze v daném prostředí očekávat více spirituálně orientovaných zaměstnanců, kteří buď dokáží lépe rozpoznat duchovně zaměřené dotazy, nebo při své práci a rozhovorech s klienty svým přístupem a otevřeností k dané tématice vzbuzují v klientech důvěru a tím dávají prostor k dotazování.

sociální zařízení	34 %
zdravotní zařízení	40 %

tabulka č. 4: specifikace duchovního dotazu

Podle toho, že duchovní téma dotazu specifikovalo pouze 34 % odpovědí v sociálních zařízeních a 40 % ve zdravotních usuzujeme, že jednak není snadné zpětně vzpomínat na jednotlivé situace a také jasně a stručně specifikovat či shrnout komunikaci s klientem, která mohla mít i delší trvání a témata se různě prolínat. Přesto jsme mohli odpovědi rozdělit do následujících kategorií.

	sociální zařízení	zdravotní zařízení
smysl života	14 %	33 %
smrt a život po smrti	57 %	32 %
existence Boha	21 %	0 %
víra, bohoslužba	64 %	67 %

tabulka č. 5: téma duchovního dotazu

V sociálních zařízeních se v největší míře vyskytovaly dotazy ohledně víry a náboženských úkonů (konání bohoslužby, možnost návštěvy kněze), dále byly časté otázky smrti a co přijde po ní. V tom spatřujeme u tamních klientů zájem o věci víry a náboženské obřady, ale podobně vysokou potřebu vyrovnat se s konečností života. Menší měrou to byl dotaz na existenci Boha a zcela nejméně na smysl života.

Ve zdravotních zařízeních se téměř shodně na prostřední pozici vyskytovaly existenční otázky, které jsme shrnuli pod pojem smysl života, a téma smrti. Dvojnásobně to byly dotazy na věci víry a náboženských úkonů. Překvapivě nebyl uveden žádný dotaz ohledně existence Boha.

Shodně tak lze usuzovat, že pro starší generaci víra, jejíž kořeny díky výuce náboženství ve školách možná sahají až do dětství, je u většiny seniorů stále důležitou složkou jejich osobnosti.

#### 4) Byl/a byste ochoten/tna se na toto téma bavit či jinak pomoci?

	Ano	Odkaz na kompetentnějšího	Ne
sociální zařízení	66 %	10 %	24 %
zdravotní zařízení	73 %	27 %	0 %

tabulka č. 6: ochota k rozhovoru

V obou zařízeních se u zaměstnanců vyskytuje podobně vysoká ochota se bavit na duchovní téma. Ve zdravotnických zařízeních, kde je možnost častého (někde až denního) kontaktu s duchovním, je však častější odkaz na kompetentnější osobu, naopak jsme se nesešli se žádným odmítnutím duchovních otázek. Sociální zařízení ukazuje nižší možnost otázky směřovat na kompetentnějšího, ale relativně vysoké číslo odmítání duchovních témat. To si vysvětlujeme nižší připraveností personálu reagovat na otázky, které jim svou povahou nemusí být blízké a na které, jak si možná uvědomují, by neuměli vhodně odpovědět.

### 5) Vidíte duchovní péči pro klienty jako přínos, nebo ji vnímáte kriticky či negativně? v čem?

	přínos, užitek	neví nelze vyhodnotit	negativně
sociální zařízení	87 %	10 %	3 %
zdravotní zařízení	74 %	26 %	0 %

tabulka č. 7: hodnocení duchovní péče

Jak můžeme vyčíst z tabulky, při dlouhodobých i krátkodobých pobytech zaměstnanci často uvádějí duchovní péči coby přínos pro klienty. V sociálních domovech je podstatně více hodnocena prospěšně oproti zdravotním zařízením, kde je překvapivě vysoké číslo nerozhodnosti.

sociální zařízení	17 %
zdravotní zařízení	53 %

tabulka č. 8: specifikace prospěšnosti péče

Zaměstnanci zdravotních institucí v nadpoloviční většině konkretizovali, v čem spatřují užitek duchovní péče. Oproti tomu ze sociálních zařízení je procento odpovědí relativně nízké, což může souviset s nižší zaměřeností k této tématice.



	Vyrovnanost, smíření	vnitřní klid	zájem o člověka	podpora, hodnoty
sociální zařízení	71 %	29 %	43 %	71 %
zdravotní zařízení	25 %	13 %	38 %	63 %

tabulka č. 9: přínos duchovní péče

Podle mínění zaměstnanců sociálních domovů duchovní péče přináší klientům prvořadě vyrovnanost a smíření s jejich situací, stejně vysoko dosahuje celková podpora a utváření hodnot. Značný přínos vidí v posílení zájmu o člověka a též nemalé procento uvádí vnitřní klid. Odkazujeme však k tabulce 5b, že se této specifikace účastnilo jen velmi nízké procento respondentů. Dosti odlišné hodnocení nacházíme ve zdravotnických zařízeních, kde vnitřní klid a vyrovnanost byly málo uváděny, častěji byl jako důvod prospěšnosti uváděn zájem o člověka, nejvíce však zmiňována celková podpora a utváření hodnot, kde se četnost odpovědí blíží názoru zaměstnanců sociální skupiny.

#### **6) Máte nějakou osobní ideální představu o dobré duchovní péči v zařízeních tohoto typu?**

	návrh vlastního vylepšení	neví, nemá představu	péče je dostatečná
sociální zařízení	33 %	62 %	5 %
zdravotní zařízení	27 %	46 %	27 %

tabulka č. 10: návrh na rozvoj duchovní péče

V této otázce jsou odpovědi z obou zařízení srovnatelné v počtu návrhů na vylepšení, téměř dvojnásobná je odpověď „neví/nemá představu“ v sociálním domově, kde se v návaznosti na předchozí otázky může jednat o menší orientaci zaměstnanců ve spirituální oblasti. Také ve zdravotních zařízeních se počet odpovědí „neví/nemá představu“ oproti návrhu skoro zdvojnásobil, což může podobně ukazovat na menší orientaci v možnostech spirituální péče, nebo se vztahuje k názoru více jak čtvrtiny zaměstnanců zdravotních zařízení, kteří považují současnou péči za dostačující.

