

DUŠEVNĚ DUCHOVNÍ TÉMATA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Bakalářská práce

NATALIYA HUDOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce PhDr. Eva Kymrová

Stupeň klasifikace: Bakalář
Datum předložení: 2011-03-31
Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis

ABSTRAKT

HUDOVÁ, Nataliya. *Duševně duchovní témata v ošetrovatelském procesu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce PhDr. Eva Kymrová, Praha. 2011. s. 59.

Bakalářská práce je zaměřena na témata duševně duchovních hodnot člověka a jeho duchovních potřeb v ošetrovatelském procesu.

Cílem práce bylo zjistit jaký význam přikládají respondenti duchovním potřebám pacientů, jak je zdravotnický personál schopen na téma duchovních potřeb komunikovat s pacienty a saturovat je, zda se sestry vzdělávají a cítí potřebu dále se vzdělávat v oblasti duchovních témat.

Teoretická část nabízí holistické přístupy a možnosti saturace duchovních potřeb. Praktická část porovnává postoje a názory sester k duchovním potřebám pacientů a jejich orientaci v této problematice. Metodou, vedoucí ke zjištění údajů, byl dotazníkový průzkum ve standardních odděleních nemocnic a v hospici. Dotazník byl koncipován jako zjednodušený test názorů, postojů a mínění zdravotnického personálu na duchovní témata a byl distribuován v počtu šedesáti kusů. Shromážděné dotazníky byly vyhodnoceny a výsledky zpracovány do tabulek a grafů. Bylo tak možné zjistit a porovnat konkrétní fakta, která byla podkladem pro závěrečnou část práce, která výsledky průzkumu vyhodnocuje. Zjištěné výsledky se shodují s předem stanovenými hypotézami. Potvrzeno tedy bylo, že kompetentnost zdravotnického personálu v oblasti duševně duchovních témat a jejich schopnost saturovat tyto potřeby není vysoká. Na základě zjištěných faktů jsem se pokusila navrhnout opatření, která povedou (mohla by vést) ke zlepšení situace v dané oblasti.

Klíčová slova: Duchovní potřeby. Holistický přístup. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

HUDOVÁ, Nataliya. Psycho-spiritual Issues in Nursing Process. Nursing College, o.p.s., degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Eva Kymrová, Praha. 2011. p. 59.

My bachelor thesis points to the topic about psycho-spiritual values of the human and his spiritual needs in the nursing process.

The purpose of the bachelor thesis is to find out: whether the respondents attach importance to patient's spiritual needs, whether health personal are able to communicate with the patients and meet spiritual needs, whether it's necessary for the nurses to study spiritual issues.

The theoretical part contains holistic approaches and the options how to saturate spiritual needs. The practical part is a comparison between nurse's attitudes and opinions to patient's spiritual needs and their orientation of this issue. The method led to find out the data by means of questionnaire in the hospital wards and hospice. The questionnaire was designed as a simple test focusing on attitudes and opinions of health personnel. The gathered questionnaire was evaluated and the outcomes were processed into record tables and graphs. By means of the record tables and graphs it was possible to compare the particular fact which was the data for the final part of the thesis and there was the evaluation of the research. The outcomes were met to prior designed hypothesis. It was confirmed that competence of health personnel and their saturation is not good in this region of psych-spiritual issues. On the basis of finding data I tried to suggest that it improved the situation in the given region.

Key words: Spiritual Needs. Holistic Approach. Nursing Process

PŘEDMLUVA

Vyhledávání a uspokojování duchovních potřeb nemocných je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče o nemocné.

Tato práce vznikla s cílem zaměřit se na význam saturace duchovních potřeb pacientů, které jsou ještě v našem zdravotnictví stále v pozadí pozornosti. Přístup k duši a duchu člověka a duchovním potřebám pacientů umístěných ve zdravotnických zařízeních, zaznamenává však v současné době vyšší pozornost a oživení v podobě nově vznikajících světových asociací, kvalitativně i kvantitativně strukturující se vydavatelské činnosti, i ve zvýšeném počtu uskutečňovaných odborně vzdělávacích akcí a mezinárodních konferencí s tímto obsahem. .

Výběr tématu byl ovlivněn mým studiem oboru všeobecná sestra, inspirací odbornou literaturou s touto tematikou, vlastním pozorováním při odborné praxi ve zdravotnických zařízeních během studia a tím, že jako věřící člověk jsem, ve své dočasné roli pacientky, pocítovala nedostačující zájem zdravotnického personálu o duchovní stránku a potřeby nejen mé, ale i ostatních pacientů. Informačními prameny mé práce byly různé tištěné i netištěné zdroje.

Práce je určena studentům zdravotnických škol i zdravotnickému personálu z praxe. Přála bych si, aby přispěla k osobnímu zamyšlení a stala se inspirací k dalšímu studiu a zkoumání duševně duchovních témat a jejich praktické profesní a osobní realizaci. Výsledky průzkumu jsou i vhodným podnětem k zamyšlení nad efektivitou vzdělání zdravotnického personálu a především nezbytností celoživotního vzdělávání v této oblasti.

Jsem vděčna za podporu a důvěru lidí, kteří mě svým bezpodmínečným přijetím a empatickým nasloucháním obohatili a inspirovali. Poděkování patří vedoucí bakalářské práce, PhDr. Evě Kymrové, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

Schválení tématu BP /před Prohlášení/ !!!

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 12 |
| 1 DUŠEVNĚ DUCHOVNÍ HODNOTY ČLOVĚKA..... | 12 |
| 2 HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 14 |
| 2.1 Pohled na člověka podle Thomase Moora..... | 15 |
| 2.2 Přístup zaměřený na klienta dle Carla Rogerse..... | 16 |
| 2.3 Hierarchie potřeb podle Maslowa..... | 18 |
| 3 DUCHOVNÍ POTŘEBY V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU..... | 20 |
| 3.1 Ošetřovatelská diagnóza – Duchovní tíseň..... | 21 |
| 4 „DUŠE“ ZDRAVOTNICTVÍ..... | 23 |
| 4.1 „Uzdravující“ prostředí..... | 23 |
| 4.2 „Uzdravující“ lidé..... | 24 |
| PRAKTICKÁ ČÁST..... | 26 |
| 5 VYTYČENÍ PRŮZKUMNÉHO PROBLÉMU, CÍLŮ, HYPOTÉZ..... | 26 |
| 6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ..... | 29 |
| 6.1 Všeobecné údaje o respondentech..... | 29 |
| 6.2 Názory, postoje a mínění respondentů..... | 34 |
| 6.3 Závěr šetření..... | 47 |
| 7 DISKUSE..... | 52 |
| 7.1 Doporučení pro praxi..... | 54 |
| ZÁVĚR..... | 56 |
| SEZNÁM POUŽITÉ LITERATURY..... | 57 |
| PŘÍLOHY | |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 Pracovní zařazení respondentů..... | 29 |
| Tabulka 2 Věk respondentů..... | 30 |
| Tabulka 3 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví..... | 31 |
| Tabulka 4 Funkční zařazení respondentů..... | 32 |
| Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů..... | 33 |
| Tabulka 6 Fáze hospitalizace při zjišťování duchovních potřeb pacientů..... | 34 |
| Tabulka 7 Pořadí duchovních potřeb dle respondentů..... | 35 |
| Tabulka 8 Názor respondentů na existenci duchovních potřeb u všech lidí..... | 36 |
| Tabulka 9 Názor respondentů na přítomnost duchovních potřeb během života..... | 37 |
| Tabulka 10 Názor respondentů na důležitost zjišťovat duchovní potřeby..... | 38 |
| Tabulka 11 Názor respondentů na vlastní schopnost zjišťovat duchovní potřeby..... | 39 |
| Tabulka 12 Osobní problémy respondentů při zjišťování duchovních potřeb..... | 40 |
| Tabulka 13 Názor respondentů na vhodnou dobu k rozhovoru..... | 41 |
| Tabulka 14 Názor respondentů na potřebu dále se vzdělávat..... | 42 |
| Tabulka 15 Názor respondentů na pořadí profesí, na které se obracejí pacienti..... | 43 |
| Tabulka 16 Názor respondentů na ovlivňování zdraví/nemoci duchovními potřebami..... | 44 |
| Tabulka 17 Názor respondentů na dostatečnost uspokojování duchovních potřeb..... | 45 |
| Tabulka 18 Účast respondentů na vzdělávacích..... | 46 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1 Pracovní zařazení respondentů..... | 29 |
| Graf 2 Věk respondentů..... | 30 |
| Graf 3 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví..... | 31 |
| Graf 4 Funkční zařazení respondentů..... | 32 |
| Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů..... | 33 |
| Graf 6 Fáze hospitalizace při zjišťování duchovních potřeb pacientů..... | 34 |
| Graf 7 Pořadí duchovních potřeb dle respondentů..... | 35 |
| Graf 8 Názor respondentů na existenci duchovních potřeb u všech lidí..... | 36 |
| Graf 9 Názor respondentů na přítomnost duchovních potřeb během života..... | 37 |
| Graf 10 Názor respondentů na důležitost zjišťovat duchovní potřeby..... | 38 |
| Graf 11 Názor respondentů na vlastní schopnost zjišťovat duchovní potřeby..... | 39 |
| Graf 12 Osobní problémy respondentů při zjišťování duchovních potřeb..... | 40 |
| Graf 13 Názor respondentů na vhodnou dobu k rozhovoru..... | 41 |
| Graf 14 Názor respondentů na potřebu dále se vzdělávat..... | 42 |
| Graf 15 Názor respondentů na pořadí profesí, na které se obracejí pacienti..... | 43 |
| Graf 16 Názor respondentů na ovlivňování zdraví/nemoci duchovními potřebami..... | 44 |
| Graf 17 Názor respondentů na dostatečnost uspokojování duchovních potřeb..... | 45 |
| Graf 18 Účast respondentů na vzdělávacích..... | 46 |

ÚVOD

Tato práce předkládá názory, postoje a mínění zdravotnického personálu na duchovní hodnoty a potřeby pacientů. Je to téma, o kterém se teoreticky mluví a píše, ale současně stále zůstává problémem, který zdravotnický personál ne vždy vidí jako prioritní a často si s ním ani neví rady.

Spirituální neboli duchovní potřeby mají lidé po celý život (potřeba lásky, víry, naděje, potřeba smyslu života, bezpečí a jistoty apod.). V určitých životních situacích však vystupují více do popředí. Jsou to situace prožívání bolesti, ztráty, utrpení, vážné nemoci. Právě v těchto mezních okamžicích je nejbližší pacientovi zdravotnický personál. Je to sestra, která s ním tráví nejvíce času během jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení. Cílem moderního ošetrovatelství je uplatňovat holistický pohled na nemocného člověka. Znamená to, že vyhledávání a následné uspokojování duchovních potřeb je nezbytnou součástí pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče o pacienty. Proto je nutné, aby si zdravotnický personál v této oblasti prohluboval své znalosti a teoretické vědomosti uplatňoval v praxi.

Dlouhá léta jsme duchovní dimenzi nemocných tabuizovali a spojovali ji pouze s příslušností k nějakému náboženství nebo církvi. Možná bude stejně dlouhou dobu trvat, než bude pro všechny pracovníky ve zdravotnictví zase zcela přirozené zabývat se těmito otázkami natolik, aby dosáhli vysoké urovně (SVATOŠOVÁ, 2003).

Cílem této práce je zjistit a porovnat, v závislosti na typu zdravotnického pracoviště, jaký význam zdravotnický personál přikládá duchovním tématům a potřebám pacientů, jaké jsou postoje a názory zdravotnického personálu na saturaci a zda se zdravotnický personál vzdělává a cítí potřebu dále se vzdělávat v oblasti duchovních témat.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část pojednává o holistických přístupech k ošetřování nemocných. Jsou zde zmíněny duchovní potřeby a možnosti saturace v našem zdravotnictví.

Praktická část se zabývá průzkumem subjektivních postojů a názorů zdravotnického personálu

v oblasti duchovních potřeb pacientů a jejich saturaci. Výsledky jsou statisticky

vyhodnoceny a prezentovány společně s příslušným komentářem.

Ráda bych svým osobním přístupem i touto prací přispěla k tomu, aby se duševně duchovní potřeby pacientů staly pro zdravotnický personál stejně důležité jako potřeby biologické, psychické a sociální.

„Byl nám svěřen nesmírný dar: láska, víra, naděje. Za uchování a rozvíjení tohoto daru jsme odpovědni. Služba, čerpající z těchto darů, je nutná, nezastupitelná. Naše věrnost v této službě – z hlediska „logiky tohoto světa“ donkichotská a pošetilá – může být oním divem, který dalším otevře oči a tuto logiku naruší. Berme tento úkol vážně.“
(HALÍK, 2005).

TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNĚ DUCHOVNÍ HODNOTY ČLOVĚKA

Člověk je bytost inteligentní, má své životní hodnoty, hodnotové měřítko. Hodnotový systém člověka ovlivňují: věk, pohlaví, vzdělání, profese, politická příslušnost, národnost, náboženství atd. Vnímáme a poznáváme, přemýšlíme, rozlišujeme, prožíváme a jednáme ... svou duší a duchem.

Témata, která souvisejí s duchem a duší člověka přetrvávají věky. Jejich věčná a neměnná podstata totiž způsobuje, že se s duchem a duší setkáváme po celou dobu existence lidstva a máme k dispozici nepřeborné množství jejich výkladů.

Co je duše?

Duše má u Sokrata svůj specifický charakter. Je onou zvláštní silou v nás, která nám dává rozhodovat o sobě samém a tím nás odlišuje od všeho ostatního.

Platón zachycuje duši jako něco, co v člověku trvá, co způsobuje jeho veškerý pohyb, co je tedy příčinou všech životních projevů i života samého.

Duše podle Aristotela je princip, který může oživovat hmotu, čili dávat jí život. Duše je to, co dělá člověka (nebo nějakou věc) přesně tím, čím je. Duše je jádrem naší lidskosti a jedinečnosti, našich citů a vzpomínek, našich obav a tužeb.

Hebrejské myšlení nerozděluje člověka na tělo a duši. Duše (nefeš.) - označuje nedělitelný, integrovaný celek, celého člověka, živou bytost se všemi jejími projevy. Člověk je psychosomatická (tělesnoduševní) jednota. V dnešním chápání by mohla být duše ekvivalentem pojmu osobnost člověka, integrované „já“.

Duševní (mental, psychic; seelisch, psychisch) hodnoty vycházejí z osobnosti člověka, jsou to priority integrovaného „já“.

Co je duch?

Původ slova duch ve většině jazyků naznačuje souvislost s dechem a dýcháním jako s principem života, na rozdíl od mrtvé hmoty (látky, země, těla), např. hebrejské ruah; řecké pneuma; latinské spiritus; angl. spirit, mind, intellect; něm. Geist.

V Hegelově filozofii je duch - pravda přírody - nejprve subjektivní (ve vědomí a individuálních psychických skutečnostech), potom objektivní (v morálce a právu) a nakonec se stává absolutním skrze umění, náboženství a filozofii. Tento postupný

rozvoj oživuje dějiny a umožňuje jejich pochopení (DUROZOI, 2000).

Duch je onen transcending element v každém člověku, který usiluje o lepší život, větší porozumění nebo více inspirující pohled. Duch je zodpovědný za náboženství, meditaci, vzdělání a za ten druh tvořivosti, který nas posunuje do lepší budoucnosti (MOORE, 2010).

Každý pacient má svou vlastní, zcela konkrétní tělesnou, psychickou a duchovní dimenzi osobnosti. U někoho, duchovní dimenze nabývá určité „typické“ formy - náboženství. V řadě experimentálních prací se ukazuje, že stav duchovní dimenze má na celkovém zdravotním stavu pacienta a na jeho uzdravení, významný podíl (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Za duchovní - (spiritual, geistig, spirituell) hodnoty považujeme ty, které se týkají niterné dimenze člověka a mají pro něho podstatný význam, souvisejí s jeho nejhlubšími životními jistotami a netkví svou podstatou jen v tom, co tvoří, opatřuje si a konstruuje. Jinak řečeno, jsou to hodnoty, které jsou člověku blízké a vzácné a které překračují horizont jeho života (OPATRŇÝ, 2010).

Lidské hodnoty dle jednotlivých kategorií:

- Fyzické hodnoty: řád, hygiena, elegance, obratnost, rovnováha, správná míra.
- Vitální hodnoty: čilost, zdraví, tvůrčí energie, schopnost vynaložit úsilí.
- Citové hodnoty: štěstí, empatie, zdvořilost, důvěra, umírněnost, vděčnost, dobrá nálada, nadšení, láska, přirozenost, optimizmus, trpělivost, radost, úcta, stálost, vyrovnanost, přizpůsobivost.
- Intelektuální hodnoty: rozvaha, inteligence, zdravý rozum, globální mise, disciplína, logika, účinnost, odpovědnost, kreativita, objektivita, pozornost, koncentrace.
- Morální hodnoty: dobrota, vůle, věrnost, láska k pravdě, spravedlnost, hrdinství, důstojnost, solidarita, tolerance, cíl, důvěryhodnost, humanizmus.
- Duchovní hodnoty: vše, co souvisí s „posvátným“, krásou, harmonií a intuicí, idealismus, transcendence, vnitřní život a dialog.
- Metafyzické hodnoty: vše dobré, krásné, pravdivé, spravedlivé

<http://novaakropolis.blogspot.com/2010/03/lidske-hodnoty.html>.

