

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S., PRAHA 5

**VÝZNAM SPIRITUÁLNÍ PÉČE
PRO NEMOCNÉ V RÁMCI HOSPITALIZACE**

Bakalářská práce

BARBORA HOLÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Wichsová

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Holá Barbora
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 2. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Význam spirituální péče pro nemocné v rámci hospitalizace

The Importance of Spiritual Care for Hospitalized Patients

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Wichsová

Konzultant práce: PhDr. Eva Kymrová

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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 18. 03. 2013

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé práce paní Mgr. Janě Wichsové za čas který mi věnovala a také pastorům, kteří se mnou ochotně spolupracovali a obohatili nejen moji práci, ale zejména můj pohled na jejich nelehkou a obětavou práci.

ABSTRAKT

HOLÁ, Barbora. *Význam spirituální péče pro nemocné v rámci hospitalizace*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Wichsová Jana. Praha. 2012. 74 s.

Cílem práce je zjistit zda víra a s ní spojená kaplanská péče napomáhá zvládnutí a překonání krizového období života a to jak pacientům, tak i jejich rodinám. Je položena otázka, zda je v České republice spirituální péče dostatečná, v jakém světle je vnímána pacienty, příbuznými, ale i samotnými zdravotníky a jakým způsobem je v našich zdravotnických zařízeních spirituální péče nabízena a zprostředkována. Dalším cílem práce je zjistit, zda i člověku, který se oficiálně nehlásí k nějaké náboženské instituci, by spirituální péče byla oporou v překonání a lidsky důstojnému zvládnutí jeho těžké životní situace a, i v nemoci, znovunalezení smyslu života. Průzkum se zajímá o to, na kterých typech oddělení je spirituální péče preferována. Ke zjištění výsledků je použit kvalitativní průzkum provedený formou strukturalizovaného rozhovoru.

Klíčová slova:

Spiritualita. Smrt. Nemoc. Kaplan. Pastorální péče. Víra

ABSTRACT

HOLÁ, Barbora. *The Importance of Spiritual Care for Hospitalized Patients*. The College of Nursing, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Tutor: Mgr. Wichsová Jana. Praha. 2012. 74 s.

The objective of this work is to find out, whether faith and the associated chaplain care, helps to manage and overcome the critical period of the life, to both patients and their families. The question is asked, whether the spiritual care in Czech republic is sufficient, how do the patients, relatives or even medics perceive it, and how the spiritual care is offered and arranged in our medical facilities. Another objective of this work is to find out, whether the spiritual care could serve as a support in overcoming of the difficult life situations, illness, or restoration of the meaning of life, even to a person, who does officially not belong to any religious institution. The survey is also interested in which types of medical departments the spiritual care is preferred. To get the results, the qualitative approach with data collected through structured interview was used in the survey.

Keywords:

Spirituality, Death, Illness, Chaplain, Spiritual care, Faith

PŘEDMLUVA

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že již dlouhá léta pracuji na velmi náročném oddělení. Náročném fyzicky, ale i psychicky pro všechny personál a naše pacienty většinou čeká velmi dlouhá a složitá léčba vyžadující spolupráci celé rodiny. Často jsou nuceni přehodnotit celý život, změnit práci, životní styl, vzdát se řady svých zálib. Možná mě na myšlenku zabývat se tímto tématem přivedla také přednáška jednoho kaplana z jedné pražské nemocnice, který hovořil o své praxi, pomoci nemocným, ale právě i zdravotnickému personálu, ke kterému vzhlížel s úctou a pomáhal jim zvládat jejich těžkou práci. Přiznejme si, kdo z nás si někdy „nepřinesl práci domů“? Není vždy jednoduché nechat všechny starosti našich pacientů za dveřmi nemocnice.

Tehdy jsem se poprvé začala zabývat myšlenkou, zda také v naší nemocnici máme kaplany. Zda také naši pacienti mohou požádat o spirituální pomoc, a jakým způsobem se tato péče vyžaduje. Zda jsou kaplani také k dispozici personálu a spolupracují s příbuznými nemocných. Nejednou jsme se s kolegyněmi shodly, že i my bychom se na něho obrátily s prosbou o pomoc.

OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	11
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	12
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	13
ÚVOD.....	14
1 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	15
1.1 Historie ošetřovatelství.....	17
1.2 Ošetřovatelství počátkem 21. století	19
1.3 Potřeby pacienta.....	20
1.3.1 Standardy potřeb	20
1.3.2 Dělení potřeb (klasifikace).....	20
1.3.3 Saturace potřeb.....	22
1.3.4 Možnosti naplňování potřeb	23
2 PASTORAČNÍ PÉČE.....	25
2.1 Počátky pastorační péče	26
2.2 Pastorační péče ve světě	27
2.3 USA kolébka klinické pastorační péče	28
2.4 Nizozemí a pastorační péče.....	28
2.5 Německo a kaplanství	29
2.6 Česká republika a klinická pastorační péče	30
2.7 Pastorační péče versus zdravotní péče.....	32
2.8 Pastorační péče a praxe	33
2.9 Duchovní krize a pocit osamocení v průběhu nemoci a umírání.....	34