## 7) Chtěl/a byste k tématu „Duchovní péče u seniorů“ něco doplnit?

	Poznámka/návrh	Ne/neví	Je dostačující
sociální zařízení	17 %	78 %	5 %
zdravotní zařízení	15 %	77 %	8 %

tabulka č. 11: poznámka k duchovní péči

Tato otázka byla pouze doplňující a spíše než ke kvantitativnímu hodnocení, měla přispět k celkovému dokreslení pohledu zaměstnanců. Ač poznámek nebylo mnoho, přinášejí cenné podněty, kterými by bylo vhodné se následně zaobírat či využít k další práci. Jako příklad uvádíme poznámku od jednoho zaměstnance ze sociálního domova, ve které vyjádřil: „*Vadí mi, že klienti z nouze probírají duchovní témata s pečovateli nebo zdravotními sestrami, které si neuvědomují význam takových rozhovorů a málokdy dokáží klientovi skutečně pomoci.*“ Vnímáme ji jako apel, který volá nejen po lepší dostupnosti kaplanů a jiných pro spirituální službu určených asistentů, ale také upozorňuje na potřebu alespoň základní spirituální vzdělanosti i u jiných pracovníků, se kterými senioři/klienti přicházejí do styku.

### 3.2.2. Vyhodnocení ankety klientů

#### 1) Jak dlouho jste v tomto zařízení? Kategorie (0-3, 4-10, více let)

	sociální zařízení (počet klientů v %)	zdravotní zařízení (počet klientů v %)
0–3 roky	58 %	100 %
4–10 let	38 %	0 %
10 a více roků	4 %	0 %

tabulka č. 12: délka pobytu v zařízení

Tato tabulka nám potvrzuje, že ve zdravotních zařízeních jsou klienti po omezenou dobu, která je ze 100% 3 a méně let. V sociálních domovech seniorů je sice pobyt nadpoloviční většiny respondentů také v tomto rozmezí, ale též vysoké procento seniorů zde pobývá v rozsahu 4–10 let, velmi ojedinělý je pobyt nad 10 let. Tím mají klienti i pracovníci ve zdravotních zařízeních kratší možnost k prohloubení vztahu, ale jak popisujeme u tabulky č. 3, zdá se, že to nebrání k získání důvěry či duchovně orientovaným dotazům.

## 2) Víte, že je zde možnost duchovní péče?

	Ano	Ne
sociální zařízení	96 %	4 %
zdravotní zařízení	100 %	0 %

tabulka č. 13: povědomí o nabídce duchovní péče

Jak vyplývá z této tabulky, v obou zařízeních je výborná informovanost o probíhající duchovní péči.

## 3) Využíváte tuto péči? Event. proč?

	Ano	Občas	Ne
sociální zařízení	61 %	9 %	30 %
zdravotní zařízení	53 %	18 %	29 %

tabulka č. 14: využití duchovní péče

V této otázce nás překvapilo v obou zařízeních vysoké procento klientů, kteří se hlásí k využívání duchovní péče. Domníváme se však, že pravděpodobně tato více spirituálně laděná skupina lidí byla zároveň aktivnější či více ochotna se zapojit do ankety, neboť výpovědi duchovních takto vysokou účast nepotvrzují.

	Jsem věřící Tradice	Přináší mi to užitek Je to prospěšné
sociální zařízení	55 %	45 %
zdravotní zařízení	40 %	60 %

tabulka č. 15: důvody využití duchovní péče

Konkrétní důvody využívání této péče uvedlo méně než 50% respondentů (konkrétně 42% u sociálních zařízení a 35% u zdravotnických zařízení). V sociálních domovech je ve vyšším procentu jako důvod uvedena tradice či obecně víra, naopak ve zdravotních zařízeních nadpoloviční většina za důvod uvádí prospěšnost či užitek. Podle toho se můžeme domnívat, že zařízení, která disponují duchovní službou ve větším rozsahu, mohou takto lépe reagovat na širší spirituální potřeby seniorů. Duchovní péče pro udržení tradice a projevů víry se jeví dle vyjádření klientů i v sociálních domovech dostatečně zajištěna.

#### 4) Jak často se účastníte nějakého (kulturního) programu?

	sociální zařízení (počet klientů v %)	zdravotní zařízení (počet klientů v %)
často – kdykoliv je možné	69 %	41 %
občas	12 %	24 %
nemohu	8 %	24 %
neúčastním se	12 %	12 %

tabulka č. 16: frekvence účasti na kulturním programu

Podle údajů v této tabulce vidíme vysoké procento účasti na kulturních akcích v sociálních domovech, což vypovídá o zájmu, ale i dostatečné zdravotní způsobilosti věnovat se těmto aktivitám. Ve zdravotních zařízeních je toto procento účasti výrazně nižší, ale vyšší je naopak vyjádření, že se akcí účastnit nemohou. Podle sdělení klíčových pracovníků, kde byl průzkum prováděn, jsou zájemci na akce doprovázeni či dováženi na invalidních vozíčkách, tedy jako důvod „nemohu se účastnit“ spatřujeme ve vážnějším zdravotním stavu, který nedovoluje přesun z pokoje nemocného, nebo se senior necítí z jiných vážných důvodů schopen účastnit se veřejné akce. V obou zařízeních je shodná neúčast na kulturních akcích.

#### 5) Jak často se účastníte duchovního programu?

	sociální zařízení (počet klientů v %)	zdravotní zařízení (počet klientů v %)
často – kdykoliv je možné	54 %	41 %
občas	4 %	24 %
nemohu	8 %	6 %
neúčastním se	33 %	29 %

tabulka č. 17: frekvence účasti na duchovním programu

Účast na duchovním programu oproti kulturnímu je v sociálních institucích nižší, úměrně k tomu se zvýšilo procento neúčasti. Ve zdravotních zařízeních vidíme shodné údaje v navštěvování pravidelném i občasném jak kulturních, tak i duchovních akcí. Zajímavý je u této skupiny seniorů pokles odpovědi „nemohu“, který nám ukazuje na

skutečnost, že v těchto zařízeních je pamatováno a zajištěno, aby ani zhoršený zdravotní stav či jiné závažné okolnosti nebránily uživatelům v účasti či využívání duchovní péče.

V sociálních zařízeních je stejně vysoké procento odpovědí „nemohu“ jak při kulturních, tak i duchovních akcích, z čehož můžeme usuzovat na shodné bariéry.