Hodnoty neboli priority člověk vnímá odlišně ve zdraví a v nemoci. Holistické ošetřovatelství má za cíl zjišťovat a saturovat všechny aktuální hodnoty a potřeby pacienta.

2 HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Holizmus je termín odvozený z řeckého slova holos (celý, úplný, neporušený). Jde o filozofický směr vycházející z idealizmu. Vyžaduje prvenství celku v poměru k částem.

Holistická teorie vidí živé organizmy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci. Porucha jedné části je poruchou celého systému. Zdravotnický personál pečuje o pacienta jako o celek (úplnou holisticky pojatou bytost) nikoli o jeho izolované části a funkce.

„Současné ošetřovatelství zdůrazňuje holistický pohled na zdraví jako celek a ne na analýzu a separaci jednotlivých oblastí zdraví. Zdraví je proces rozvoje, používání a uchování všech zdrojů lidského těla, mysli, duše, rodiny, komunity a prostředí.” (BOROŇOVÁ, 2010, s. 23).

Ošetřovatelský proces

Neoddělitelnou součástí holistického ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, který se zaměřuje na celého člověka a nikoli pouze na vlastní nemoc. Ošetřovatelský proces představuje systémový postoj a komplexní přístup k řešení problémů pacienta/klienta. Ošetřovatelský personál vnímá osobu jako celek a snaží se pochopit současně vztah částí ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem.

Ošetřovatelský proces se odráží především v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání pacienta, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje. Kvalita ošetřovatelské péče závisí při aplikaci ošetřovatelského procesu především na práci sester (STAŇKOVÁ, 1999).

Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 fází, které umožňují systémovou péči o pacienta.

Posuzování

Posuzování zahrnuje sběr dat a jejich validizaci a je nezbytný pro stanovení sesterské diagnózy. Cílem posouzení je založení databáze s „odpověďmi” pacienta na dotazy týkající se zdravotních potíží nebo nemoci s ohledem na potřebu ošetřovatelské péče. Úplná databáze subjektivních a objektivních údajů umožňuje sestře formulovat sesterskou diagnózu, rozvíjet pacientovy cíle a zasahovat do činností ke zlepšení zdraví a prevenci nemoci.

Diagnostika

Sesterská diagnóza je klinický závěr z odpovědí jednotlivce, rodiny nebo komunity na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy nebo životní proces. Sesterské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná. Sestra tedy diagnostikuje neuspokojené potřeby pacienta.

Správná diagnostika je velmi důležitá pro následující fáze ošetrovatelského procesu.

Plánování

Plánování je proces vytyčení ošetrovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace zdravotních problémů pacienta, které byly zjištěny a validizovány během diagnostické fáze.

Realizace

Realizace, čili provedení, je uplatnění ošetrovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče v praxi; je to ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo pacientových cílů.

Vyhodnocení

Vyhodnocení je cílevědomá, organizovaná činnost. Závěry hodnocení určují, zda mají být specifické zásahy ukončeny, nebo v nich má být pokračováno, případně mají být revidovány nebo změněny. Vyhodnocení je souběžným a terminálním procesem (BOROŇOVÁ, 2010).

Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je nezbytným předpokladem pro ošetrování pacientů metodou ošetrovatelského procesu. Je součástí celkové zdravotnické dokumentace nemocného. Umožňuje jednak dokumentovat poskytovanou ošetrovatelskou péči a jednak poskytuje řadu významných informací, které si sestry mezi sebou potřebují předat. Aby byla ošetrovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být jednoduchá, dobře přístupná a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují pacientovi nejen ošetrovatelskou, ale celkovou zdravotní péči.

Koncepční modely

Koncepční modely nám předkládají systematickou strukturu a zdůraznění činností, ukazují směr hledání některých otázek a jevů a poukazují na řešení praktických problémů. Charakterizují vztahy mezi čtyřmi základními komponenty ošetrovatelství - zdravím, prostředím, člověkem a ošetrovatelskou péčí. Jsou to abstraktní rámce, které

pomáhají sestřám plánovat ošetrovatelskou péči, zjišťovat problémy, vztahující se ke klinické praxi a studovat výsledky ošetrovatelských činností a zásahů.

Nejvíce využívané modely v ošetrovatelství:

Virginia Henderson - Teorie základní ošetrovatelské péče - 1955

Callista Roy - Adaptační model - 1976

Dorothea Elisabeth Orem - Teorie deficitu sebepéče - 1970

Martha E. Rogers - Model jednotných lidí - 1979

Marjory Gordon - Model funkčních vzorců zdraví - 1987

Madeleine Leininger - Teorie transkulturní péče - 1980

2.1 Pohled na člověka podle Thomase Moora

Thomas Moore (USA), současný psychoterapeut a autor mnoha knih z oblasti hlubinné psychologie a spirituality, pohlíží na tělo, duši a ducha jako na tři strany trojúhelníku, který představuje celého člověka. Každý element je odlišný, avšak nikoliv oddělený. Do definice „člověk” také zahrnuje mezilidské vztahy, stejně jako práci a všechny další možné prožitky. Jeho paradigma nabízí všezahrnující obraz celého člověka, který přichází do ordinace nebo do nemocnice. Je to čtyřrozměrný člověk, jenž je definován druhými lidmi, kteří jsou kolem něj a světem, v němž žije.

Člověk nemá tělo oddělené od duše; neboť to, co se nazývá tělem, je jen součástí duše rozpoznávané pěti smysly, hlavními branami v tomto věku.

Kdyby ošetrovatelství věnovalo větší pozornost duši, uvidělo by, jak důležité jsou pro pacienta krásné věci, druzí lidé v jeho životě a jakou ztrátu asi prožívá, když je uvězněn v místě, zaměřeném pouze na léčbu. Modlitba, rituály, meditace a hudba mají léčivou moc, a přesto je nijak rozsáhle a zásadně v lékařské a ošetrovatelské praxi nevyužíváme, protože leží mimo paradigma, mýtus a akceptovaný příběh současné medicíny (MOORE, 2010).

2.2 Přístup zaměřený na klienta dle Carla Rogerse

Carl Ransom Rogers (1902-1987) americký psycholog a myslitel, jeden ze zakladatelů humanistické psychologie a průkopník na poli psychoterapeutického výzkumu. Zaměřenost na klienta je centrálním axiomem, který vykresluje celou povahu Rogersova přístupu. On záměrně používá označení klient, aby odlišil tradiční chápání

pojmu pacient. Přijetí role klienta (místo pacienta) souvisí s přijetím zodpovědnosti člověka za sebe sama a svůj život. Terapeutovi náleží role společníka, průvodce.

Rogers nerozlišoval mezi terapií a poradenstvím. Terapeut svým postojem, hodnotami a filozofií, svým způsobem bytí, vytváří s klientem vztah, ve kterém lze rozpoznávat různé aspekty lidského chování a který lze aplikovat v jakémkoli prostředí, kde je cílem osobnostní růst a vývoj člověka. Tento proces růstu je však důsledkem zvláštního druhu vztahu, který má určité kvality: je charakterizován opravdovostí (kongruencí), bezpodmínečným přijetím a empatií. Když dokáže terapeut nebo jiná osoba, tyto kvality zprostředkovat druhému, tak dochází ke změně. Tento vztah uvolňuje v lidech sebedůvěru, schopnost zaměřit své životy pro ně uspokojujícím způsobem a také se pak dokáží lépe a konstruktivněji rozhodovat.

Povaha a podstata lidí, jak ji vnímá přístup zaměřený na člověka:

- Lidská povaha je v zásadě společenská, lidské bytosti se od přírody vzájemně chrání, starají se o sebe, soucití a rozumí si.
- Základní lidskou potřebou je sebeúcta. Terapeut se snaží nenarušit pocit autonomie, vlastních zdrojů a sebeúcty člověka.
- Lidské bytosti jsou v zásadě motivované jít za pravdou, mají vlastní vědeckou povahu, která chce odhalit realitu ve všech situacích a nechtějí hledat únik do sebeklamu.

Přesvědčení, která ovlivňují chování terapeuta a jeho postoj ke klientovi:

- Pokud chceme porozumět člověku, musíme se snažit uchopit jeho způsob vnímání reality, musíme mu rozumět empaticky.
- Víra v koncepci celého člověka. Tato víra umožní terapeutovi vyhnout se nebezpečí, že bude brát v úvahu jen jednu část klienta a jeho prožívání. Zdůrazňuje též vědomí, že lidé rostou a mění, proto je zde prostor pro toleranci a trpělivost. Mít vztah k člověku v přítomnosti také znamená mít vztah k jeho minulosti a budoucnosti.
- Lidé se snaží růst a chránit sebe sama nejlépe, jak to umějí, v rámci vnitřních a vnějších okolností, existujících v daném čase. To znamená, že terapeut má důvěřovat klientově touze konat nejlépe, věnovat neustálou pozornost možné nerovnováze mezi ním a klientem a snahou ji vyrovnat. Nejlepším znalcem klientova života je klient sám.

Přístup zaměřený na člověka má svou tradici a své zastánce i v České republice. Jsou to např.: R. Bursík, L. Kubičková, J. Vymětal, S. Kratochvíl. V roce 1992 byl v Praze

založen Institut pro psychoterapii a poradenství zaměřené na klienta. V současnosti fungují v České republice dva instituty, které nabízejí akreditované výcviky v přístupu zaměřeném na člověka: Český institut pro přístup zaměřený na člověka vedený O. Tegzem, který má sídlo v Brně, a pražský Institut PCA vedený J. Holeyšovským.

O přístupu zaměřeném na člověka můžeme uvažovat jako o terapii, ale také jako o filozofii bytí. Jako o šanci, která zpochybňuje mnohé z našich zažitých dosavadních postojů. Hledejme to, co je v přístupu konstruktivní a inspirující (ŠIFFELOVÁ, 2010).

2.3 Hierarchie potřeb podle Maslowa

Podle amerického humanistického psychologa A.H.Maslowa (1908-1970) má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Tato hierarchie je v literatuře znázorňována v podobě pyramidy, jako Maslowova pyramida potřeb.

Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby - se objevují při porušení homeostázy, vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Jedinec dělá většinou vše pro to, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuálními.

Potřeba jistoty a bezpečí

Potřeba jistoty a bezpečí - je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění apod. Objevuje se vždy při ztrátě pocitu životní jistoty. U nemocného člověka můžeme vždy mluvit o ztrátě životní jistoty.

Potřeba lásky a sounáležitosti

Potřeba lásky a sounáležitosti - někdy také nazývána jako potřeba afilační, potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění.

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty - jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá potřeba vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny. Vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace - vystupuje jako tendence realizovat své

schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Kdo chce být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, musí být dobrým lékařem, dobrou sestrou, tzn. musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře.

Potřeba transcendence

Maslow ji vysvětluje jako touhu přesáhnout sama sebe, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Je to touha po nejvyšším smyslu, mystických hodnotách. Tím člověk přesahuje svoji osobnost a obrací se k Bohu.

Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm fylogenetického i ontogenetického vývoje, jsou subjektivně méně naléhavé a čím je vyšší potřeba méně důležitá pro pouhé přežití, tím déle může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se potřeba trvale ztrácí. Uspokojení vede k žádoucím subjektivním výsledkům, tj. hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života. Čím vyšší je úroveň potřeby, tím širší je okruh identifikace láskou. Sledování a uspokojování vyšších potřeb má žádoucí občanské a společenské důsledky (BOROŇOVÁ, 2010).

3 DUCHOVNÍ POTŘEBY V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Duchovní potřeby zahrnují celý komplex hodnot, jsou společné všem lidem, jak věřícím v Boha, tak i tzv. ateistům. Redukce duchovních potřeb jen na víru, vyznání a realizaci náboženských praktik, vedlo by k tomu, že bychom nepřipouštěli, že tzv. nevěřící člověk má také duchovní potřeby (MALLENOVÁ, 2004).

Marie Svatošová, zakladatelka hospicové péče u nás, říká o duchovních potřebách, že až donedávna byly více méně tabu. Nelze se proto divit, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících.

Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně (SVATOŠOVÁ, 1995).

Prášilová uvádí jako duchovní potřeby, například: potřebu přijetí, potřebu důstojnosti, potřebu naděje, potřebu společnosti, potřebu samoty, potřebu být vyslyšen, potřebu pravdivosti, potřebu vnitřního klidu, potřebu odpuštění, potřebu dovolení zemřít, touhu po věčnosti, potřebu smíření, potřebu integrity, potřebu autonomie, potřebu projevit šlechtnost (NĚMCOVÁ, 2010).

Freidová ve své diplomové práci popisuje svou základní zkušenost: „Aby člověk mohl zachytit spirituální potřeby bližních, musel by s nimi vstoupit do užšího (a hlubšího) vztahu a zachytit eventuální příhodný okamžik. To obojí vyžaduje vnímavost a čas.“ (FREIDOVÁ, 2000, s. 25). Potřeby pacientů podřizuje jednotlicímu názvu: niterné potřeby, protože se domnívá, že se jednotlivé oblasti (sociální, psychické a spirituální) překrývají a prolínají:

- potřeba najít smysl života,
- potřeba najít smysl utrpení,
- potřeba pravdy a současně naděje,
- potřeba vysvětlení, potřeba metafor, potřeba obrazů, potřeba symbolů,
- potřeba být doprovázen,
- potřeba dotyku rukou,
- potřeba meditace,
- potřeba modlitby, osobní, společné,
- potřeba komunity,

- potřeba vzájemné (duchovní) podpory,
- potřeba víry,
- potřeba smět myslet a vyslovit přání zemřít,
- potřeba přátelství, přijetí,
- potřeba vykřičet úzkost, beznaděj a bolest,
- potřeba účastnit se, zůstat subjektem dění,
- potřeba otevřenosti (personálu),
- potřeba něžnosti, vřelé, klidné, niterné/intimní atmosféry,
- potřeba vyslovit smrt,
- potřeba dostat dovolu zemřít (žít),
- potřeba vědět, že příbuzní unesou smutek, bolest ze ztráty,
- potřeba důvěry v čas - připravit se na smrt (FREIDOVÁ, 2000).

Cílem moderního ošetrovatelství je orientace na člověka se všemi jeho potřebami a problémy. Úkolem sester je identifikace těchto problémů, stanovení příčin, stupně jejich závažnosti a stanovení nejvhodnějšího způsobu řešení. Pomůckou při formulování ošetrovatelských diagnóz, cílů a ošetrovatelských intervencí může sloužit sestrám např. publikace přeložená z anglického originálu „Kapesní průvodce zdravotní sestry“ (DOENGES, 2001), „Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách“ autorky Jany Marečkové, „Ošetrovatelské diagnózy“ českých autorek Červinková et. al. (2002). V této publikaci jsou vybrány nejčastěji využívané ošetrovatelské diagnózy upravené pro podmínky českých sester a jejich kompetencí.

3.1 Ošetrovatelská diagnóza – Duchovní tíseň

Definice: „Narušení principu života, pronikajícího celou existencí jedince a sjednocujícího a přesahujícího jeho biologickou a psychickou podstatu.“ (DOENGES, MOORHOUSE, 2001, s. 84).

Duchovní tíseň je stav, při kterém má jedinec reálně nebo potencionálně narušenou víru v systém hodnot, které mu poskytují sílu, naději, smysl života a vyvolává tím spoustu otázek a pocitů, jako:

- otázky smyslu života,
- otázky významu vlastní existence,
- vyjádření pocitů samoty, bezmocnosti a bezcennosti,

- omezení obvyklých náboženských rituálů a nebo praktik vzhledem k prostředí, chorobný proces a léčebný režim,
- morální/etické otázky dodržení léčebného režimu,
- nezájem o smysl života/smrti anebo systémů víry,
- verbalizace vnitřních konfliktů víry,
- vyjádření hněvu vůči Bohu,
- hledání duchovní podpory (ZELENÍKOVÁ, 2003).