### 6) Přejí/a byste se v duchovní oblasti vzdělávat více?

	Ano	Ne	Neodpovědělo
sociální zařízení	27 %	65 %	8 %
zdravotní zařízení	29 %	65 %	6 %

tabulka č. 18: přání větší četnosti duchovní péče

V této otázce nacházíme zajímavě shodné údaje mezi sociálním i zdravotním zařízením, a to jak v kladné odpovědi (relativně nízké číslo zájmu), tak i negativní (vysoké procento nezájmu). Lze z toho vyvodit, že v seniorském věku lidé více žijí ze svých životních poznatků, zkušeností a vžitých duchovních tradic či prožívání víry. Přesto téměř 30% respondentů by mělo zájem se více vzdělávat, což se nám jeví jako nezanedbatelný potenciál, kterému by mělo smysl se věnovat a dále rozvíjet.

### 7) S kým byste chtěl/a o duchovních tématech mluvit?

Na tuto otázku neodpovědělo více dotázaných, než bylo obvyklé – 50% v sociálních zařízeních a 41% ve zdravotnických zařízeních. Důvod může souviset s předchozí otázkou, kdy značná část vyjádřila, že se nepotřebuje více vzdělávat, a proto zřejmě necítí ani potřebu se nad touto otázkou zamýšlet, nebo se jim jeví irelevantní.

	Duchovní řádová sestra	dobrovolník	souvěrec
sociální zařízení	92 %	23 %	54 %
zdravotní zařízení	100 %	30 %	20 %

tabulka č. 19: žádaná osoba pro duchovní rozhovory

Z odpovědí této tabulky vidíme velmi vysoký zájem (ve zdravotních zařízeních až 100%) o rozhovor s duchovním, či řádovou sestrou tam, kde tato služba je dostupná. V sociálních zařízeních je zmiňován na druhém místě souvěrec (možná jsou to návštěvy členů náboženského společenství či přátel) a poslední místo zaujímají dobrovolníci. To

nás vede k názoru, že dobrovolníci jsou v těchto domovech zaměřeni na jiné služby. Naopak ve zdravotních zařízeních jsou dobrovolníci zmiňováni téměř třetinou odpovědí, z čehož vyvozujeme, že jsou někteří přímo takto ve své službě zaměřeni.

### 8) Je něco z duchovní oblasti, co Vám v zařízení chybí?

	ano	nevím	nic
sociální zařízení	32 %	32 %	36 %
zdravotní zařízení	13 %	67 %	20 %

tabulka č. 20: nedostatky v duchovní péči

Podle této tabulky vidíme, že v sociálních domovech jsou téměř shodná procenta odpovědí, která uvádějí nějakou absenci v oblasti duchovní péče, stejně jako „nevím“ a „nic“. Pro tento průzkum je důležité, že téměř třetina klientů by si přála v duchovní oblasti více, než může zařízení poskytnout. Ve zdravotních zařízeních je procento nedostatku velmi nízké a podobně zastoupeno je „nic“, zatímco vysoké číslo zahrnuje odpovědi „nevím“. Z toho vyvozujeme, že zde klienti nacházejí dostatečnou příležitost pro saturaci duchovních potřeb. Vysoké procento „nevím“ můžeme chápat coby vyjádření, že nevědí, co by se dalo v podobné instituci více nabídnout.

### 9) Jak hodnotíte duchovní péči?

	přínos líbí se	nevím nelze hodnotit	negativně	neodpovědělo (počet klientů)
sociální zařízení	73 %	27 %	0 %	4
zdravotní zařízení	88 %	13 %	0 %	1

tabulka č. 21: hodnocení duchovní péče

Potěšující je zpráva z těchto údajů, kdy velmi vysoké procento klientů uvádí duchovní péči jako přínosnou nebo se jim líbí, a to v obou typech zařízení. Odpověď „nevím/ nelze hodnotit“ uvádí v sociálních zařízeních zhruba čtvrtina respondentů, zatímco ve zdravotních zařízeních je to pouze osmina. Stejně tak je velmi nízký počet klientů, kteří neodpověděli na tuto otázku. Nikdo ze seniorů účastnících se této ankety nehodnotí duchovní péči v zařízení negativně. Z toho vyvozujeme, že v obou typech zařízení je duchovní péče přijímána kladně, ať se již může uskutečňovat v jakémkoli rozsahu.

## 10) Mohl/a byste sdělit více o sobě (věk, ne/jste věřící, event. jak dlouho)?

Průměrný věk klientů se zásadně neliší: v sociálním zařízení je to 84 let a ve zdravotnickém zařízení 82.

1 - věřící praktikující

2 - hledající

3 - nepraktikující

4 – nevěřící

	věřící praktikující	hledající	nepraktikující	nevěřící
sociální zařízení	58 %	8 %	17 %	17 %
zdravotní zařízení	44 %	13 %	25 %	19 %

tabulka č. 22: hodnocení vlastní religiozity

Podle této tabulky v sociálních zařízeních mezi účastníky ankety je nadpoloviční většina těch, kteří se hlásí k praktikujícím věřícím, shodně asi osmina klientů se zařadila mezi nepraktikující věřící či nevěřící. Ve zdravotním zařízení se oproti sociálním domovům menší počet dotázaných považuje za praktikující věřící, naopak je mírně vyšší procento nepraktikujících věřících a v počtu nevěřících je údaj téměř shodný se sociální institucí. Překvapující byla v obou typech zařízení odpověď, kdy se klient označuje za hledajícího. Tyto údaje byly pro nás nečekané, neboť procento klientů hlásících se k víře je daleko vyšší, než např. religiozita uváděná Českým statistickým úřadem.<sup>124</sup>

### 3.2.3. Vyhodnocení ankety dobrovolníků

Celkově lze říci, že anketa mezi dobrovolníky je nejméně relevantní – a to z důvodů malého počtu dobrovolníků (ve většině sociálních zařízení nejsou, nebo jsou zapojeni jen krátkodobě či nepravdělně), tak i z důvodů menší ochoty odpovídat. Snad také proto, že chtějí zachovat svoji motivaci nebo vůbec celou dobrovolnickou činnost ve skrytosti a dotazník (ať vyplňovaný, ať vedený jako rozhovor) byl chápán jako nepřijatelné pronikání do soukromí. Více než u jiných skupin zůstávalo mnoho otázek bez odpovědi.

---

<sup>124</sup>Srov. <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>

Přesto lze vyčíst, že ve zdravotnických zařízeních je asi dlouhodobější zkušenost s dobrovolnictvím, a proto také dobrovolníci vykazují delší průměrnou dobu činnosti (5,1 roků oproti 1,1 u sociálních zařízení).