Ošetřovatelské intervence

„Kapesní průvodce zdravotní sestry“ (2001) doporučuje následující intervence:

- Vezmi v úvahu náboženský nebo duchovní vývoj daného jedince, jeho životní projevy, způsob, jakým se opírá o duchovní principy.
- Snaž se odhalit, jaký má daný jedinec vztah k duchovním hodnotám, k životu, ke smrti i projevům chorob.
- Snaž se odhalit způsob, pomocí kterého dotyčný chápe logickou souvislost všech jevů, ale i jak dosahuje harmonického splynutí sám se sebou, s ostatními lidmi, s přírodou i s vyššími silami. Opírá se přitom o meditaci, modlitbu nebo vnitřní soustředění.
- Dbej na to, aby se nemocný mohl ze svých pocitů i starostí vždy svobodně a otevřeně vyznat.
- Seznamuj nemocného s cílem léčebné péče a zapojuj ho maximálně do léčebného režimu.
- Snaž se v nemocném objevovat jeho skryté vnitřní síly, uč ho, aby využíval svého vnitřního náboženského přesvědčení jako obranného štítu.
- Podporuj účast nemocného při všech činnostech, které by posilovaly hloubku jeho vnitřního přesvědčení (účast na modlitbách, na náboženských shromážděních, styk s oduševněnými lidmi).
- Doporučuj mu příslušnou literaturu na toto téma a seznamuj ho se všemi poučeními v oblasti duchovního růstu.
- Odkazuj nemocného na další možnosti duchovní opory (pastoři, kaplani).
- Mobilizuj vnitřní síly, které dřímou v člověku za účelem dosažení maximální duševní vyrovnanosti a tělesné pohody (DOENGES, MOORHOUSE, 2001).

4 „DUŠE“ ZDRAVOTNICTVÍ

„Duše zdravotnictví je široká. Zahrnuje skutečnou angažovanost pacienta a pečovatele, fyzické prostředí, které podporuje zdraví a uzdravování, efektivní zacházení s citovými a osobnostními problémy, pocit povolání, působení plnou přítomností, mnohorozměrný pohled na to, co je člověk, a schopnost zabývat se duchovními otázkami smyslu, úzkosti, vize, naděje a útěchy”(MOORE, 2010, s.38). Odměna plynoucí z plné přítomnosti a z komunikace s celým člověkem je mnohem větší, než odměna z čistě fyzického přístupu. Léčba duše a ducha zmírňuje úzkost, pomáhá vztahům, dodává pocit smyslu a naděje.

Dalo by se říci, že duši zdravotnictví je nemocniční prostředí a jeho lidé, zejména ti lidé, kteří vytrvale vnášejí do své každodenní práce duševní hodnoty. Lidé, kteří mají srdce a vizi, kteří mluví nahlas a konají svou konkrétní práci (MOORE, 2010).

4.1 Uzdravující prostředí

Člověk, který čelí nemoci, má život plný citů a mezilidských vztahů, a také žije duchovním životem, ať už je vyjádřen v náboženských, nebo v jiných formách. Jeho duše je ovlivňovaná symboly, rituály, a obrazy. Oduševnělé prostředí bude citlivě odrážet symbolický význam všeho kolem: materiálů, zvuků, pachů, obrazů, jazyka a stejnkroje. Pomáhají evokovat uzdravující sílu přírody a těla i další přírodní materiály: dřevo, rostliny a květiny, zvířata, přírodní tkaniny, kámen, jíl a keramika. Pacient si může do místnosti umístit předměty, které mu připomínají jeho duchovní hodnoty. Uzdravující prostředí je tiché. Ticho není jen nepřítomnost zvuků. Může zahrnovat zvuky, které vyvolávají uklidnění. Pečlivý výběr hudby a zvuku přírody může přispívat k uzdravujícímu prostředí, stejně jako barvy i tvary. Mohou být buď klidné nebo hlučné. Klidné prostředí není pasivní prostředí, jen tam člověk, může slyšet vlastní myšlenky a cítit své emoce. Mnohé nemocnice mají dnes tiché místnosti pro rozjímání a tyto místnosti jsou ústředními body pro ducha a duši při uzdravování (MOORE, 2010).

4.2 „Uzdravující“ lidé

Nemocniční kaplan nebo duchovní

Třebaže v českých podmínkách není nemocniční kaplanství tak rozvinuto jako v západní společnosti, zvyšuje se počet nemocnic, které o tuto službu projevují zájem. Nemocniční kaplan však pečuje o všechny pacienty oddělení, případně o jejich příbuzné. Stará se nejen o duchovní potřeby věřících pacientů, ale může pomáhat i nevěřícím v jejich obavách, praktických problémech vyplývajících z jejich pobytu v nemocnici apod. Nemocniční kaplan v sobě zahrnuje nejen základní dovednosti duchovního, ale i psychologa a sociálního pracovníka v „terénu“, aniž by ovšem zasahoval do kompetence farářů, psychologů nebo psychiatrů. Nemocniční kaplan umí řešit běžné problémy pacientů v nemocnicích, které nespádají do medicínské oblasti, ale v případě nutnosti umí rozeznat krizový stav a zařídit kontakt s odborníkem (VURST, 2010).

Pastorační péče

Pastorační péče se v posledních deseti letech rozvíjí v mnoha směrech, z nichž jeden je vzájemným obohacením teologie a psychoterapie. Aleš Opatrný chápe pastorační péči o nemocné a trpící v širším slova smyslu jako takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí vlastní životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry. Pojem „s ohledem na jeho stupeň víry“ je velmi důležitý. Cílem je, aby daný člověk svou situaci zvládl nebo ji zpracoval co možná lidsky důstojným způsobem.

Pastorační poradci by měli nabízet útěchu těm nejvíce přehlíženým, měl by z nich vyzařovat duch péče a pozornosti, a to bez ohledu na náboženství nebo vyznání nebo rasu (MOORE, 2010).

Dobrovolnictví

Dobrovolnictví je vědomá, svobodně zvolená činnost ve prospěch druhých. V mnoha zemích světa je dobrovolnictví běžně uznávanou formou pomoci ve zdravotnictví i sociálních službách a poskytování dobrovolné pomoci je zde otázkou společenské prestiže. Činností, které může dobrovolník v nemocnici vykonávat, je celá řada a mohou být velmi rozmanité. Dobrovolník může tvůrčím způsobem pomoci pacientovi při krátkodobé hospitalizaci, ale hlavně v případě trvalých následků nemoci, doživotního

handicapu nebo při bilancování a naplnění zbývajících částí života.

Dobrovolnický program v nemocnici je příkladem týmové tvůrčí spolupráce, jejímž základem je náročná a citlivá práce s lidským potenciálem, na citlivém poli lidské nemoci, v jasně definovaném systému nemocniční péče (<http://www.hest.cz/ndc.shtml>).

Zdravotnický personál

Zdravotnický personál má zvláštní poslání. Dostává se do blízkého kontaktu s pacienty, uzdravují pomocí neustálé intimní péče. Dalo by se říci, že k jeho dovednostem patří interpersonální kontakt, který pacienta inspiruje a podporuje během nejrůznějších lékařských zákroků a pobytu v nemocnici.

Zdravotnický personál, který stále bere svou práci jako poslání, bude pohotověji k dispozici svým pacientům a bude věnovat více pozornosti detailům své práce. Vrhá se do práce se zvláštním nasazením, je angažovaný, přítomný, protože práce je smyslem jeho života. Vyzařuje z něj poslání, charakterizuje je a dodává jejich práci velkou sílu. Zdravotník má zvláštní, duchovní úkol, jeho práce je jeho posláním. Člověka to přivádí do situace, kdy nabízí svou službu druhým bez ohledu na odměnu. Když se zaměřuje na svůj přínos pro společnost více než na výplatu, práce získává jiný rozměr, jenž zdaleka přesahuje odměnu v penězích (MOORE, 2010).

Vzdělávání zdravotnického personálu

Práce ve zdravotnictví vyžaduje vysokou úroveň orientace v nejnovějších trendech ošetrovatelství a proto je neustálé vzdělávání sester nezbytné.

Celoživotním vzděláváním by měl procházet pravidelně, v určitých intervalech během výkonu svého povolání, každý zdravotnický pracovník. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) a Institut celoživotního vzdělávání (ICV) nabízí různé formy celoživotního vzdělávání - krátkodobé či dlouhodobé kurzy, stáže, semináře, workshopy, konference a také E-University – celoživotní vzdělávání online. Vzdělávání věnované duchovní problematice a spirituální péči v dnešní době nabízejí i jednotlivá nemocniční zařízení.

Stále však platí fakt, že vzdělávací nabídka v ČR s duševně duchovní tematikou není tak široká, flexibilní a tak pokryta, jak by vyžadovalo moderní holistické ošetrovatelství.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VYTYČENÍ PRŮZKUMNÉHO PROBLÉMU, CÍLŮ, HYPOTÉZ

Průzkumný problém

Důležitost duchovních potřeb pacientů.

Průzkumné cíle

Prvním cílem bylo zjistit, jaký význam přikládají respondenti duchovním potřebám pacientů.

Druhým cílem bylo zjistit, jak je zdravotnický personál schopný na téma duchovních potřeb komunikovat s pacienty a saturovat je.

Třetím cílem práce bylo zjistit, zda zdravotnický personál cítí potřebu se vzdělávat a zda se vzdělává v oblasti duchovních témat.

Průzkumné hypotézy

Hypotéza 1 – Předpokládáme, že důležitost duchovních potřeb pacientů přikládají více respondenti z hospice, než ze standartních oddělení.

Hypotéza 2 - Předpokládáme, že čím delší je praxe respondentů a čím vyšší je dosažený stupeň vzdělání respondentů, tím jednodušší bude zjišťování duchovních potřeb pacientů a to v obou skupinách průzkumného vzorce.

Hypotéza 3 - Předpokládáme, že respondenti standartních oddělení zjišťují duchovní potřeby pacientů častěji při příjmu, než respondenti v hospicu.

Hypotéza 4 - Předpokládáme, že pacienti se obracejí častěji se svými duchovními potřebami na sestru, a to v obou zkoumaných skupinách.

Hypotéza 5 - Předpokládáme, že zdravotnický personál z hospicu cítí větší potřebu

vzdělávat se a také se více vzdělává v duchovní tematice.

Hypotetické tvrzení

Existuje předpoklad, že velké procento zdravotnického personálu není dostatečně erudováno v oblasti duševně duchovních témat. Pro statistické zpracování byly použity induktivně průzkumné metody.

Metodika průzkumu

Metodou k získání dat byl nestandardizovaný anonymní dotazník s uzavřenými otázkami. Časový harmonogram pro jeho aplikaci byl stanoven v časovém rozpětí únor - březen 2011. Provedení průzkumu předcházela přípravná fáze, která zahrnovala osobní předprůzkum v jednotlivých odděleních s cílem zjistit vůli personálu k provedení dotazníkového šetření. Rozdávání dotazníků bylo plošné a nebyla stanovena žádná kritéria pro výběr respondentů.

Průzkumný vzorec

Průzkumným vzorcem byl zdravotnický personál ze třech pracovišť, který byl rozdělen do dvou skupin. První skupina je vytvořena ze 16 respondentů pracujících v hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech, druhou skupinu tvoří 44 respondentů pracujících na standardních odděleních; interna, onkologie, spinální jednotka, ve Fakultní nemocnici v Motole a v Nemocnici Na Františku. Výběr pracovišť byl ovlivněn faktem dlouhodobé hospitalizace pacientů.

Technika dotazníků

Dotazník obsahoval 18 uzavřených položek a byl rozdělen do dvou částí. První část zjišťovala údaje o respondentech: věk, délku praxe ve zdravotnictví, pracovní a funkční zařazení, nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Druhá část obsahovala otázky zaměřené na zjišťování subjektivních postojů, názorů sester na duchovní potřeby nemocných a na vzdělávání v této problematice.

Položky dotazníků zjišťovaly:

7 položek - byla zjišťována fakta - otázky č. 1 – 6, 18

11 položek - bylo zjišťováno mínění, názory a postoje respondentů – otázky č. 7 – 17.

Dotazník byl rozdán v počtu 64 kusů, což tvořilo 100 %. Návratnost byla 60 kusů kompletně vyplněných dotazníků, to znamená 93,7 % z celkového počtu rozdaných dotazníků.

Získaná data byla náležitě zpracovaná do hodnotových tabulek a procentuálních grafů, ke kterým je přiřazen patřičný komentář. Data, získaná z průzkumu, dále posloužila ke stanovení závěru a zpracování diskuze. Pro přehlednost uvádím výsledky šetření v procentech. Do tabulek a grafů byli zařazeni všichni respondenti, kteří odpověděli jednou a více odpověďmi, proto v některých položkách celkový součet respondentů nesouhlasí s celkovým počtem respondentů ve skupinách.

Ke zpracování dat jsem použila počítačové programy Microsoft Word a Excel.

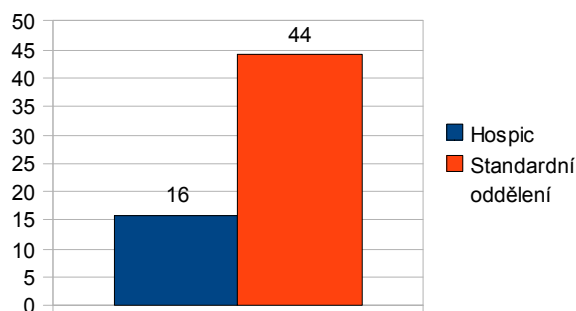
6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Všeobecné údaje o respondentech

Pracovní zařazení respondentů

| | počet respondentů |
|---------------------|-------------------|
| Hospic | 16 |
| Standardní oddělení | 44 |

Tabulka č. 1 - Pracovní zařazení respondentů



Graf č. 1 - Pracovní zařazení respondentů

Tabulka a graf č. 1 rozděluje výběrový soubor na 2 skupiny dle pracovního zařazení respondentů.

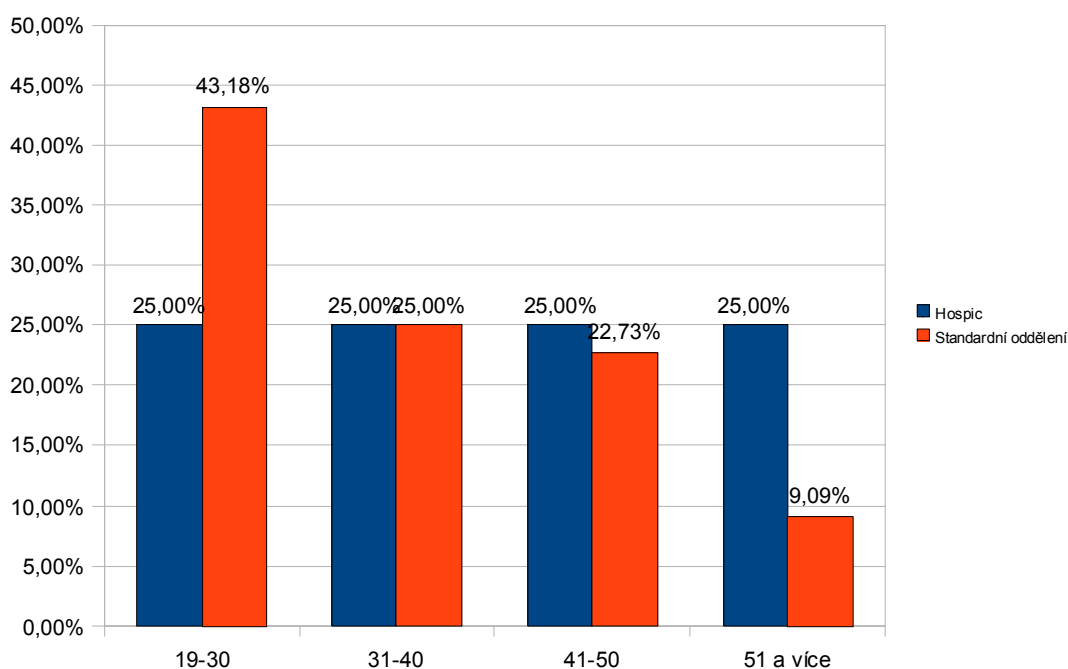
Celkový počet respondentů byl 60 a byl rozdělen na dvě skupiny. První skupinu tvoří 16 zdravotníků z hospicu, což činí 100 % této skupiny respondentů.

Druhou skupinu tvoří 44 zdravotníků ze standardních oddělení, což činí 100 % této skupiny respondentů.

Věk respondentů

| | 19-30 | 31-40 | 41-50 | 51 a více |
|---------------------|-------|-------|-------|-----------|
| Hospic | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Standardní oddělení | 19 | 11 | 10 | 4 |

Tabulka č. 2 – Věk respondentů



Graf č. 2 – Věk respondentů

Tabulka a graf č. 2 představuje věkovou strukturu v dotazovaných souborech. Pro přehlednost je věk respondentů uspořádan do věkových kategorií.