Zaujal nás zvláštní případ dobrovolnické činnosti – canisterapie, kdy dobrovolnice prochází oddělení domova seniorů a vykazuje statisticky vysoký počet navštívených osob, ale v podstatě se jedná o mazlení s pejskem, což může mít na klienty velmi pozitivní vliv, zvláště pokud jim to připomíná dobu, kdy měli vlastního domácího mazlíčka.

Co se týče náplně činnosti dobrovolníků je zde pochopitelná velká rozmanitost, protože dobrovolník prostě dělá to, co ho samotného baví (nebo uspokojuje) a na co také stačí jeho vlastní síly. Mezi nejčastěji zmiňované činnosti patří rozhovor, doprovod při procházce (do zahrady), četba a různé drobné služby (např. nákup). Příprava dobrovolníků v sociálních zařízeních obvykle spočívá v proškolení od koordinátora. Ve zdravotnických zařízeních se kromě této skupiny dobrovolníků ještě připojuje dobrovolnictví na vyšší – profesionální úrovni: tomu odpovídá i vyšší věk osob, které tuto činnost vykonávají, a odbornější připravenost v podobě specializovaného kurzu nebo studia. i když to nebylo obsahem ankety, z rozhovoru s koordinátorem vyplynulo, že to jsou osoby zapojené do různých forem duchovní péče (modlitba, náboženské úkony), které tuto službu vykonávají nad rámec svého povolání, nebo v době odchodu do penze. Tomu odpovídá již zmíněný vyšší věk, větší počet dobrovolníků právě ve zdravotních zařízeních a pouze u nich uvedená motivace pro tuto dobrovolnickou činnost, která vychází z náboženského přesvědčení. V sociálních zařízeních byla zmiňována motivace: smysluplné využití volného času, touha pomáhat lidem, kde je toho potřeba a přání být pro jiné užitečný.

Vzhledem k výše uvedenému není žádným překvapením, že dobrovolníci uváděli vesměs svou službu jako potřebnou i přínosnou a do poznámky mnohdy uvedli i radost, jakou jim tato služba přináší.

### **3.3. Strukturovaný rozhovor**

U duchovního či pastoračního asistenta, jejichž služba se nám zdála být rozmanitější dle možností a zaměření domova, jsme se rozhodli pro strukturovaný rozhovor. V něm byla možnost více postihnout jednotlivé aktivity i specifika spirituální péče dané instituce. Takto jsme zjišťovali, jaký je v daném zařízení vytvořen prostor pro duchovní službu.



### 3.3.1. Rozhovor s duchovním

V sociálních i zdravotních zařízeních (pro obecné označení budeme nadále používat výraz „domov“), které byly ochotné se zapojit do širšího průzkumu, jsou pro duchovní službu využíváni duchovní (kněží, kazatelé či faráři) různých křesťanských církví, pro které nadále budeme používat jednotný výraz „kaplan“. Rozhovor s kaplanem byl veden předem připravenými otázkami. Jelikož však jeho možnosti, stejně jako i zázemí a podmínky v jednotlivých domovů, jsou velmi odlišné, odpovědi byly značně různorodé.

Ve strukturovaném rozhovoru s kaplanem, který zajišťuje duchovní službu v daném zařízení, jsme se zajímali o jeho rozsah přítomnosti v zařízení, v čem hlavně spočívá jeho práce, pravidelný duchovní program a náboženské úkony. Otázky se týkaly také počtu účastníků společného i individuálního programu a zda se ho účastní pouze praktikující věřící, nebo se zapojují také nepraktikující či přímo nevěřící. Zajímali jsme se, zda jsou v instituci do spirituální péče zapojeni ještě jiné osoby (pastorační asistenti nebo dobrovolníci) a pokud ano, pro jakou službu jsou využíváni a v jakém rozsahu.

### 3.3.2. Vyhodnocení rozhovoru

Při vyhodnocování budeme používat zkráceného označení pro domov „D“ s přiřazením číselného rozlišení jednotlivých zařízení, abychom tím zachovali anonymitu. Pro účel této služby budeme odlišovat *sociální zařízení* – čtyři domovy (D1–D4), která jsou v péči městských částí, a *církevní zařízení* – tři domovy (ať již sociálního či zdravotního charakteru, D5–D7), která jsou spravována buď přímo církevní organizací či s její spoluúčastí (hospic). Toto rozdělení není ani tolik kvůli srovnávání, ale spíše kvůli dosti odlišným podmínkám a možnostem, která v obou dvou skupinách vymezují vlastní působení.

Některé otázky bylo možné při vyhodnocování zpracovat statisticky v tabulce, avšak chtěli jsme zachovat ukázkou velmi rozdílné situace v různých zařízeních, proto je znázorněn nejdříve údaj z jednotlivých domovů a pak souhrn. Odpovědi na jiné otázky přinášejí spíše zajímavé informace o rozsahu služby kaplana v konkrétních domovech, které mohou být podnětné a inspirativní, avšak pro statistické vyhodnocení se nehodí.

### 1) Počet klientů v zařízení?

sociální zařízení	D1 - 220	D2 - 50	D3 - 180	D4 - 70	Průměr: 130
církevní zařízení	D5 - 33	D6 - 20	D7 - 85		Průměr: 46

tabulka č. 23: Počet klientů v jednotlivých domovech (D1–D7)

Jak nám tabulka ukazuje, v sociálních domovech je v průměru téměř trojnásobně vyšší počet klientů oproti církevním zařízení, která jsou koncipována v menší kapacitě.

### 2) Kdo zajišťuje duchovní službu?

	Kaplan	Pastorační asistent	Dobrovolník
sociální zařízení	100%	25%	25%
církevní zařízení	100%	100%	66%

tabulka č. 24: Kdo zajišťuje duchovní službu

Uvážíme-li, že sociální zařízení jsou zastoupeny čtyřmi domovy, pak nám tato tabulka ukazuje, že ve všech zařízeních figuruje pro duchovní službu kaplan a pouze v jednom zařízení je k dispozici také pastorační asistent a v jednom zařízení dochází i jiný duchovní coby dobrovolník. Naopak všechna církevní zařízení jsou zajištěna jak kaplanem a pastoračním asistentem, tak i ze dvou třetin ve službě pomáhají dobrovolníci se speciální způsobilostí.

Porovnáme-li údaje této a předchozí tabulky, pak nám vyplyne, že sociální domovy, kde je mnohem více klientů, jsou v duchovní službě zajištěny daleko menším počtem duchovních.

### 3) Jak často je přítomen duchovní týdně? (počítáno dnů/týden)

sociální zařízení	D1 - 6	D2 - 2,5	D3 - 1	D4 - 0,25	Průměr: 2 dny
církevní zařízení	D5 - 3,5	D6 - 2,5	D7 - 7		Průměr: 4,3 dnů

tabulka č. 25: přítomnost duchovního

Také údaje v této tabulce vypovídají o více jak dvojnásobné dostupnosti duchovního v církevních zařízeních, než je tomu v sociálních domovech, kde je situace

mezi jednotlivými zařízeními velmi rozdílná – od téměř každodenní účasti v D1 až po návštěvu 1x měsíčně v D4.

#### 4) Počet a složení účastníků (počítáno osob; Kapacita = počet lůžek v zařízení)

Kód	Pravidelně	Občas	Celkem	Praktikující	Nepraktikující	Noví	Kapacita	%
D1	20	16	36	15	15	10	220	16%
D2	6	15	21	6	4	1	50	40%
D3	15	13	28	10	8	2	180	16%
D4	16	4	20	16	0	4	70	30%
D5	5	2	7	5	2	0	33	20%
D6	6	3	9	4	2	3	20	45%
D7	12	4	16	12	3	1	85	20%

tabulka č. 26: Návštěvnost duchovního programu

Přestože jsme v předchozích tabulkách viděli velké rozdíly v nabídce a možnostech sociálních a církevních zařízení, údaje v této tabulce ukazují, že počet zájemců o duchovní program není tak odlišný, jak bychom z předchozích rozdílností mohli očekávat. Obě skupiny domovů (sociální i církevní) nám ukazují, že se účastní jak lidé věřící praktikující, tak se aspoň občas dostaví i nepraktikující/nevěřící. Potěšující je také údaj o zapojení nových zájemců, a to zvláště v domově D1, kde je číslo překvapivě vysoké.

sociální zařízení	D1 – 16%	D2 – 40%	D3 – 16%	D4 – 30%	Průměr: 25,5%
církevní zařízení	D5 – 20%	D6 – 45%	D7 – 20%		Průměr: 29%

tabulka č. 27: Účast v %

Při srovnávání procentuální účasti je návštěvnost na duchovním programu srovnatelná v sociálních i církevních domovech. Odlišnost však je v četnosti těchto příležitostí, jak nám ukázala tabulka 24.

## 5) Kým a kdy je spirituální péče klientovi nabídnuta?

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	%
Při vstupu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	100%
Průběžně	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano	86%
Osobně	Ano	Ano	Ne	Ne	Ano	Ano	Ano	71%

tabulka č. 28: Nabídka duchovního programu

Jak můžeme posoudit z této tabulky, nabídka duchovního programu je ve všech zařízeních velmi dobře zajištěna. Ve 100% je klient informován již při vstupu, v 86% je nabídka opakována buď vyvěšením na nástěnce, zprávou v místním zpravodaji, znovu připomenuta koordinátorem. V 71% je to také osobní oslovení či pozvání přímo od kaplana. Skutečnost vysoké informovanosti nám také potvrzují klienti (viz tab. č. 12).

## 6) Jak hodnotí péči duchovní?

Tato otázka byla ve svých odpovědích velmi variabilní, takže ji nelze statisticky vyhodnocovat. Přináší však zajímavé podněty o rozmanitosti služby. Všechny výpovědi se shodují v prospěšnosti i potřebnosti duchovní služby v daných zařízeních. Žádaný a často využívaný je osobní rozhovor, a to nejen věřícími, kdy témata přesahují čistě duchovní obsah, ale můžeme je zařadit do obecnější spirituální roviny (odpuštění, smíření a vyrovnání se životem apod.). Není však možné přesně odlišit, zda k těmto rozhovorům jsou vedeni potřebou řešit nějaké existenční otázky, nebo spíše touhou po společnosti, a tím nahrazují absenci sociálního kontaktu. Právě individuální rozhovor však je časově dosti náročný, a tak byla často zmiňována potřeba více kaplanů či pastoračních asistentů.

## 7) Jak jsou zapojeni dobrovolníci? 8) Jsou využíváni pro duchovní rozhovory?

Odpovědi na tyto otázky korelují s tím, co jsme již uvedli při vyhodnocování ankety dobrovolníků. Některé sociální domovy nemají v současné době dobrovolníky, nebo bychom jejich službu mohli zařadit spíše k asistenci či sociálnímu kontaktu. Jejich rozhovory s klienty nejsou nikým „kontrolovány“ a tak témata mohou být rozličná. a priori však nejsou k tomu určeni. Ve dvou sociálních domovech jsou coby

dobrovolníci zvaní kněží z jiné církve ať již k duchovním obřadům či přednáškám a pohovorům, kde se dá duchovní rozhovor předpokládat.

V církevních institucích často figurují kněží i zasvěcené osoby v různém rozsahu jako dobrovolníci k výpomoci při duchovní službě. Zde se naopak duchovní rozhovor předpokládá, bývá také hlavní nebo častou náplní jejich práce.

#### 9) Jiné možnosti spirituální péče:

	Koncerty	Výstavy	Přednášky	arteterapie
sociální zařízení	100%	75%	100%	50%
církevní zařízení	100%	66%	100%	66%

tabulka č. 29: Jiná spirituální péče

Podle této tabulky vidíme, že ve všech zařízeních je kvalitně postaráno o celkovou spirituální péči širokou nabídkou dalších aktivit. Záleží tedy hlavně na klientovi, čeho a v jakém rozsahu se bude chtít účastnit. Omezující může být jeho zdravotní stav, ale jak nám bylo potvrzeno, zaměstnanci se snaží řešit většinu bariér tak, aby byly akce dostupné každému, kdo o ně projeví zájem.

#### 10) Je k dispozici knihovna, možnost i duchovní literatury?

	Knihovna	Duchovní literatura
sociální zařízení	100 %	75 %
církevní zařízení	100 %	100 %

tabulka č. 30: Knihovna a možnost duchovní literatury

Ve všech zařízeních je klientům k dispozici knihovna. Protože obvykle bývá volně přístupná, její používání nelze přesně určit. Podle odhadu duchovních není seniory kvůli špatnému zraku příliš využívána. Kromě jednoho zařízení je všude též dostupná duchovní literatura.