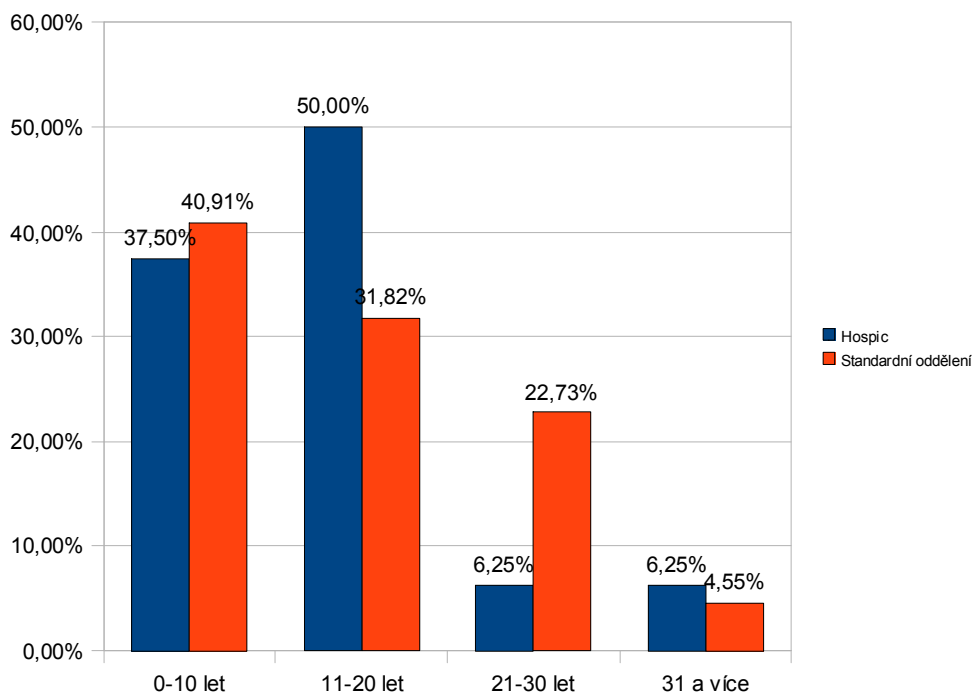
Ve skupině hospic každou věkovou kategorií tvořili 4 respondenti (25 %).

Ve skupině standardních oddělení byla nejpočetněji zastoupena věková kategorie 19 – 30 let - 19 respondentů (43,10 %). Následuje 11 (25,00 %) respondentů této skupiny ve věku 31 - 40 let, a v kategorii 41 - 50 let 10 respondentů (22,73 %). Nejmenší počet 4 respondenti (9,09 %) byli ve věkové kategorii 51 a více.

Délka praxe ve zdravotnictví

| | 0-10 let | 11-20 let | 21-30 let | 31 a více |
|---------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Hospic | 6 | 8 | 1 | 1 |
| Standardní oddělení | 18 | 14 | 10 | 2 |

Tabulka č. 3 – Délka praxe respondentů ve zdravotnictví



Graf č. 3 - Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

Tabulka a graf č. 3 informují o délce praxe respondentů ve zdravotnictví.

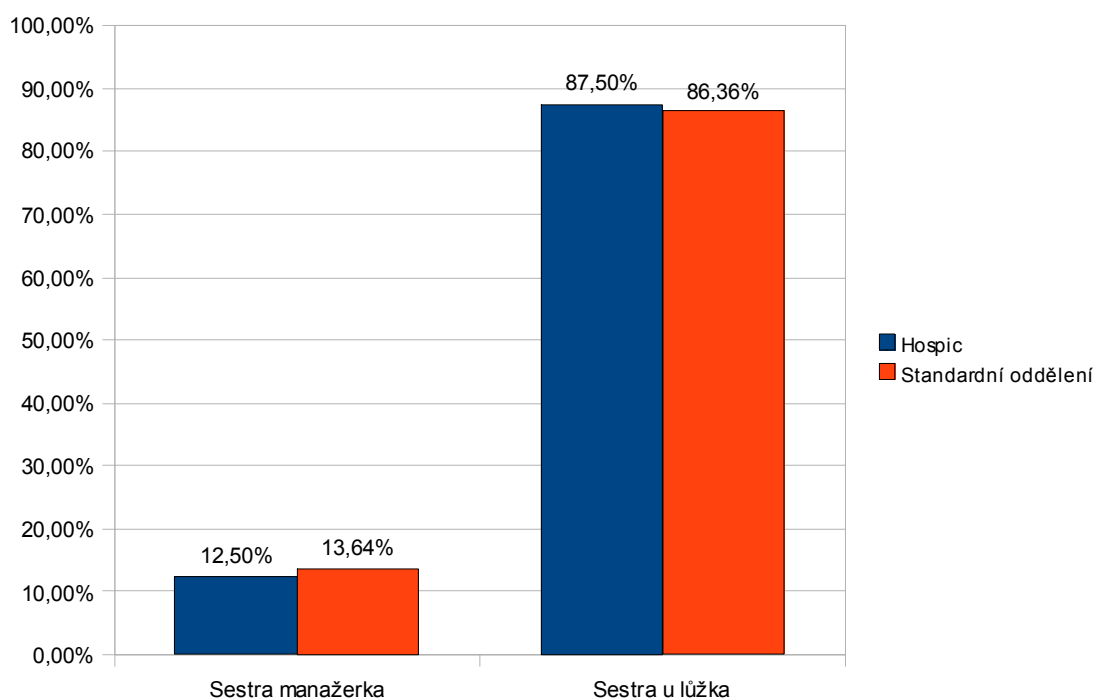
Ve skupině hospic byla nejpočetněji zastoupena kategorie 11 – 20 let praxe 8 respondentů (50,00 %). Nejkratší dobu praxe, tj. 0 – 10 let mělo 6 respondentů (37,50 %), praxi 21 – 30 let měl 1 respondent (6,25 %), stejně jako v kategorii 31 a více let.

Ve skupině standardních oddělení sledujeme, jak s přibývajícím lety praxe klesá počet respondentů. V kategorii 0 – 10 let pracuje 18 (40,91 %), 11 – 20 let 14 (31,82 %), 21 – 30 let praxe 10 (22,73 %) respondentů, a s 31 a více lety praxe na standardním oddělení 2 respondenti (4,55 %).

Funkční zařazení respondentů

| | Sestra manažerka | Sestra u lůžka |
|---------------------|------------------|----------------|
| Hospic | 2 | 14 |
| Standardní oddělení | 6 | 38 |

Tabulka č. 4 - Funkční zařazení respondentů



Graf č. 4 - Funkční zařazení respondentů

Tabulka a graf č. 4 dělí respondenty dle funkčního zařazení.

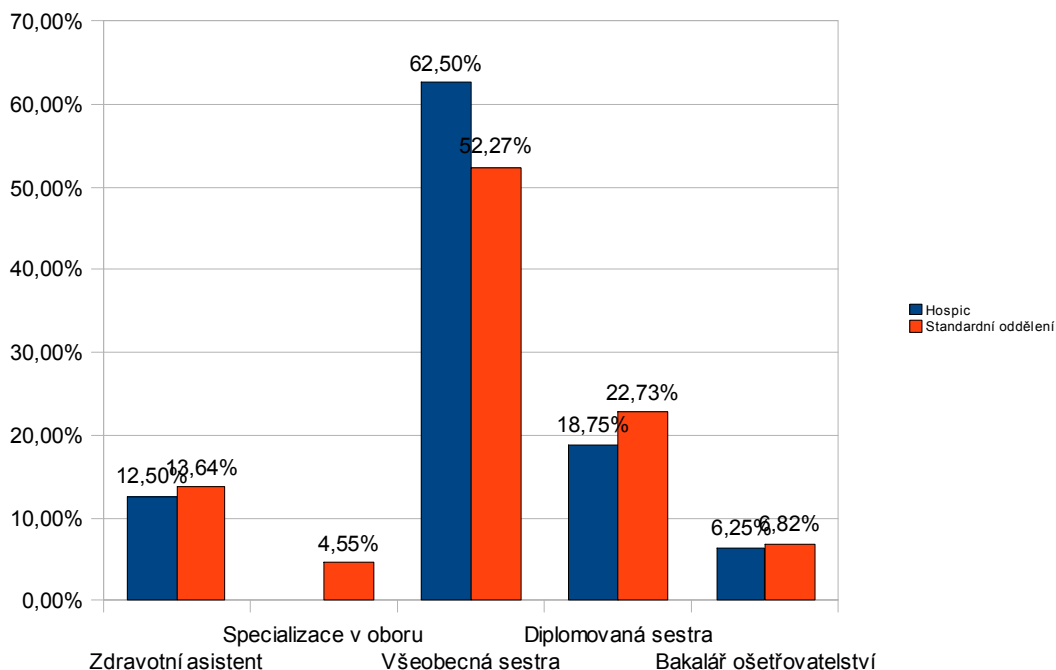
Ve skupině hospic pracovali 2 respondenti (12,50 %) ve funkci manažerky, a 14 respondentů (87,50 %) jako sestra u lůžka.

Ve skupině standardních oddělení pracovalo 6 respondentů (13,64 %) ve funkci manažerky a 38 respondentů (86,36 %) jako sestra u lůžka.

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

| | Zdravotní asistent | Specializace v oboru | Všeobecná sestra | Diplomovaná sestra | Bakalář ošetrovatelství |
|---------------------|--------------------|----------------------|------------------|--------------------|-------------------------|
| Hospic | 2 | 0 | 10 | 3 | 1 |
| Standardní oddělení | 6 | 2 | 23 | 10 | 3 |

Tabulka č. 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Graf č. 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka a graf č. 5 informují o dosaženém vzdělání respondentů.

Ve skupině respondentů z hospice bylo nejvíce všeobecných sester 10 (62,50 %), 3 (18,75 %) diplomované sestry, 2 (12,50 %) zdravotní asistenti a 1 (6,25 %) bakalář. Žádný respondent neměl specializaci v oboru.

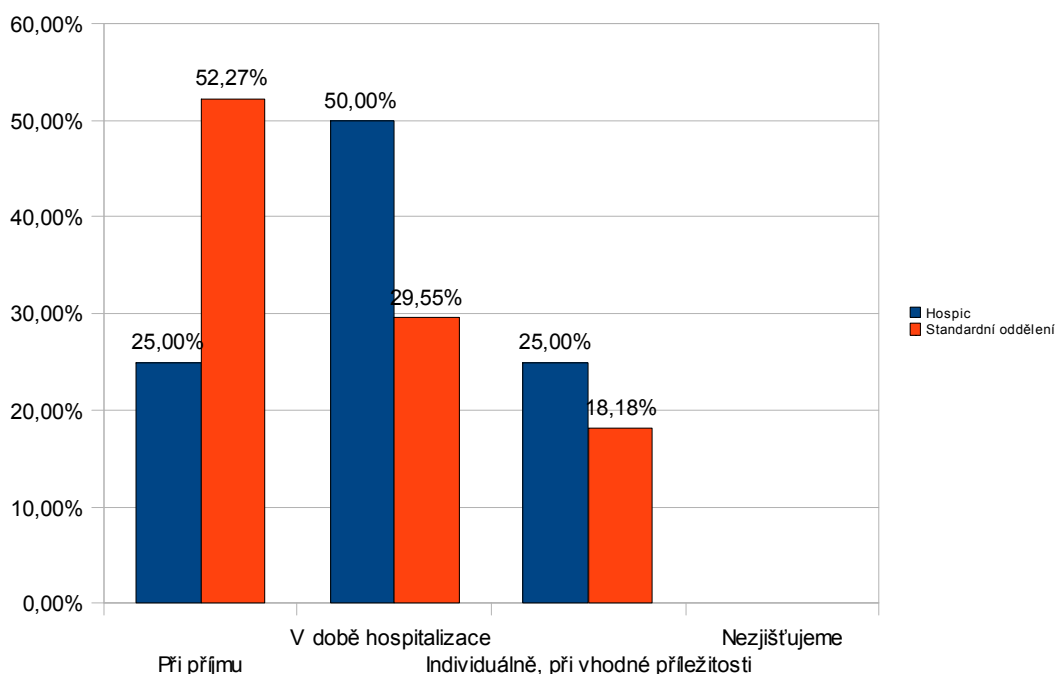
Ve skupině respondentů pracujících na standardních odděleních také převládá počet respondentů se vzděláním všeobecné sestry, tj. 23 (52,27 %), 10 diplomovaných sester (22,73 %), 6 zdravotních asistentů (13,64 %), 2 respondenty (4,55 %) se specializací v oboru. a 3 bakaláři (6,82 %).

Magisterské vzdělání nebylo zaznamenáno v žádné skupině respondentů.

Ve které časové fázi hospitalizace zjišťujete duchovní potřeby pacientů?

| | Při příjmu | V době hospitalizace | Individuálně, při vhodné příležitosti | Nezjišťujeme |
|---------------------|------------|----------------------|---------------------------------------|--------------|
| Hospic | 4 | 8 | 4 | 0 |
| Standardní oddělení | 23 | 13 | 8 | 0 |

Tabulka č. 6 Fáze hospitalizace při zjišťování duchovních potřeb pacientů



Graf č. 6 – Fáze hospitalizace při zjišťování duchovních potřeb pacientů

Tabulka a graf č. 6 znázorňují ve které fázi hospitalizace zdravotnický personál zjišťuje duševně duchovní potřeby pacientů.

V hospici nejvíce zjišťují potřeby pacientů v době hospitalizace, tak odpovědělo 8 respondentů, tj. 50 % tázaných v této skupině, 4 respondenti (25 %) zjišťují duševně duchovní potřeby pacientů při příjmu a stejný počet respondentů uvedlo kategorii individuálně, při vhodné příležitosti. Ke kategorii „nezjišťujeme“ se nepřihlásil žádný respondent.

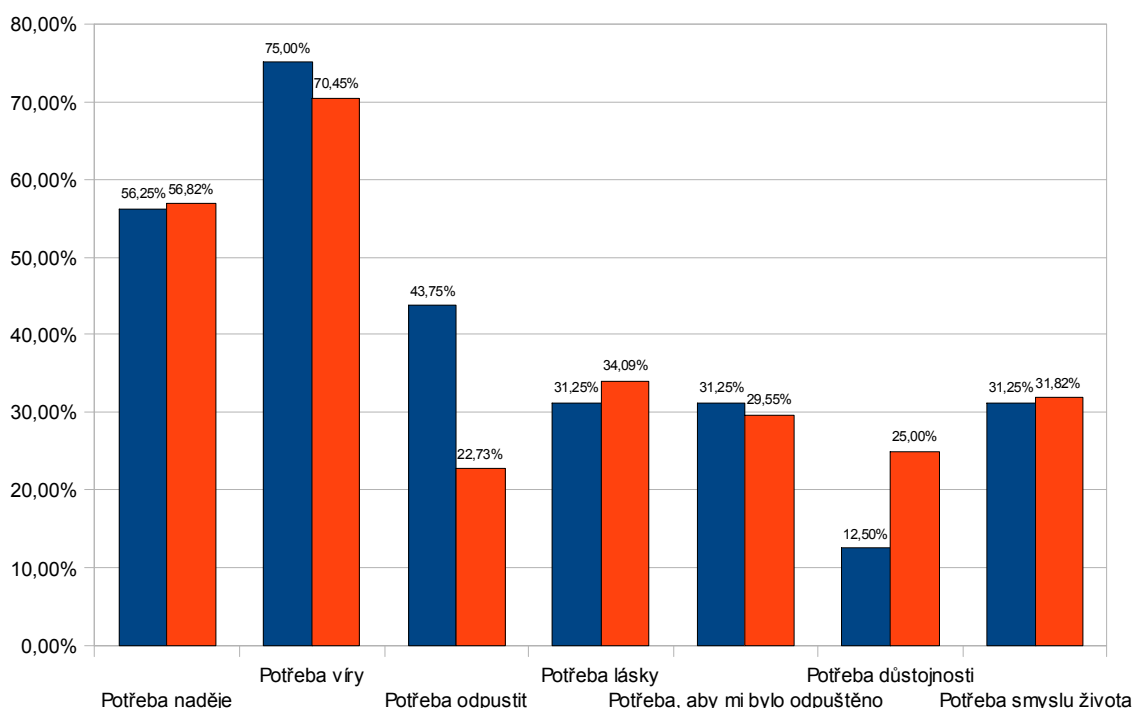
Ve skupině standardních oddělení nejvíce zjišťují duchovní potřeby pacientů při příjmu 23 respondentů (52,27 %), 13 respondentů (29,55 %) v době hospitalizace a 8 respondentů (18,18 %) individuálně, při vhodné příležitosti. Ke kategorii „nezjišťujeme“ se nepřihlásil žádný respondent.

6.2 Názory, postoje, mínění respondentů

Které z následujících potřeb řadíte mezi duchovní?

| | Potřeba naděje | Potřeba víry | Potřeba odpuštění | Potřeba lásky | Potřeba, aby mi bylo odpuštěno | Potřeba důstojnosti | Potřeba smyslu života |
|---------------------|----------------|--------------|-------------------|---------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Hospic | 9 | 12 | 7 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| Standardní oddělení | 25 | 31 | 10 | 15 | 13 | 11 | 14 |

Tabulka č. 7 – Pořadí duchovních potřeb dle respondentů



Graf č. 7 - – Pořadí duchovních potřeb dle respondentů

Tabulka a graf č. 7 znázorňují, jak a které potřeby respondenti řadí mezi duchovní.

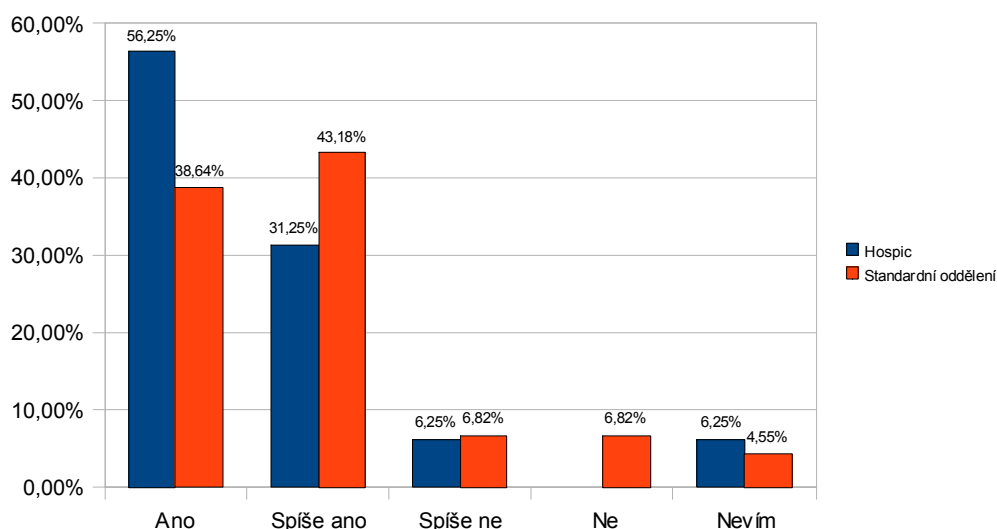
U skupiny hospic 12 respondentů (75,00 %) na prvním místě uvedlo potřebu víry, na druhém místě 9 respondentů (56,25 %) potřebu naděje, na třetím 7 respondentů (43,75 %) potřebu odpuštění. Na čtvrté, páté a šesté místo řadí potřebu lásky a potřebu odpuštění stejný počet 5 (31,25 %) respondentů. Na posledním místě uvádí potřebu důstojnosti 2 (12,50 %) z respondentů hospicu.

U skupiny standardních oddělení byla u 31 respondentů (75,45 %) respondentů na prvním místě také potřeba víry, na druhém místě u 25 respondentů (56,82 %) také potřeba naděje. Na třetím místě u 15 respondentů (34,09 %) potřeba lásky, potřeba smyslu života byla na čtvrtém místě u 14 (31,82 %) respondentů. Na pátém místě u 13 respondentů (29,55 %) potřeba, aby mi bylo odpuštěno, na šestém místě u 11 respondentů (25,00 %) potřeba důstojnosti, a na posledním místě u 10 respondentů (22,73 %) potřeba odpuštění.

Domníváte se, že všichni lidé mají duchovní potřeby?

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Nevím |
|---------------------|-----|-----------|----------|----|-------|
| Hospic | 9 | 5 | 1 | 0 | 1 |
| Standardní oddělení | 17 | 19 | 3 | 3 | 2 |

Tabulka č. 8 – Názor respondentů na existenci duchovních potřeb u všech lidí



Graf č. 8 - Názor respondentů na existenci duchovních potřeb u všech lidí

Tabulka a graf č. 8 mapují názor sester na přítomnost duchovních potřeb u všech lidí.

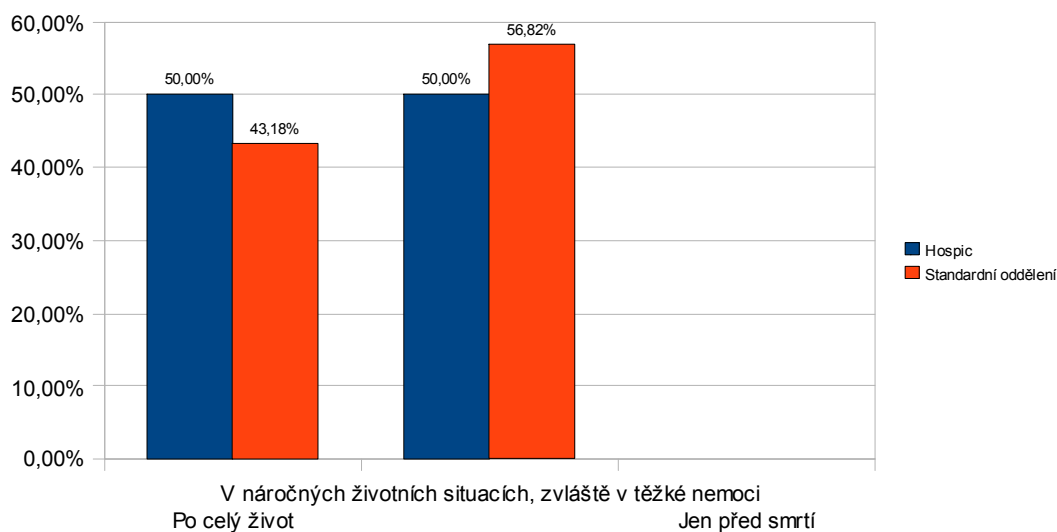
Většina respondentů skupiny hospic 9 (56,25 %) odpovědělo, že ano, 5 respondentů (31,25 %) si myslí, že spíše ano, 1 respondent (6,25 %) skupiny si myslí, že spíše ne, 1 respondent neví. Žádný respondent neodpověděl ne.

Respondenti skupiny standardních oddělení 19 lidí (43,18 %) se domnívají, že spíše ano, 17 (56,25 %) tvrdí, že ano. 3 respondenti (6,82 %) odpověděli, že spíše ne, a stejný počet respondentů byl u kategorie ne. Že všichni lidé mají duchovní potřeby odpověděl kladně 1 respondent (4,55 %).

Domníváte se, že pocítujeme duchovní potřeby...

| | Po celý život | V náročných životních situacích, zvláště v těžké nemoci | Jen před smrtí |
|---------------------|---------------|---|----------------|
| Hospic | 8 | 8 | 0 |
| Standardní oddělení | 19 | 25 | 0 |

Tabulka č. 9 – Názor respondentů na přítomnost duchovních potřeb během života



Graf č. 9 - Názor respondentů na přítomnost duchovních potřeb během života

Tabulka a graf č. 9 prezentují mínění zdravotníků na horizont přítomnosti nebo výskytu duchovních potřeb.

U skupiny hospic 50 % - 8 respondentů uvedlo přítomnost duchovních potřeb po celý život a stejný počet respondentů uvedlo kategorii v náročných životních situacích, zvláště v těžké nemoci.

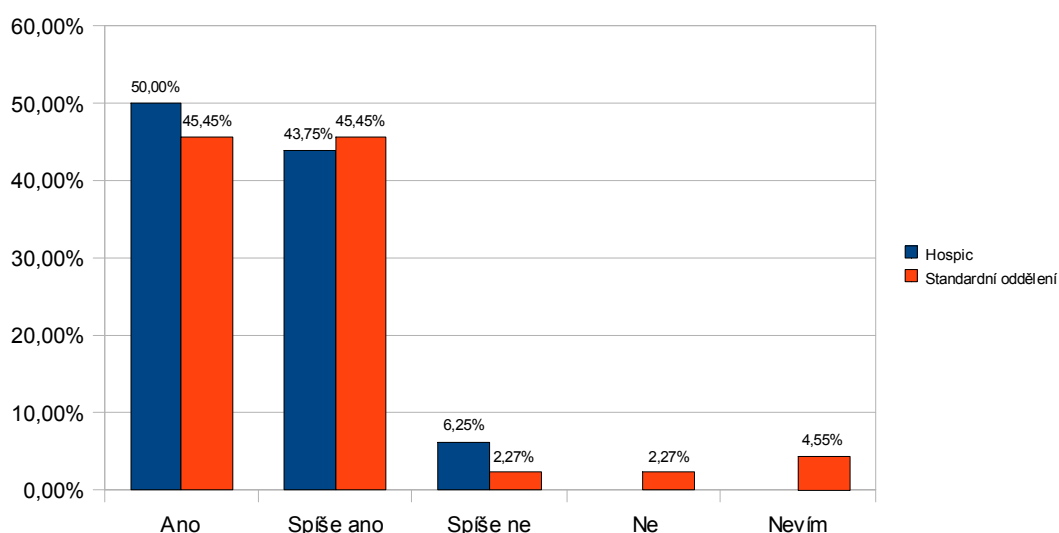
U souboru standardní oddělení většina respondentů 25 (56,82 %) si myslí, že pocítujeme duchovní potřeby v náročných životních situacích, zvláště v těžké nemoci. V kategorii po celý život odpovědělo 19 respondentů (43,18 %).

V kategorii jen před smrtí nebyla uvedena odpověď.

Domníváte se, že je důležité zjišťovat u pacientů jejich duchovní potřeby?

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Nevím |
|---------------------|-----|-----------|----------|----|-------|
| Hospic | 8 | 7 | 1 | 0 | 0 |
| Standardní oddělení | 20 | 20 | 1 | 1 | 2 |

Tabulka č. 10 – Názor respondentů na důležitost zjišťovat duchovní potřeby



Graf č. 10 - Názor respondentů na důležitost zjišťovat duchovní potřeby

Tabulka a graf č. 10 znázorňují postoj zdravotního personálu k důležitosti zjišťovat duchovní potřeby pacientů.

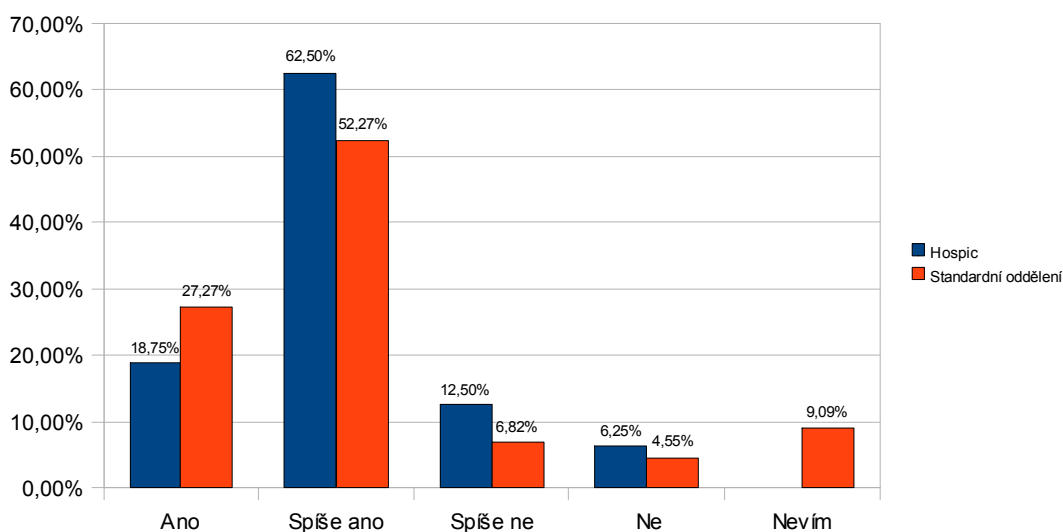
Na otázku, zda je důležité zjišťovat duchovní potřeby pacientů - 8 respondentů (50 %) skupiny hospic odpovědělo ano, 7 respondentů (43,75 %), že spíše ano a 1 (6,25 %), že spíše ne. Ke kategorii ne a nevím se nepřihlásil nikdo.

Ve skupině standardních oddělení 20 respondentů (45,45 %) si myslí, že ano, stejný počet respondentů uvádí kategorií spíše ano. V kategorii spíše ne a ne se přihlásilo po 1 respondentu (2,27 %). Nevím odpověděli 2 respondenti (4,55 %).

Domníváte se, že to dokážete?

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Nevím |
|---------------------|-----|-----------|----------|----|-------|
| Hospic | 3 | 10 | 2 | 1 | 0 |
| Standardní oddělení | 12 | 23 | 3 | 2 | 4 |

Tabulka č. 11 – Názor respondentů na vlastní schopnost zjišťovat duchovní potřeby



Graf č. 11 - Názor respondentů na vlastní schopnost zjišťovat duchovní potřeby

Tabulka a graf č. 11 znázorňují schopnost zdravotního personálu zjišťovat duchovní potřeby pacientů.

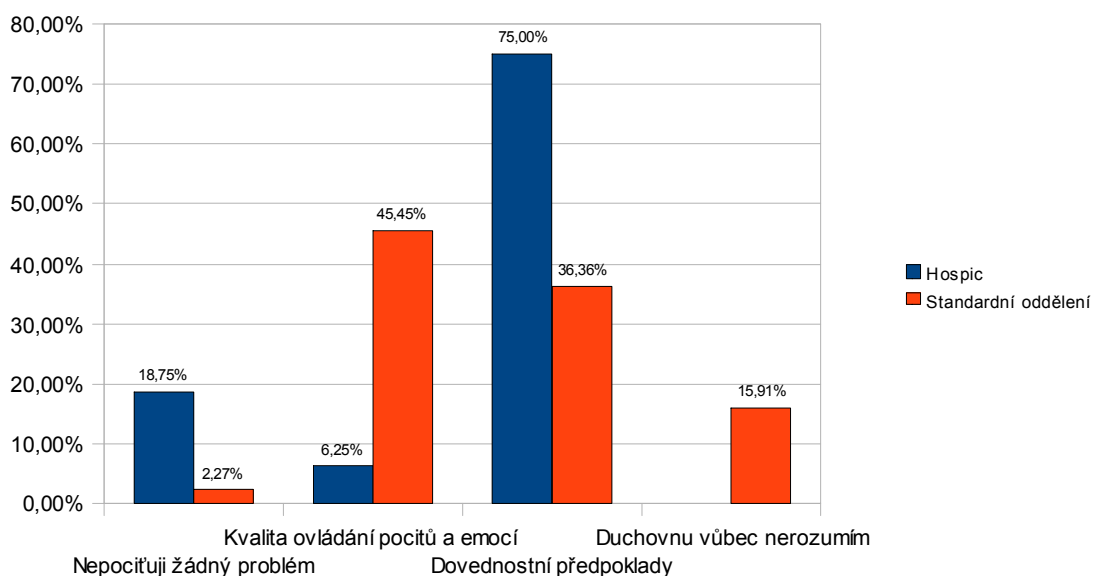
Respondenti skupiny hospic se domnívají, že spíše dokáží zjišťovat duchovní potřeby pacientů v 10 případech (62,50 %), 3 respondenti (18,75 %) odpověděli, že ano, 2 (12,50 %) spíše ne, 1 (6,25 %) respondent ne, a v kategorii nevím nebyla uvedena odpověď.

Ve skupině standardních oddělení odpovědělo ano 12 respondentů (27,27 %), spíše ano 23 respondenti (52,27 %), spíše ne 3 respondenti (6,82 %), ne 2 respondenti (4,55 %), nevím 4 respondenti (9,09 %).

Co Vám dělá největší problémy při zjišťování duchovních potřeb pacientů?

| | Nepocítuji žádný problém | Kvalita ovládnání pocitů a emocí | Dovednostní předpoklady | Duchovnu vůbec nerozumím |
|---------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Hospic | 3 | 1 | 12 | 0 |
| Standardní oddělení | 1 | 20 | 16 | 7 |

Tabulka č. 12 - Osobní problémy respondentů při zjišťování duchovních potřeb



Graf č. 12 - Osobní problémy respondentů při zjišťování duchovních potřeb

Tabulka a graf č. 12 mapují problémy zdravotníků při zjišťování duchovních potřeb pacientů.