## 4. Vyhodnocení situace

Výsledky průzkumu můžeme rozdělit do tří kategorií:

a) Zařízení, kde nebyla ochota ke spolupráci a nebyly získány k dané otázce žádné informace.

b) Zařízení, kde byly podány základní informace skrze telefonický rozhovor nebo elektronicky zaslány.

c) Zařízení, kde proběhl širší průzkum. Zde jsme k závěrům dospěli na základě analýzy anket od seniorů, zaměstnanců, dobrovolníků a pomocí strukturovaného rozhovoru s duchovními.

Do kategorie a) patří celkem osm zařízení. Pro nedostupnost objektivních dat nemůžeme zhodnotit, zda a případně jakým způsobem je v nich spirituální péče uskutečňována. Můžeme se pouze dohadovat, proč nebylo žádosti vyhověno.

Do kategorie b) patří šest zařízení, kde byly získány základní informace bez následného širšího průzkumu, probíhají různé kulturní akce, přednášky a aktivizační činnosti pro klienty. Duchovní péče byla uváděna ve formě návštěvy externího duchovního, který do zařízení dochází. Tři zařízení zmiňovala přítomnost kaple, v ostatních není vyhrazen prostor výlučně pro náboženské úkony. Obvykle setkání probíhají v uzpůsobené jídelně, klubovně či společenské místnosti. Četnost návštěv duchovního se pohybuje od 1x–4x do měsíce, v jednom zařízení pouze nepravidelně dle domluvy nebo na vyžádání klienta. Podle sdělení klíčového pracovníka obvyklý program spočívá ve skupinové bohoslužbě (někde se pravidelně lichý a sudý týden střídá katolický a ekumenický obřad) a individuální návštěvy u seniora (pro zájemce). V některých zařízeních je v případě vážného zhoršení zdravotního stavu klienta, který byl aktivně věřící či o to předem požádal, volán kněz či jiný duchovní ke svátostným úkonům. V těchto domovech se nám jeví spirituální péče zahrnutá coby součást celkového přístupu k seniorům. O jejím využití či vlivu na klienty nemůže více sdělit.

Do kategorie c) patří sedm zařízení, kde proběhl průzkum v uvedeném rozsahu. Jeho vyhodnocením se budeme věnovat v následující kapitole.

#### **4.1. Porovnání reality s holistickým ideálem**

Ve všech sedmi domovech, kde probíhal průzkum, je pestrá nabídka kulturních a aktivizačních programů. Seniorům jsou nabízeny různé činnosti pro smysluplné využití volného času jako arteterapie, přednášky, trénink paměti, vaření a pečení, společenské hry apod. Příležitostně jsou v sociálních domovech organizovány výlety, ve zdravotních zařízeních vycházka nebo odvoz do zahrady tam, kde to ještě zdravotní stav klienta umožňuje. Můžeme říci, že všude jsme našli dobré společenské, kulturní i spirituální zázemí.

Rozsah čistě duchovní péče vidíme úzce souviset s časovými možnostmi duchovního. Tam, kde je v zařízení přítomen (byť i na zkrácený úvazek) kaplan, je jeho služba přijímána a využívána i nevěřícími či nepraktikujícími klienty. Může se zaměřit kromě skupinových setkání i na individuální rozhovor nebo návštěvu. Dává mu více prostoru k oslovování také ostatních klientů, kteří se duchovního programu neúčastní, nebo se jen zřídka připojí pasívní účastí. Úměrně s nižším počtem přítomnosti duchovního v zařízení, kam dochází pouze jako externí pracovník, jsou možnosti jeho služby menší. Vlastní působení je více zaměřeno na práci ve skupině, obvykle ve smyslu sloužení obřadů nebo společné četbě z Písma či jiné duchovní literatury, případně společné rozhovory s duchovním obsahem. V jednom domově seniorů jsou křesťanské obřady slouženy pouze o Vánocích a Velikonocích, jinak jsou nepravidelně organizovány přednášky s duchovní tematikou. Individuální návštěvy a rozhovory probíhají u lidí, kteří o to projeví zájem, nebo se přímo prezentovali jako věřící a z vážného důvodu se nemohou účastnit společného setkání. Obvykle nezbyvá prostor pro obecnou pastorační práci. I tak klienti ve svých odpovědích na anketu z těchto zařízení vyjadřují spokojenost a péči hodnotí pozitivně. V sedmi zařízeních, kde probíhal průzkum, se nám péče o seniory jeví holisticky zaměřená na přístup, který zohledňuje také duchovní potřeby, nakolik to jen podmínky umožňují.

#### **4.2. Bariéry duchovní péče – zvážení důvodů**

Z odpovědí zaměstnanců i klientů vidíme velmi příznivé hodnocení duchovní péče. Zaměstnanci uvádějí pozitivní působení této péče na klienty ve smyslu vyrovnanosti, smíření, vnitřního klidu, zájmu o člověka a podpory jeho hodnot. Také klienti svou účastí na duchovních akcích, která vychází v průměru na 27%, vyjadřují zájem o tyto hodnoty. Z toho vyvozujeme, že jak od seniorů, tak zaměstnanců má duchovní služba velkou podporu.

Přesto vidíme značné rozdílnosti v četnosti a dostupnosti duchovní péče mezi jednotlivými zařízeními. Usuzujeme, že možným důvodem je nedostatek duchovních – kaplanů, kteří by se mohli věnovat této službě ve větším rozsahu. Jak si můžeme všimnout v tabulkách č.23 a č.24, v církevních zařízeních (jak jsou specifikována v kapitole 3.3.2.) je dostupnost duchovních (ať již jako kaplanů či pastoračních asistentů působících často v roli dobrovolníků) více jak dvojnásobná, ačkoli průměrný počet klientů je v těchto zařízeních třetinový (viz tab. č. 22).

Domníváme se, že dalším z možných důvodů je finanční otázka. Do třech z pěti necírkevních domovů dochází kaplan jako externí zaměstnanec, který tuto službu má zahrnutou v rámci pastorační služby ve své farnosti. Ačkoli tuto hypotézu nemáme potvrzenou, pravděpodobně by pro daná sociální zařízení bylo finančně těžko zajistitelné trvalé zaměstnání kaplana, byť jen na částečný úvazek. V tomto ohledu se nám jako velmi kreativní jeví řešení situace z jednoho domova seniorů, kde je povolání kaplana zahrnuto pod aktivizačního pracovníka, a tím umožněna jeho každodenní přítomnost a lepší dostupnost. Během průzkumu, který trval přes rok, jsme si mohli všimnout pozitivní změny situace v jednom domově, kde se během toho času podařilo zajistit místo kaplana na poloviční úvazek.