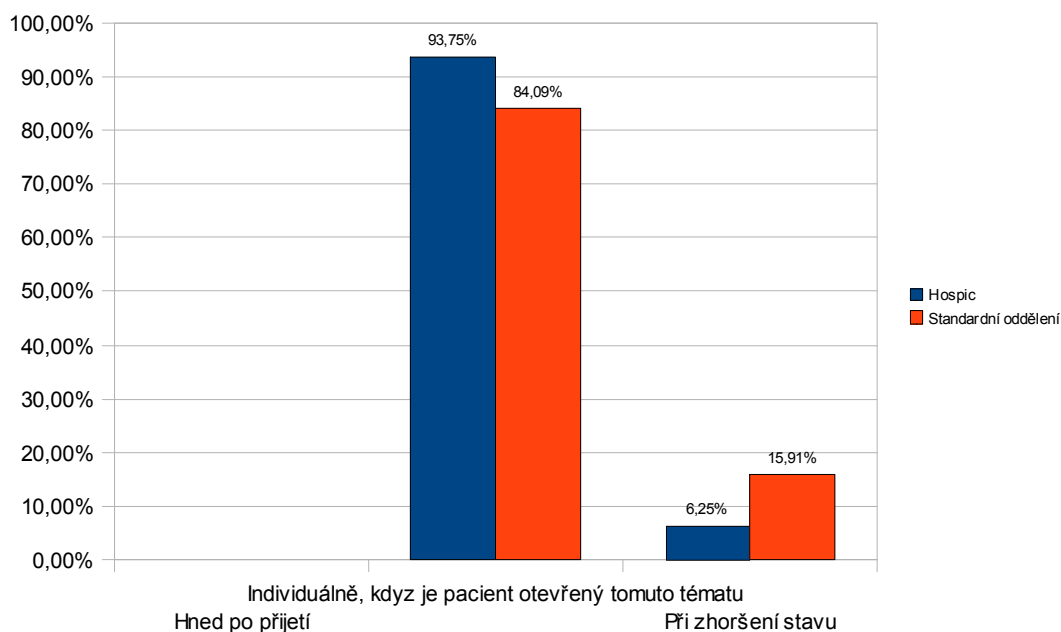
Ve skupině hospic 12 respondentů (75,00 %) uvádí jako problém dovednostní předpoklady, 1 respondent (6,25 %) kvalitu ovládnání pocitů a emocí, a 3 respondenti (18,75 %) nepocítují žádný problém.

U skupiny standardních oddělení 20 respondentů (45,45 %) vidí problém v kvalitě ovládnání pocitů a emocí, 16 respondentů (36,36 %) v dovednostních předpokladech, 7 respondentů (15,91 %) duchovnu vůbec nerozumí, a jen 1 respondent (2,27 %) nepocítuje žádný problém při zjišťování duchovních potřeb pacientů.

Kdy je podle Vás nejvhodnější doba k rozhovor o duchovních potřebách?

| | Hned po přijetí | Individuálně, když je pacient otevřený tomuto tématu | Při zhoršení stavu |
|---------------------|-----------------|---|-----------------------|
| Hospic | 0 | 15 | 1 |
| Standardní oddělení | 0 | 37 | 7 |

Tabulka č. 13 – Názor respondentů na vhodnou dobu k rozhovoru



Graf č. 13 - Názor respondentů na vhodnou dobu k rozhovoru

Tabulka a graf č. 13 znázorňují mínění zdravotního personálu o nejvhodnější době pro rozhovor o duchovních potřebách.

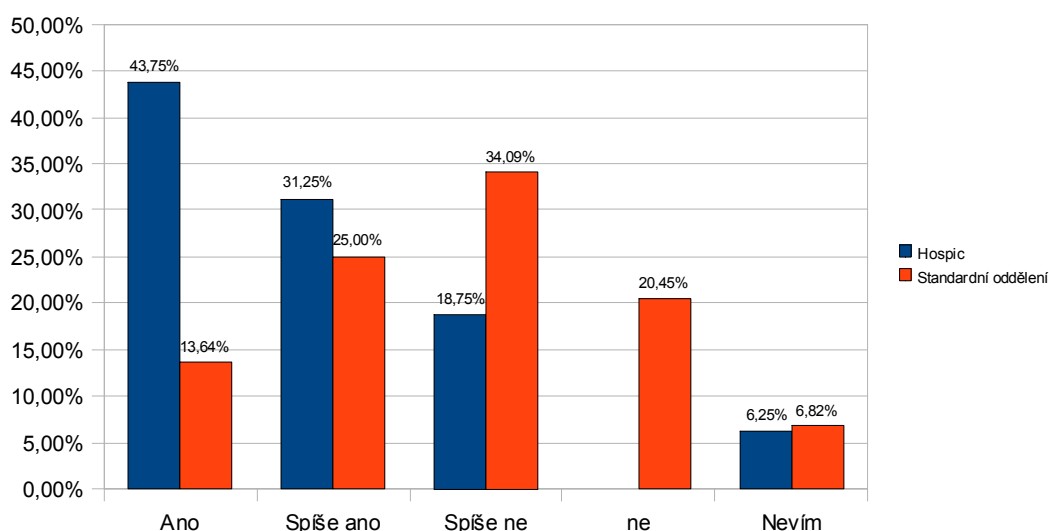
Respondenti skupiny hospic odpověděli v 15 případech (93,75 %), že individuálně, když je pacient otevřený tomuto tématu, a 1 respondent (6,25 %), že při zhoršení stavu.

Respondenti skupiny standardních oddělení v 37 případech (84,09 %), že individuálně, když je pacient otevřený tomuto tématu, a 7 respondentů (15,91 %), že při zhoršení stavu.

Cítíte potřebu dále se vzdělávat v oblasti duchovních potřeb?

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | ne | Nevím |
|---------------------|-----|-----------|----------|----|-------|
| Hospic | 7 | 5 | 3 | 0 | 1 |
| Standardní oddělení | 6 | 11 | 15 | 9 | 3 |

Tabulka č. 14 – Názor respondentů na potřebu dále se vzdělávat



Graf č. 14 - Názor respondentů na potřebu dále se vzdělávat

Tabulka a graf č. 14 mapují názor zdravotníků na potřebu dalšího vzdělávání.

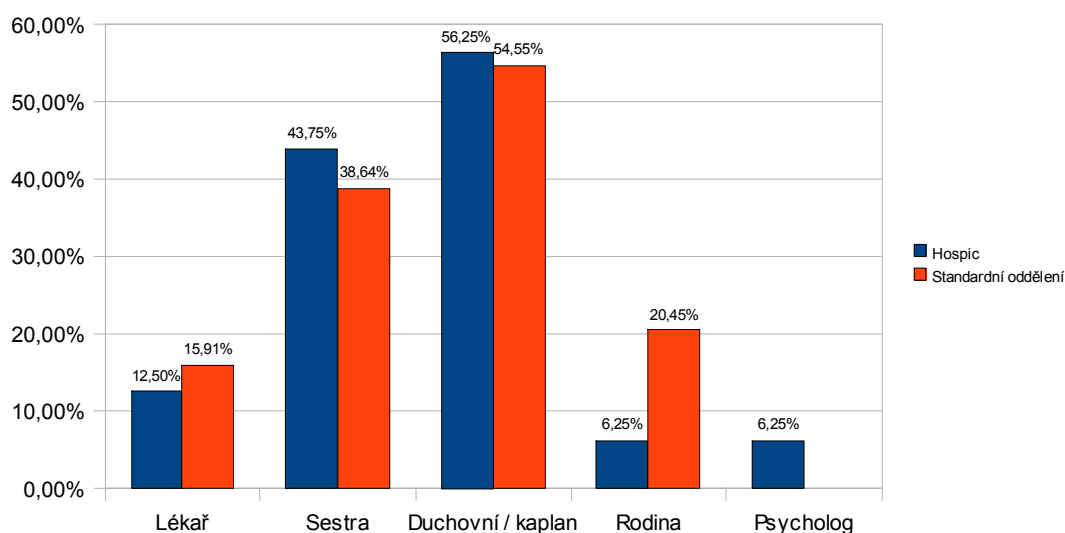
7 respondentů skupiny hospic (43,75 %) odpovědělo, že ano, 5 respondentů (31,25 %), že spíše ano, 3 respondenti (18,75 %) odpověděli, že spíše ne a 1 respondent (6,25 %), že neví. Žádný z respondentů neuvedl položku ne.

Respondenti ze skupiny standardních oddělení odpověděli, že spíše ne v 15 případech (34,09 %), 11 (25,00 %), že spíše ano, 6 respondentů (13,64 %) odpovědělo ano, a 9 respondentů (20,45 %), že ne, 3 respondenti (6,82 %) neví, zda cítí potřebu dále se vzdělávat.

Na koho se dle Vašeho mínění nejvíce pacienti obrazejí se svými duchovními potřebami v nemocnici?

| | Lékař | Sestra | Duchovní / kaplan | Rodina | Psycholog |
|---------------------|-------|--------|-------------------|--------|-----------|
| Hospic | 2 | 7 | 9 | 1 | 1 |
| Standardní oddělení | 7 | 17 | 24 | 9 | 0 |

Tabulka č. 15 – Názor respondentů na pořadí profesí, na které se obrazejí pacienti



Graf č. 15 - Názor respondentů na pořadí profesí, na které se obrazejí pacienti

Tabulka a graf č. 15 mapují postřeh zdravotníků na využitelnost personálu v saturaci duchovních potřeb. Do tabulky byli zařazeni všichni respondenti, kteří odpověděli jednou a více odpověďmi, proto součet respondentů nesouhlasí s počtem respondentů ve sledovaných souborech.

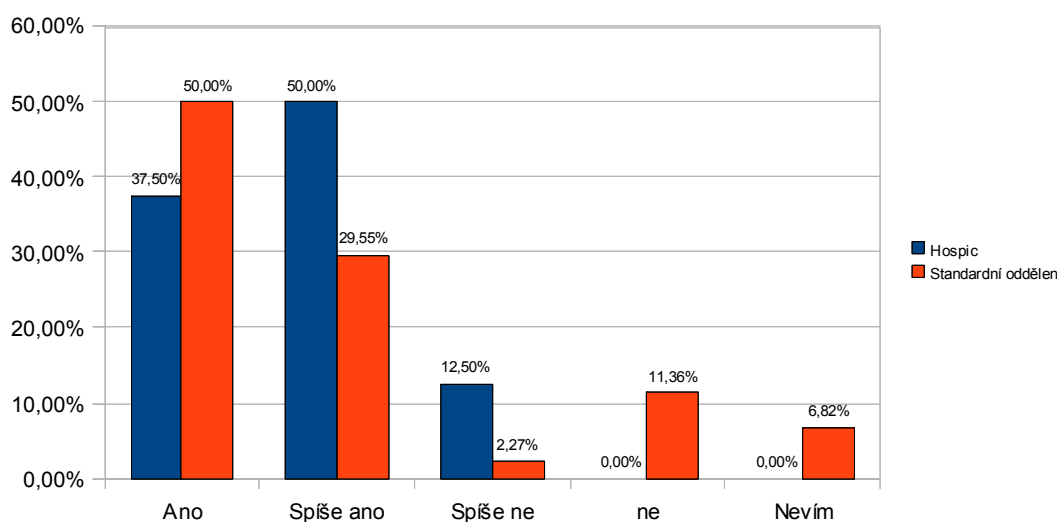
9 respondentů skupiny hospic v 56,25 % uvedli duchovního/kaplanu, 43,75 % - 7 respondentů uvedli sestru, 12,50 % - 2 respondenti uvedli lékaře. 1 respondent (6,25%) si myslí, že se pacienti obrazejí k rodině, a 1 respondent (6,25 %) na položku jiné, napsal psychologa.

Respondenti standardních oddělení si myslí, že nejvíce se pacienti obrazejí k duchovnímu/kaplanovi, a to 24 z nich (54,55 %), 17 respondentů (38,64 %) k sestře, 9 (20,45 %) k rodině, a 7 (15,91 %), že se obrazejí k lékaři.

Domníváte se, že duchovní potřeby ovlivňují zdraví/nemoc pacienta?

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | ne | Nevím |
|---------------------|-----|-----------|----------|----|-------|
| Hospic | 6 | 8 | 2 | 0 | 0 |
| Standardní oddělení | 22 | 13 | 1 | 5 | 3 |

Tabulka č. 16 – Názor respondentů na ovlivňování zdraví/nemoci pacienta duchovními potřebami



Graf č. 16 - TTabulka č. 16 – Názor respondentů na ovlivňování zdraví/nemoci pacienta duchovními potřebami

Tabulka a graf č. 16 představují názory zdravotníků ohledně vlivu duchovních potřeb na zdraví/nemoc pacientů.

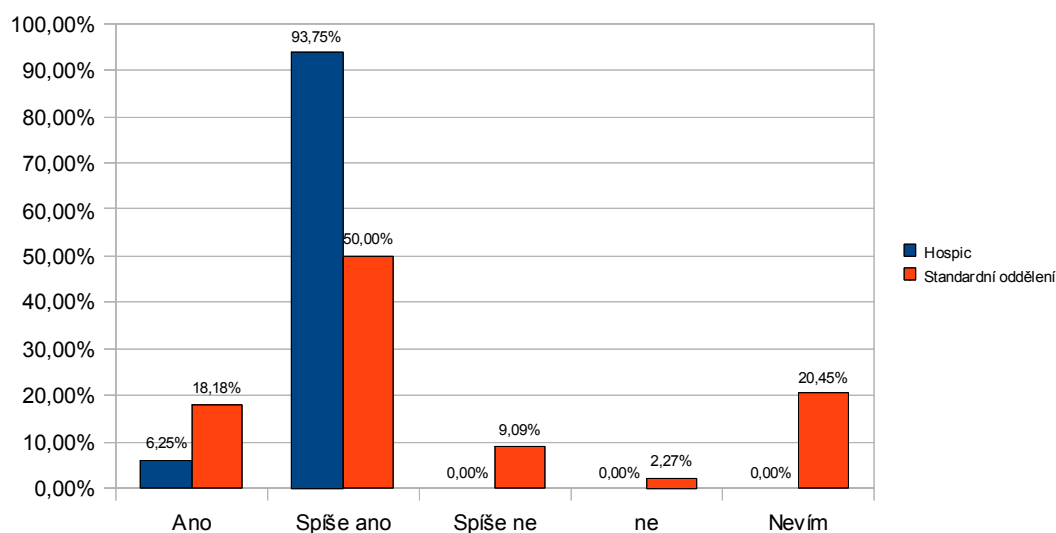
50,00 % - 8 respondentů skupiny hospic se domnívá, že spíše ano a 37,50 % - 6 respondentů si je jisto, že ano. Spíše ne řeklo 12,50 % - 2 respondentů. V položkách ne a nevím nebyla uvedena žádná odpověď.

50,00% - 22 respondentů ze skupiny standardních oddělení si je jisto, že duchovní potřeby ovlivňují zdraví/nemoc a odpovědělo ano, 29,55 % - 13 respondentů si myslí, že spíše ano. Jen 1 respondent (2,27 %) předpokládá, že spíše ne. V položkách ne a nevím nebyla uvedena žádná odpověď.

Jsou podle Vašeho názoru duchovní potřeby pacientů na Vašem pracovišti uspokojovány dostatečně?

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | ne | Nevím |
|---------------------|-----|-----------|----------|----|-------|
| Hospic | 1 | 15 | 0 | 0 | 0 |
| Standardní oddělení | 8 | 22 | 4 | 1 | 9 |

Tabulka č. 17 – Názor respondentů na dostatečnost uspokojování duchovních potřeb



Graf č. 17 - Názor respondentů na dostatečnost uspokojování duchovních potřeb

Tabulka a graf č. 17 mapují úroveň saturace duchovních potřeb na pracovištích dle názoru zdravotního personálu.

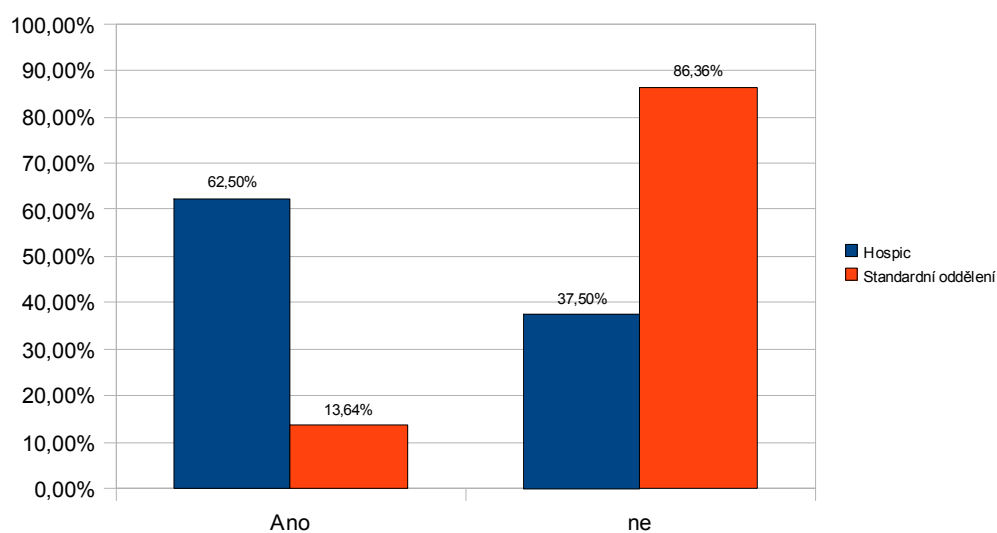
Respondenti skupiny hospic se domnívají, že spíše ano 93,75 % - 15 respondentů, a 1 respondent (6,25 %) si je jistý, že ano. V položkách spíše ne, ne, nevím, nebyla uvedena žádná odpověď.

Ze skupiny standardních oddělení 50,00 % - 22 respondenti řekli spíše ano, 18,18 % - 8 odpovědělo ano. 9,09 % - 4 respondentů si myslí, že spíše ne, 1 respondent (2,27 %) ne, a 20,45 %- 9 respondentů neví.

Účastnil/a jste se během posledního roku některé vzdělávací akce nebo programu s tematikou duchovních potřeb

| | Ano | Ne |
|---------------------|-----|----|
| Hospic | 10 | 6 |
| Standardní oddělení | 6 | 38 |

Tabulka č. 18 – Účast respondentů na vzdělávacích akcích



Graf č. 18 – Účast respondentů na vzdělávacích akcích

Tabulka a graf č. 18 informují o účasti zdravotního personálu na celoživotním vzdělávání.

Ve skupině hospice 10 respondentů (62,50 %) seúčastnilo vzdělávacích akcí a kurzů, a 6 respondentů (37,50 %) ne.

Ve skupině ze standardních oddělení 6 respondentů (13,64 %) se vzdělává, a 38 respondentů (86,36 %) ne.

6.3 Závěr průzkumu

Prvním cílem bylo zjistit, jaký význam přikládají respondenti duchovním potřebám pacientů.

Hypotéza 1 předpokládá, že důležitost oblasti duchovních potřeb pacientů přikládají více respondenti z hospice, než ze standardních oddělení. Při analýze odpovědi budeme vycházet s hlediska, že kladné odpovědi jsou ano a spíše ano. K této hypotéze se vztahují odpovědi na otázky č. 1, 7, 8, 9, 10, 16.

Graf č. 1 (s. 29, tabulka č. 1) rozděluje respondenty do dvou zkoumaných skupin: respondenti pracující v hospici a respondenti pracující na standardních odděleních.

Graf č. 7 (s. 35, tabulka č. 7) je zařazen pro zajímavost. Mapuje jak a co řadí zdravotnický personál mezi duchovní potřeby. Na první místo skupina hospic zařadila potřebu víry (75,00 %), stejně jako skupina ze standardních oddělení (70,49 %).

Graf č. 8 (s. 36, tabulka č. 8) názorně představuje odpovědi na otázku, zda všichni lidé mají duchovní potřeby. Celkem 87,50 % respondentů z hospicu uvádí kladnou odpověď. Respondenti standardních oddělení uvádí celkový počet kladných odpovědí 79,82 %.

Graf č. 9 (s. 37, tabulka č. 9) znázorňuje názory respondentů na to, kdy pocítujeme duchovní potřeby. Respondenti skupiny hospic ve 50,00 % uvedli, že duchovní potřeby pocítujeme po celý život, respondenti standardních oddělení totéž uvedli ve 43,18 %.

Graf č. 10 (s. 38, tabulka č. 10) ilustruje postoje k důležitosti zjišťování duchovních potřeb. Respondenti skupiny hospic kladně odpověděli celkem v 93,75 %, respondenti standardních oddělení celkem v 90,90 %.

Graf č. 16 (s. 44, tabulka č. 16) ukazuje na mínění respondentů, zda duchovní potřeby ovlivňují zdraví/nemoc pacienta. Kladně odpovědělo celkem 87,50 % respondentů skupiny hospic, a 79,55 % respondentů standardních oddělení.

Prvním cílem bylo zjistit, jaký význam přikládají respondenti duchovním potřebám pacientů a hypotéza 1 předpokládala, že důležitost duchovních potřeb pacientů přikládají více respondenti z hospice, než ze standardních oddělení. Vycházeli jsme z názoru, že typ pracoviště ovlivňuje formování postojů šetřených respondentů. Respondenti skupiny hospic ošetřují pacienty v terminálním stadiu života, jejichž hodnotový systém se v průběhu chronického onemocnění a před smrtí výrazně mění. Každodenní kontakt s těmito pacienty ovlivňuje ošetřující personál, který se tím stává

vnímavějším k duchovním potřebám nemocných. Zjistili jsme zajímavou shodu v názorech respondentů obou šetřených skupin ohledně prioritní duchovní potřeby - potřeby víry (graf č. 7, s. 35). Větší procento respondentů z hospice si myslí, že všichni lidé mají duchovní potřeby (graf č. 8, s. 36) 87 %. V 50 % uvedli, že je pocitujeme po celý život (graf č. 9, s. 37), v 87 % (graf č. 16, s. 44), že ovlivňují zdraví/nemoc pacienta. Otázka č. 10 se přímo ptá na důležitost zjišťování duchovních potřeb pacientů a odpověď dokazuje, že to je důležité pro 93% respondentů z hospice (graf č. 10, s. 38).

Hypotéza 1 se potvrdila. Prvního cíle bylo dosaženo.

Druhým cílem bylo zjistit, zda zdravotnický personál je schopen na téma duchovních potřeb komunikovat s pacienty a saturovat je.

Hypotéza 2 předpokládá, že čím delší je praxe respondentů a čím vyšší je dosažené vzdělání respondentů, tím jednodušší bude zjišťování duchovních potřeb pacientů, a to v obou skupinách průzkumného vzorce. Při posuzování výsledků budeme vycházet z hlediska, že delší praxe je od 21 let a více, vyšším vzděláním je specializace v oboru; diplomovaná sestra, bakalář ošetrovatelství. Kladná odpověď je ano a spíše ano. K této hypotéze se vztahují odpovědi na otázky č. 3, 5, 11.

Graf č. 3. (s. 31, tabulka č. 3) rozděluje respondenty dle délky praxe. Skupina hospic má 12,50 % respondentů s delší praxí, a skupina standardních oddělení má 27,28 % respondentů s delší praxí.

Graf č. 5. (s. 33, tabulka č. 5) rozděluje respondenty dle dosaženého vzdělání. Skupina hospic obsahuje 25,00 % respondentů s vyšším vzděláním a skupina standardních oddělení má vyšší vzdělání u 34,10 % respondentů.

Graf č. 11. (s. 39, tabulka č. 11) znázorňuje odpovědi na otázku, zda respondenti dokáží zjišťovat duchovní potřeby pacientů. Kladných odpovědí z hospice je 81,25 %, a ze standardních oddělení 79,54 %.

Hypotéza 2 předpokládala, že čím delší je praxe respondentů a čím vyšší je dosažené vzdělání respondentů, tím jednodušší bude zjišťování duchovních potřeb pacientů. Překvapivé bylo zjištění, že na standardních odděleních s narůstající délkou praxe zůstává méně zdravotníků (graf č. 3, s. 31). Patrně je to dáno náročností práce, směnným provozem a nedostatečným finančním ohodnocením. Úroveň kvalifikačního

vzdělání respondentů je stále alarmující. Méně než 35 % má vyšší vzdělání (graf č. 5, s. 33). Ale potěšující bylo, že více než 79% (graf č. 11, s. 39) respondentů dokáže zjišťovat duchovní potřeby pacientů.

Hypotéza 2 se nepotvrdila.

Hypotéza 3 předpokládá, že respondenti standardních oddělení zjišťují duchovní potřeby pacientů častěji při příjmu, než respondenti hospicu. K této hypotéze se vztahují odpovědi na otázky č 1, 6, 13.

Graf č. 1 (s. 29, tabulka č. 1) rozděluje respondenty do dvou zkoumaných skupin: respondenti pracující v hospicu a respondenti pracující na standardních odděleních.

Graf č. 6 (s. 34, tabulka č. 6) ilustruje odpovědi na fázi zjišťování duchovních potřeb na jejich pracovištích. Respondenti z hospicu ve 25,00 % zjišťují duchovní potřeby při příjmu a ze standardních oddělení v 52,27 % zjišťují duchovní potřeby také při příjmu.

Graf č. 13 (s. 41, tabulka č. 13) pro zajímavost představuje názory respondentů na nejvhodnější dobu pro rozhovor o duchovních potřebách pacientů. Žádný respondent si nemyslí, že ihned po přijetí je nejvhodnější doba, ale že je lepší individuální zjištění tehdy, když je pacient otevřený tomuto tématu - až 93,75 % z hospicu a 84,09 % ze standardních oddělení.

Hypotéza č. 3 předpokládala, že respondenti standardních oddělení zjišťují duchovní potřeby pacientů spíše při příjmu, než respondenti hospicu. Ovšem, „zajaté koleje“ stále fungují. Ve standardním oddělení se v 52 % (graf č. 6, s. 34) „vyptávají“ na otázky víry a hodnot ihned při příjmu. I když 84 % (graf č. 13, s. 41) z této skupiny respondentů si myslí, že nejvhodnější dobou by bylo zjišťovat duchovní potřeby individuálně, tehdy když je pacient otevřený tomuto tématu. V tomto postupu je třeba udělat změny v ošetrovatelských postupech, a to manažérkami ošetrovatelské péče.

Hypotéza 3 se potvrdila.

Hypotéza 4 předpokládá, že se pacienti se svými duchovními potřebami častěji obracejí na sestru, a to v obou zkoumaných skupinách. K této hypotéze se vztahují odpovědi na otázku č. 15.

Graf č. 15 (s. 43, tabulka č. 15) rozděluje respondenty podle názoru, na koho se pacienti častěji obracejí se svými duchovními potřebami. Obě skupiny respondentů

uvádějí, že se častěji pacienti obracejí na duchovního/kapläna, a to skupina hospic v 56,25 %, a ze skupiny standardních oddělení v 54,55 %. 43,75 % respondentů skupiny hospic uvádí, že se pacienti obracejí na sestru. Totéž uvádí 38,64 % respondentů ze standardních oddělení.

Hypotéza 4 zjišťovala autoritu zdravotníků /sestry/ z hlediska pacienta. Nakolik je sestra kompetentní v duchovních otázkách? Umí naslouchat a zalouží si důvěru pacienta? Na koho se obracejí pacienti s duchovními otázkami a duchovními potřebami? Výsledky šetření byli překvapující. Ve většině případů se pacienti se svými duchovními potřebami obracejí na duchovního/kapläna - až 56 % (hospic) (graf č. 15, s. 43), ne na sestru. Sestra /všeobecná/, která je „poblíž a k dispozici“ 24 hodin denně, bývá „využita“ nejvíce v 44 % (hospic). Domníváme se, že sestřský tým přenechává tyto otázky „odborníkovi přes duši“ (duchovní/kaplan), a také z důvodu velkého množství „důležitější“ práce, např. „papírování“. Hlavně ale předpokládáme stále ještě nedostačující úroveň vzdělanosti zdravotnického personálu v této problematice.

Hypotéza 4 se nepotvrdila. Druhého cíle bylo dosaženo.

Třetím cílem práce bylo zjistit, zda zdravotnický personál cítí potřebu se vzdělávat a zda se vzdělává v oblasti duchovních témat.

Hypotéza 5 předpokládá, že zdravotnický personál z hospicu cítí větší potřebu se vzdělávat a také se víc vzdělává. K této hypotéze se vztahují odpovědi na otázky č 1, 12, 14, 17, 18.

Graf č. 1 (s. 29, tabulka č. 1) rozděluje respondenty do dvou zkoumaných skupin: jsou to respondenti pracující v hospici a respondenti pracující na standardních odděleních.

Graf č. 12 (s. 40, tabulka č. 12) je sem zařazen pro zajímavost. Ukazuje, co dělá respondentům největší problémy při zjišťování duchovních potřeb. U skupiny hospic jsou nejpočetnější položkou dovednostní předpoklady - 15,00 %, u skupiny ze standardních oddělení - 45,45 % je to kvalita ovládnutí pocitů a emocí.

Graf č 17 (s. 45, tabulka 17) mapuje názory respondentů ohledně dostatečného uspokojování duchovních potřeb na jejich pracovištích. 100 % respondentů z hospice odpovědělo kladně (ano a spíše ano), a stejně odpovídá 98,18 % respondentů ze

standardních oddělení.

Graf č. 14 (s. 42, tabulka č. 14) ilustruje potřebu respondentů se dále vzdělávat v oblasti duchovních potřeb. 75 % respondentů z hospice cítí potřebu vzdělávání, stejnou potřebu cítí 48,64 % respondentů ze standardních oddělení.

Graf č. 18 (s. 46, tabulka č. 18) rozděluje respondenty podle jejich účasti na vzdělávacích akcích nebo programech na duchovní témata během posledního roku. 62,50% respondentů z hospicu se vzdělává, a jen 13,64 % respondentů ze standardních oddělení se vzdělává .

Hypotéza 5 předpokládala, že zdravotnický personál z hospicu cítí větší potřebu se vzdělávat a také se víc vzdělává. Zdravotník, jenž se setkává s emocionálními zážitky a příběhy, musí mít mnoho vědomostí a musí dokázat být součástí osudu. Každodenní kontakt s pacienty v terminálním stadiu života, ovlivňuje a „vychovává“ ošetřující personál. Hledání složitých odpovědí spíše „donutí“ ke vzdělávání v této problematice. Stojí za zmínku, že věkové obsazení respondentů v hospici je stejnoměrné, ale na standardních odděleních je až 43 % v kategorii 19-30 let, a jen 9 % v kategorii 51 a více (graf č. 2, s.30).. „Růžové brýle“ mládí, princip lehkosti života dnešní sekulární společnosti může mít také vliv na hluboké a nejednoduché porozumění různých dimenzí člověka a snahu se v nich vzdělávat.

Paradoxním bylo zjištění, že 52 % respondentů ze standardních oddělení přiznává, jako největší problém při zjišťování duchovních potřeb vidí dovednostní předpoklady a že duchovnu vůbec nerozumí (graf č. 12, s. 40), přitom se vzdělává jen 13 % respondentů (graf č. 18, s. 46).

Na otázku, zda jsou na jejich pracovišti duchovní potřeby pacientů uspokojovány dostatečně, skupina hospic ve 100% uvádí kladnou odpověď (graf č. 17, s. 45), ale přitom 75 % cítí potřebu dalšího vzdělávání (graf č. 14, s. 42) a 62 % z nich se vzdělává (graf č. 18, s. 46).

Hypotéza 5 se potvrdila. Třetího cíle bylo dosaženo.

Z provedeného průzkumu vyplývá, že i když většina respondentů uznává důležitost duchovních potřeb pacientů a nutnou orientaci v této problematice, jen zlomek z nich se dále vzdělává.

Přehodnotíme-li a změníme-li přístup k potřebám jiných a k potřebám svým, budeme-li se snažit a dále se vzdělávat, bude naše společnost blíže k ideálu holistického ošetřovatelství. Společnost, součástí které je každý z nás a ošetřovatelství, které bude potřebovat každý.

7 DISKUSE

Duševním a duchovním tématům je stále věnovaná větší pozornost a zájem společnosti. S tímto tématem je možno najít řadu knih a článků ve vědeckých a odborných časopisech.

Své poznatky prezentuje PhDr. Jitka Němcová, Ph.D., v časopise *Diagnóza v ošetrovatelství*, kde píše: „Ošetrovatelství je humanitní věda, jejíž filozofií je holistický přístup k člověku a jeho potřebám. Hlavní úlohou ošetrovatelství je docílit optimálního fyzického, duševního, sociálního a duchovního stavu člověka. Nemoc se projevuje ve všech dimenzích lidské osoby, biologické, psychické, sociální a spirituální. Spirituální aktivity jsou v této hierarchii nejhluběji, neboť jsou nejbližší středu osobnosti – pacientovu já. Jestliže si uvědomíme vzájemné vazby těchto dimenzí, pochopíme, že naše zdravotní péče se musí týkat celého člověka.” (NĚMCOVÁ, 2010).

Na sestru jsou kladeny vysoké nároky na erudovanost v oboru ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces, stavěný na koncepčních modelech, značně zjednodušuje práci.

A k tomu, je třeba vnímat v širším záběru možnosti saturace duchovních potřeb pacientů. Současní psychoterapeuti, psychologové a religionisté čeští i ze zahraničí napovídají teoreticky a prakticky zájemcům, kteří chtějí hlouběji porozumět sobě samým, svým pacientům a mezilidským vztahům v jejich složitosti a s ohledem na jejich význam pro plnohodnotný život.

Etický kodex Mezinárodní rady sester klade důraz na povinnost sestry realizovat co možná nejvyšší úroveň zdravotní a ošetrovatelské péče. Při poskytování ošetrovatelské péče musí sestra respektovat náboženské přesvědčení člověka, jeho životní hodnoty a zvyky a musí se snažit zajistit mu takové podmínky, které by mohly vyhovovat jeho individuálním potřebám.