Šikovné řešení finančních těžkostí spatřujeme také v církevních zařízeních, kde jsou do služby hojně zapojováni dobrovolníci, nebo v nich panuje dobrá spolupráce mezi různými křesťanskými církvemi, které se spolupodílí na péči o klienty.

Mezi další bariéry, které mohou mít vliv na účast při duchovním programu, nepochybně patří zhoršená mobilita seniora. Ve všech zařízeních byla potvrzena pomoc personálu při doprovodu či odvozu seniorů na společné duchovní setkání ať již do kaple či jině k tomuto účelu určené místnosti. K tomu však je nutný předpoklad alespoň částečné fyzické zdatnosti – být tohoto přesunu schopen. V jednom církevním zařízení je tato bariéra odstraněna pomocí zavedení televizorů na pokoje, kde je možné sledovat duchovní či kulturní program zprostředkovaně z místního kostela či veřejných televizních programů.



## Závěr

Cílem této práce bylo přiblížit potřebnost, ideál a realitu spirituální péče o seniory v sociálních zařízeních v Praze. Na základě odborné literatury se podařilo ukázat, že spirituální péče není jen jakási „nadstavba“ péče o seniory, ale skutečně základní rozměr péče, pro kterou se v odborné literatuře používá termín „holistický přístup“.

Realizace ankety narazila na základní problém spojený s udělením souhlasu, který vedení domovů pro seniory poskytlo k provedení výzkumu mezi zaměstnanci, klienty, duchovními a případně existujícími dobrovolníky. Podle reakce lze jednotlivá zařízení rozdělit na zařízení, kde nebyla ochota ke spolupráci a nebyly získány k dané otázce žádné informace; domovy, kde byly podány základní informace skrze telefonický rozhovor nebo elektronicky zaslány a zařízení, kde proběhl širší průzkum.

V osmi zařízeních, kde nebylo vyhověno naší žádosti, nemůžeme pro neexistenci objektivních dat zhodnotit ani dostupnost ani kvalitu spirituální péče, přestože máme důvod se domnívat, že tam nějaká spirituální péče probíhá nebo alespoň někdy probíhala (např. ze svědectví konkrétních osob je zřejmé, že někde probíhala pravidelná návštěva jáhna). Můžeme se pouze dohadovat, proč nebylo žádosti vyhověno – jako odpověď se nabízí velká vytíženost zaměstnanců, nebo nezáměr či podceňování spirituální péče ze strany vedení domova.

Další kategorii tvoří šest zařízení, kde jsme získali základní informace bez následného širšího průzkumu. Přesto se z dostupných informací jeví spirituální péče v těchto domovech přítomna a zahrnuje coby součást holistického přístupu k seniorům. Probíhají zde kulturní, vzdělávací a společenské akce, a často také pravidelný duchovní program. Četnost návštěv duchovního v zařízení se pohybuje 2x-4x do měsíce.

Do poslední kategorie spadá sedm zařízení, kde průzkum proběhl. V těchto domovech je široká nabídka kulturních, vzdělávacích a společenských programů: seniorům jsou nabízeny činnosti pro smysluplné využití volného času jako arteterapie, trénink paměti, společenské hry apod. Duchovní péče je uskutečňována v různém rozsahu – od návštěvy jednou měsíčně až po šestkrát týdně (sociální domovy), či 2,5 dne týdně po každodenní přítomnost (zdravotní zařízení). Uvedené skutečnosti se nám jeví v souladu s holistickým přístupem.

Počet zařízení, ze kterých můžeme na základě ankety vyvozovat nějaké závěry, je tedy velmi omezen. V žádném případě se nejednalo o nějaký reprezentativní vzorek, který by byl potřebný pro kvalitní kvantitativní průzkum. Protože obava z této možnosti

byla již před započítáním práce, byla zvolena pouze anketa, která se ukázala jako dobrý nástroj: dovoluje alespoň nějaké srovnání a porovnání s požadavky na holistický přístup. Výsledky této ankety bychom mohli pojímat jako základ pro přípravu většího výzkumu v těchto zařízeních – ať kvalitativního, ať kvantitativního.

Výhodou ankety byla možnost otevřených otázek, které dovolovaly zvláště seniorům vyjádřit svůj postoj: vždyť právě jim je péče určena (a to i spirituální) a pro ně má být důležitým přínosem či pomocí v jejich stáří. Ve svých odpovědích vyjadřovali, nakolik se cítí v duchovních potřebách respektováni a zda mají možnost je uskutečňovat v rozsahu, jak by si přáli, nebo zdali v této oblasti něco důležitého postrádají.

Při vyhodnocování ankety seniorů bylo překvapivé vysoké procento klientů, kteří uvedli využívání duchovní péče. V sociálních domovech je více za důvod uvedena víra či tradice, k tomu téměř třetina klientů zmiňuje, že jim z duchovní oblasti v zařízení něco chybí. Ve zdravotních zařízeních převládá v důvodu využívání duchovní péče užitek a prospěšnost.

Z odpovědí zaměstnanců nás překvapilo ve zdravotnických zařízeních vysoké procento duchovních dotazů, se kterými se na ně obracejí klienti: vcelku je to dvakrát častěji než v sociálních domovech. Tím se potvrdila domněnka, že zhoršený zdravotní stav či nemoc spějící k terminálnímu stádiu, může akcentovat či jinak ovlivnit duchovní potřeby a řešení spirituálních témat. Četnost i témata spirituálních dotazů se jeví jako výzva, aby pracovníci, kteří se seniory pravidelně pracují, také byli připraveni a vzdělávání v dané tematice.

Z průzkumu vyplývá, že ač je legislativou daná podpora spirituální péči, ještě není možné ji všude v praxi zcela naplnit. Zájem klientů, stejně jako postoj většiny zaměstnanců, vykazují pro spirituální péče příznivé podmínky, uskutečňování však bývá v různých zařízeních velmi odlišné jak do četnosti, tak i rozsahu. Při porovnání je méně dostupná v sociálních domovech seniorů oproti zdravotním zařízením. Možnou příčinu lze spatřit v nedostatku duchovních, kteří by se mohli zcela nebo částečným úvazkem věnovat této službě. Další úskalí představuje finanční otázka, která by eventuální zaměstnání vlastního nemocničního kaplana znamenala novou zátěž.