Pohledy na duševně duchovní hodnoty člověka se na tuto problematiku v ošetrovatelství mohou lišit. Vzhledem k tomu, že se jedná o téma obrovského rozměru, je možno uchopit jednotlivé komponenty zvlášť a věnovat jim konkrétní pozornost. Zatím, co se moje práce zabývá erudovaností zdravotnického personálu v této problematice a saturací duchovních potřeb pacientů, jiné práce se zabývají zkoumáním názorů pacientů na jejich duševně duchovní potřeby. Například, diplomová

práce „Duchovní potřeby seniorů“ Bc. Ireny Hájkové z Masarykovy univerzity v Brně, rok obhájení 2008, je zaměřena na oblast duchovních potřeb seniorů, žijících ve vlastní domácnosti jako přirozeném sociálním prostředí a v zařízeních sociální péče.

Na základě výzkumného šetření, Irena Hájková došla k závěru, že míra duchovního prožívání není závislá ani na věku, ani na zaměření (teistickém / ateistickém). Hledání vztahu mezi zakoušením životního smyslu a osobní vírou svědčí o tom, že duchovní potřeby pociťují všichni lidé, a to je velmi podstatné pro zdravotnický personál.

Moje bakalářská práce byla zaměřena na holistické náhledy na člověka/pacienta/klienta, různé aspekty jeho duchovních dimenzí a potřeb. Důležitost této problematiky se potvrzuje i díky jiným průzkumům. Praktická část práce zjišťovala názory, postoje a mínění zdravotnického personálu v duševně duchovních tématech. *Je to skutečně tak důležité? Vyznám se v této problematice? Jsem opravdu kvalifikovaný? Měl bych a mohl udělat více?* Podobné otázky mohly a měly napadnout respondenty při zamyšlení nad odpověďmi v dotazníku.

Úspěšnost našeho průzkumného šetření jsme hodnotili pomocí procentuálního podílu. Bylo dosaženo 3 cílů, ověřeno 5 hypotéz. Dospěli jsme k tomu, že typ pracoviště ovlivňuje formování postojů šetřených respondentů. Možná právě proto skupina respondentů z hospicu uznává důležitost a podstatu duchovních potřeb pacientů více, než skupina respondentů ze standardních oddělení.

Zjistili jsme, že ani délka praxe, ani dosažené vzdělání, nemají rozhodující vliv a že více než 79% respondentů dokáže zjišťovat duchovní potřeby pacientů.

Bohužel, na mnoha pracovištích ještě nejsou provedeny změny v odhadu nevhodnější doby pro zjišťování, pro pacienta, tak intimních témat. Na standardních odděleních se „dotazují“ na otázky víry a hodnot pacienta ihned při příjmu, což má rozhodně vliv na otevřenost pacienta a následnou důvěru k zdravotnickému personálu. Může to svědčit buď o nedostatečných dovednostech zdravotníků v oblasti komunikace anebo o malé ochotě „přizpůsobit“ se pacientovi.

Otázka důvěry a náklonosti se ověřovala hypotézou, která předpokládala, že ve většině případů pacient „využije“ možnosti se svěřit se svými duchovními potřebami

právě „non-stop“ přítomné sestře. Ale obě skupiny respondentů uvádějí, že se častěji pacienti obracejí na duchovního/kaplana. Odbornost jiných „profesionálů“ je samozřejmě neoddiskutovatelná, potěšující a vítaná, ale sestra má stále nezastupitelnou výhodu „blízkosti“ pacienta, řadu možností pozorovat ho při plnění lékařských ordinací, má spoustu „obyčejných“ situací, vhodných pro nezávaznou komunikaci k této problematice.

Zajímavé je, že respondenti standardních oddělení ve více než v 52 % přiznávají, že problémem ve zjišťování duchovních potřeb jsou nedostatečné dovednostní předpoklady, ale jen 13% z nich se vzdělává.

Z výsledků našeho průzkumu jsme došli k závěru, že duševně duchovní témata jsou aktuální a musíme dělat určité kroky ke zlepšení holistické péče o člověka/pacienta/klienta.

7.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro zdravotnický personál

Doporučuji managementu ošetřovatelské péče:

- provádět průzkumy s problematikou duchovních potřeb pacientů,
- organizovat a zprostředkovávat dobrovolnictví na oddělení ,
- zdokonalit proces výběru zdravotnického personálu dle kritérií humánnosti a empatie.

Doporučuji vrchním a staničním sestram:

- spolupracovat s koordinátorkami spirituální péče (pokud jsou) a s týmem odborníků přes „duši“: tj. kaplany, duchovními, pastory, kněžími.

Doporučuji staničním sestřám:

- zdůrazňovat potřebu holistické péče a sjednotit pohled celého týmu (oddělení) na holistickou péči.

Doporučuji všem zdravotníkům:

- vyhledávat vzdělávací kurzy nebo akce s duchovní tematikou,
- zapojit se do e-univerzity,
- vyhledávat odbornou literaturu zabývající se duchovní problematikou a mít

ji k dispozici v knihovně pro pacienty (brožury, knihy, časopisy různých církví, ...),

- vzdělávat se v komunikaci,
- snažit se dodržovat „uzdravující ticho“ na chodbách oddělení (namazat dveře, zásuvky),
- nebát se navrhopvat organizační změny,
- všímat si „otevřenosti“ pacienta, být empatictějšími a využívat „volnou“ chvíli pro naslouchání.

Doporučení pro pacienty

Doporučuji pacientům:

- být otevřenějšími a mít odvahu mluvit o všem, co je trápí,
- navrhopvat „způsoby“ vedoucí ke zpříjemnění nemocničních prostor (pokoj), změny v jídelníčku, ...
- projevovat trpělivost vůči zdravotnickému personálu.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje a orientaci zdravotnického personálu v problematice duševně duchovních témat a potřeb pacientů, porovnat jejich názory a ověřit si zájem o vzdělávání v této oblasti.

Z průzkumu vyplývá, že i když si zdravotnický personál uvědomuje důležitost duchovních témat, jednoznačně má problémy se saturací duchovních potřeb pacientů. Třebaže si zdravotnický personál uvědomuje i potřebu dále se vzdělávat v této oblasti, zatím tak většina respondentů nečiní.

Ať už jste věřícím, ateistou nebo někým mezi, přece máte ve své spiritualitě důležitou oporu. Vždy můžete hledat sílu hluboko uvnitř sebe. Vždy se můžete odevzdat „vůli“ života, přesahovat ven, mimo sebe. Když jednoho dne zjistíme, že se naše tělo vážně porouchalo, pak fakt, jak to přijmeme a jak se s touto informací vyrovnáme, bude záviset do značné míry na tom, jak dobře jsme se starali o svou duši a ducha.

*Bylo již dávno řečeno, že sloužiti a prospívati je vlastností povah
vznešených.*

J. Amos Komenský

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČERVINKOVÁ, E. a kol. 2001. *Ošetrovatelské diagnózy*. 2001. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-332-5.
2. DOENGES, M., E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
3. FRANKL, V. E. 1996. *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno : Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
4. FREIDOVÁ, H. 2000. *Duchovní potřeby a hospic*. Ostrava, 2000. 79 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta. Katedra psychosociálních věd a speciální etiky. Dostupný také z WWW:<
<http://www.umirani.cz/res/data/006/000739.pdf>>.
5. HÁJKOVÁ, I. 2008. *Duchovní potřeby seniorů*. Brno, 2008. 134 s., [11] s. příl. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Dostupný také z WWW:<
http://is.muni.cz/th/60167/lf_m/Diplomova_prace_Duchovni_potreby_senioru.pdf>.
6. HALÍK, T. 2005. *Noc zpovědníka*. Praha : Lidové noviny, 2005. ISBN 80-7106-777-6.
7. HALÍK, T. 2009. *Stromu zbývá neděje*. Praha: Lidové noviny, 2009. ISBN 978-80-7106-989-8.
8. KOMÍNKOVÁ, H. 2002. Právo na důstojné umírání . *Sestra*, 2002, roč. 12, č. 1, s. 20-21. ISSN 1210-04-04.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. 2004. Porozumět duchovní stránce pacienta. *Ošetrovatelství*, 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 84-85. ISSN 1212-723X.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Povídej – naslouchám*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7195-405-7.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence : Otázky na vrcholu života*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
13. KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
14. KÜBLER-ROSS, E. 2003. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání : Etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha : Tvorba, 1995. ISBN 0-02-089150-4.
15. MAREČKOVÁ, J. 2008. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha :

Grada, 2008. ISBN 80-247-1399-3.

16. MARIANO, C. 2000. *Etika v holistické péči - poskytování péče citlivé na fyzické a duchovní potřeby pacientů* (Holistic Ethic Providing physically and spiritually sensitive care). Přel. Nollová, M. Original Amer. J. Nurs., 101, 2000, č.1, s. 24A-24C.

17. MASTILIAKOVÁ, D. 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Adamov : Mikada, 1999. ISBN 80-7013-277-9.

18. MOORE, T. 1997. *Kniha o duši : Pohled hlubinné psychologie a spirituálních tradic na problémy všedního života*. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-126-6.

19. MOORE, T. 2010. *Léčebná péče o duši*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-782-4.

20. NEMČEKOVÁ, M.et al. 2004. *Práva pacientov*. Martin : Osveta, 2004. ISBN 80-8063-162-X.

21. NĚMCOVÁ, J. 2010. Saturace spirituálních potřeb pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, roč. 6, č. 1, s. 26-29. ISSN 1801-1349.

22. OPATRŇY, A. 2001. *Pastorace v postmoderní společnosti*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2001. ISBN 80-7192-557-8.

23. PETROSILLO, P. 1998. *Křesťanství od A do Z*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 1998. ISBN 80-7192-365-6.

24. PETROVÁ, A. 2005. *K problematice psychologie existence*. Olomouc : Votobia, 2005. ISBN 80-7220-244-8.

25. ŘÍČAN, P. 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.

26. SVATOŠOVÁ, M. 2003. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.

27. ŠIFFELOVÁ, D. 2010. *Rogerovská psychoterapie pro 21. století*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

28. ŠKRLOVÁ, M. 2011. *Role sestry v duchovní dimenzi pacienta*. [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné z WWW: <www.intermd.cz>.

29. TRACHTOVÁ, E. et al. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-8.

30. UHURA, A. M. 2004. Víra a duchovní hodnoty klienta v ošetrovatelské péči. *Ošetrovatelství*, 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 80-81. ISSN 1212-723X.

31. VAŠÁTKOVÁ, I. et al.. 2001. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-327-9.

32. VECHOTOVÁ, J. 2002. Holistický a integrálně.antropologický pohled na potřeby

člověka. *Ošetřovatelství*, 2002, roč. 4, č. 3-4, s. 58-59. ISSN 1212-7723X.

33. VURST, S. 2010. Přenáším duchovnost z kostela do civilního života. *Advent*, roč. 9, č. 2, s. 3-7. ISSN 1210-3365.

34. ZELENÍKOVÁ, R. 2003. Úloha sestry v saturacii spirituálních potřeb u chorých. *Ošetřovatelství*, 2003, roč. 5, s. 3-7. ISSN 1212-723X.

www.vira.cz

www.hospice.cz

www.intermwd.cz

www.vzdelavani-zdravotniku.cz/nelekarsti-zdravotnici

SEZNAM PŘÍLOH

- Príloha A - Žádost se zpracováním dotaníkú v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech I
Príloha B - Žádost o umožnění provádění výzkumu v Nemocnici Na Františku II
Príloha C - Žádost o umožnění provádění výzkumu ve Fakultní Nemocnici v Motole III
Príloha D - Dotazník pro sestry IV-VII

Nataliya Hudová
studentka- studijní obor všeobecná sestra
Vysoké škola zdravotnická o.p.s,
Duškova 7
Praha 5

PŘÍLOHA A

Hospic Dobrého Pastýře Čerčany
Sokolská 584
257 22 Čerčany

V Praze dne 16. 2. 2011

Žádost o souhlas se zpracováním dotazníků

Obracím se na vás se žádostí o vydání souhlasu s rozšířením a zpracováním anonymních dotazníků ve vašem zařízení. Dotazníky jsou součástí mé bakalářské práce na téma: „Duševně duchovní témata v ošetrovatelském procesu“. Informace, které pomocí dotazníku získám, budou použity výlučně k napsání mé bakalářské práce.

Děkuji.

Nataliya Hudová



Přílohy:
Dotazník 3 s.

Souhlasím se zpracováním
dotazníků pro bakalářskou
práci

Mgr. Tereza Kubo
veditelka služby
Vedoucí lékař I



OBČANSKÉ SDRUŽENÍ TŘI
Sokolská 584, 257 22 Čerčany
tel./fax: 317 777 381 (10)
IČO: 18623433 DIČ: CZ18623433

Nataliya Hudová
studentka- studijní obor všeobecná sestra
Vysoké škola zdravotnická o.p.s,
Duškova 7
Praha 5

PŘÍLOHA B

Nemocnice Na Františku
Na Františku 847/8
110 00 Praha 1

V Praze dne 16. 2. 2011

Žádost o souhlas se zpracováním dotazníků

Obracím se na vás se žádostí o vydání souhlasu s rozšířením a zpracováním anonymních dotazníků ve vašem zařízení. Dotazníky jsou součástí mé bakalářské práce na téma: „Duševně duchovní témata v ošetrovatelském procesu“. Informace, které pomocí dotazníku získám, budou použity výlučně k napsání mé bakalářské práce.

Děkuji.



Nataliya Hudová

Přílohy:
Dotazník 3 s.

Interní oddělení
Vrchní sestra
Bc. Gabriela Kozlová

18. 2. 2011
Vrchní sestra



FN MOTOL



PŘÍLOHA C

FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84

☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020

E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 16.2.2011

Vážená paní
Natálie Hudová
VŠZ Duškova 7
150 00 Praha 5

Věc: Žádost o umožnění provádění výzkumu

Vážená paní Hudová,

vyhovuji Vaší žádosti a **souhlasím** s prováděním výzkumu pro Vaši bakalářskou práci na téma „Duševně duchovní témata v ošetrovatelském procesu“. Obrátte se prosím na vrchní sestry příslušných klinik.

S pozdravem

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Vážene kolegyně,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění předloženého anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Duševně duchovní témata v ošetrovatelském procesu“.

Informace, které pomocí dotazníku získáme, budou použity výlučně k napsání mé závěrečné práce. Dotazník si prosím pozorně přečtete a zakroužkujte odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňujete.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Nataliya Hudová

studentka vysoké školy zdravotnické o.p.s, Praha 5

studijní obor všeobecná sestra

1. Pracovní zařazení

- Hospic
- Standartní oddělení

2. Věk

- 19 - 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- 51 a více

3. Délka praxe ve zdravotnictví

- 0 - 10 let
- 11 - 20 let
- 21 – 30 let
- 31 a více

4. Funkční zařazení

- Sestra manažerka
- Sestra u lůžka

5. Nejvyšší dosažené vzdělání

- Zdravotní asistent
- Všeobecná sestra
- Specializace v oboru
- Diplomovaná sestra
- Bakalař ošetrovatelství
- Magistr ošetrovatelství

6. Ve které fázi hospitalizace zjišťujete duševně duchovní potřeby pacientů?

- Při příjmu
- V době hospitalizace
- Potřeby nezjišťujeme

7. Které z následujících potřeb řadíte mezi duševně duchovní?

- Potřeba naděje
- Potřeba víry
- Potřeba odpustit
- Potřeba lásky
- Potřeba, aby mi bylo odpuštěno
- Potřeba důstojnosti
- Potřeba smyslu života
- Jiné

8. Domníváte se, že všichni lidé mají duševně duchovní potřeby?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

9. Domníváte se, že pocítujeme duševně duchovní potřeby ...

- Po celý život
- V náročných životních situacích, zvláště v těžké nemoci

- Jen před smrtí
- Jiné

10. Domníváte se, že je důležité zjišťovat u pacientů jejich duševně duchovní potřeby?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

11. Domníváte se, že to dokážete?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

12. Co Vám dělá největší problémy při zjišťování duševně duchovních potřeb pacientů?

- Nepocituji žádný problem
- Kvalita ovládnání pocitů a emocí
- Dovednostní předpoklady
- Duchovnu vůbec nerozumím
- Jiné

13. Kdy je podle Vás nejvhodnější doba na rozhovor o duševně duchovních potřebách?

- Hned po přijetí
- Individuálně, když je pacient otevřený tomuto tématu
- Při zhoršení stavu
- Jiné

14. Cítíte potřebu dále se vzdělávat v oblasti duševně duchovních potřeb?

- Ano

- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

15. Na koho se dle Vašeho mínění nejvíce pacienti obracejí se svými duševně duchovními potřebami v nemocnici?

- Lékař
- Sestra
- Duchovní
- Rodina
- Ostatní

16. Domníváte se, že duševně duchovní potřeby ovlivňují zdraví/nemoc pacienta?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

17. Jsou podle Vašeho názoru duševně duchovní potřeby pacientů na Vašem pracovišti uspokojovány dostatečně?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

18. Účastnil/a jste se během posledního roku některé vzdělávací akce nebo programu s tématikou duševně duchovních potřeb?

- Ano
- Ne