Jestliže na počátku této práce zněla otázka, zda prodloužení střední délky života přináší i spokojený a klidný život seniorů v domovech sociální péče pro ně určených se zajištěním péče o všechny potřeby (holistický přístup), zdá se, že v mnoha zařízeních pro seniory v Praze, by byla odpověď kladná: že taková péče existuje nebo se o ni zaměstnanci alespoň snaží. Proto by vedení do vzdělávacích programů zaměstnanců

mělo zahrnout také zaměření na spirituální potřeby, jejich rozpoznávání a vhodné reagování při práci se seniory, eventuálně se pokusit zajistit častější pravidelnou přítomnost kaplana či spirituálního asistenta.

Církev a náboženské společnosti by mohli rozšířit svoji nabídku a činnost pro seniory zapojením a vyškolením více dobrovolníků ať již z řad zasvěcených osob či proškolených laiků, kteří vykazují velmi dobrou službu v církevních zařízeních (viz výsledky průzkum), ale měly by se věnovat také necírkevním domovům, pro které může být zajištění odpovídající duchovní péče velmi nesnadné. Jako důležité považují zlepšení komunikace a spolupráce mezi jednotlivými křesťanskými církvemi.

Vlastní téma spirituální péče o seniory se mi jeví natolik závažné a potřebné, že bych si přála pokračovat ve výzkumu, který by se mohl více věnovat konkrétním domovům a zohlednil vyjádřená přání či podněty klientů i zaměstnanců.

## **Seznam použitých zkratek**

Tato práce nezavádí žádné zkratky nad rámec běžně používaných zkratek v českém jazyce.

## Seznam literatury

BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001.

CIESLAROVÁ, Anna a Radka BUŽGOVÁ. Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči. *Ošetrovatel'stvo*. 2014, **4**(2), s. 50-57.

Český statistický úřad: *Seniori* [online]. 2019 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>.

DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Přeložil Karel BALCAR. Praha: Portál, 2008.

FRANKL, Victor Emanuel. *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006.

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996.

GRÜN, Anselm. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009.

GRÜN, Anselm. *Smrt není konec*. Praha: Paulínky, 2010.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004.

KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006.

KALVÍNSKÁ, Eva. Poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. *Praktický lékař*. 2008, **88**(12), s. 722–724.

Katechismus katolické církve. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002.

KRŠIAK, M. Spirituální jevy vyskytující se u každého člověka a zdraví. *Časopis Lékařů českých*. 2008, **147**(3), s. 148-154.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada).

KUBALČÍKOVÁ, K. a J. HAVLÍKOVÁ. *Demografické souvislosti*. In Kubalčíková, K. a kol. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*, Brno: Masarykova univerzita, 2015.

KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015.

KÜNG, HANS. *V co věřím*. Praha: Vyšehrad, 2012.

MAŠÁT, Vladimír. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, **2**(3), s. 103-104.

Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. 2017 [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zverejnilo-metodicky-pokyn-pro-duchovni-peci-v-nemocnicich\\_13684\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zverejnilo-metodicky-pokyn-pro-duchovni-peci-v-nemocnicich_13684_1.html).

NOVOTNÁ, Helena a Miroslav KALA. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2015, **8**(1), 23-25.

ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, **11**(3), s. 127-129.

OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017.

PETROVÁ, A. *K problematice psychologie existence*. Olomouc: Votobia, 2017.

RATISLAVOVÁ, Kateřina a Monika BEDNÁŘOVÁ. Psychosomatika, holistický přístup a ošetrovatelská praxe. *Ošetrovatelské perspektivy*. 2018, **1**(1), 89-95.

ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007.

SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012.

SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012.

ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Deník staré paní*. Praha: Kalich, 2003.

VÁCHA, Marek Orko. *Tančící skály: o vývoji života na Zemi, o člověku a o Bohu*. Brno: Cesta, 2003.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*, Praha: Karolinum, 2004.

Věstník MZ ČR, částka č. 4/2017, s. 2.

WEBER, P. et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru ambulanci*. Brno: IDVPZ, 2000.

Zákon 3/2002 Sb. § 2 odst. 1.

Zákon 372/2011 Sb., § 28, odst. 3, písm. j).

# Přílohy

## Seznam tabulek:

tabulka č. 1: délka pracovního poměru.....	45
tabulka č. 2: motivace .....	46
tabulka č. 3: přítomnost dotazu.....	46
tabulka č. 4: specifikace duchovního dotazu.....	46
tabulka č. 5: téma duchovního dotazu.....	47
tabulka č. 6: ochota k rozhovoru.....	47
tabulka č. 7: hodnocení duchovní péče.....	48
tabulka č. 8: specifikace prospěšnosti péče.....	48
tabulka č. 9: přínos duchovní péče.....	49
tabulka č. 10: návrh na rozvoj duchovní péče.....	49
tabulka č. 11: poznámka k duchovní péči.....	50
tabulka č. 12: délka pobytu v zařízení.....	50
tabulka č. 13: povědomí o nabídce duchovní péče.....	51
tabulka č. 14: využití duchovní péče.....	51
tabulka č. 15: důvody využití duchovní péče.....	51
tabulka č. 16: frekvence účasti na kulturním programu.....	52
tabulka č. 17: frekvence účasti na duchovním programu.....	52
tabulka č. 18: přání větší četnosti duchovní péče.....	53
tabulka č. 19: žádaná osoba pro duchovní rozhovory.....	53
tabulka č. 20: nedostatky v duchovní péči.....	54
tabulka č. 21: hodnocení duchovní péče.....	54
tabulka č. 22: hodnocení vlastní religiozity.....	55
tabulka č. 23: Počet klientů v jednotlivých domovech (D1–D7) .....	58
tabulka č. 24: Kdo zajišťuje duchovní službu.....	58
tabulka č. 25: přítomnost duchovního.....	58
tabulka č. 26: Návštěvnost duchovního programu.....	59
tabulka č. 27: Účast v %.....	59
tabulka č. 28: Nabídka duchovního programu.....	60
tabulka č. 29: Jiná spirituální péče.....	61
tabulka č. 30: Knihovna a možnost duchovní literatury.....	61