2.10	Forma vyrovnání se se smrtí svojí a blízké osoby	36
PRAKTICKÁ ČÁST		38
3	PROBLÉM PRŮZKUMU.....	38
3.1	Formulace problému.....	38
3.2	Průzkumné cíle.....	39
3.3	Průzkumné otázky.....	39
3.4	Použitá metodika průzkumu – kvalitativní průzkum	39
3.5	Způsob sběru dat – polostrukturalizovaný rozhovor	41
3.6	Plánování a průběh rozhovorů	41
3.7	Etická kritéria průzkumu	45
4	ROZHOVORY – ANALÝZA	46
4.1	Kaplaní – analýza rozhovorů	46
4.1.1	Poskytované služby nemocným, příbuzným a personálu.....	46
4.1.2	Znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti spirituální péče	49
4.1.3	Schopnosti vypořádat a naplnit spirituální potřebu u pacienta	51
4.1.4	Reakce pacientů, příbuzných a personálu na poskytovanou spirituální péči.....	52
4.1.5	Doplňující otázky	54
4.2	Všeobecné sestry – analýza rozhovorů.....	55
4.2.1	Znalost sester v oblasti spirituální péče	56
4.2.2	Způsob zprostředkování spirituální péče pacientovi.....	57
4.2.3	Zajištění spirituální péče.....	58
4.2.4	Reakce pacientů, příbuzných a personálu na poskytovanou spirituální péči.....	60
4.2.5	Doplňující otázky	62
4.3	Výzkumné otázky – zhodnocení	62
5	DISKUZE	65
5.1	Doporučení pro praxi	69

ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
PŘÍLOHY	II

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výhody a nevýhody kvalitativního průzkumu.....	40
Tabulka 2 Sociodemografické údaje: všeobecné sestry.....	55

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACPE Asociace pro pastorační vzdělávání

CPE clinical pastoral education

ČBK..... Česká biskupská konference

ERC..... Komise pro duchovní péči ve zdravotnictví

MZ ČR..... Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Hagioterapie - nový směr existenciální psychoterapie

Holismus - filosofický směr, podle kterého není celek pouhým souhrnem jednotlivých součástí

Hospitalizace - několikadenní pobyt na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem

Dedukce - proces usuzování, ve kterém se od předpokladů dochází k závěru z těchto předpokladů vyplývajících

Fenomenologie - filozofická nauka o fenoménech; zkoumání jevů

Indukce - logické usuzování, jímž se z tvrzení o jednotlivostech vyvozují obecné závěry

Kaplan - titul pro duchovní

Nemoc - souhrn reakcí organismů na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím

Sekulární - světský

Spirituální - duchovní

Standard - norma

Pacient - člověk využívající ošetrovatelskou péči

Pastorace - jednání s člověkem, ve kterém je respektována jeho individualita a jedinečnost

ÚVOD

Již po staletí byla medicína doprovázena, a úzce spjata, s náboženstvím. Vypadalo to, že jedno bez druhého nemůže existovat. Až věda vrazila klín mezi tyto dva úzce spjaté obory. Náboženství a medicína se od sebe začaly vzdalovat a dnes je mezi oběma obory propastný rozdíl. Teprve v 90. letech se v naší republice znovu objevuje myšlenka specializovaného nemocničního kaplana, kdy tři ženy (evangelička Naděje Mandysová, MUDr. Marie Opatrná a Ph.D., MUDr. Eva Kalvínská) začaly prosazovat myšlenku duchovní služby ve zdravotnictví. Organizace kaplanů teprve vzniká, a proto počet kaplanů pracujících ve zdravotnických zařízeních nelze přesně odhadnout. Řádově se jedná asi o desítky mužů a žen.

V dnešní společnosti nejen podle našeho mínění, ale i oficiálních průzkumů mezi obyvatelstvem, je téma smrti spojeno i s problémem velké psychické bolesti, přehodnocováním a novým kalkulováním se všemi hodnotami a tím pádem i duchovními a je stále tabu. Lidé otázku umírání a smrti odsouvají do pozadí, smrt samotná přestává být součástí koloběhu života. Proto se zamýšlíme nad otázkou, zda víra, a to jakéhokoli zaměření nejen křesťanská, lidem pomáhá lépe překonat toto tabuizované téma. Zda o nemoci, umírání a smrti mohou snáze a klidněji přemýšlet, hovořit a jestli dokážou lépe překlenout těžké krizové období, než lidé kteří víru nemají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Ošetřovatelství

Podle Plevové je ošetřovatelství *láska k lidem, moudrost a pomoc* (PLEVOVÁ, 2011, s. 13). Ve výkladových slovnících je pojem ošetřovatelství definován jako „odborná péče o nemocné“ a tak k němu bylo také v posledních letech přistupováno. V současnosti zahrnuje pojem ošetřovatelství nejen odbornou péči o nemocné, ale k odbornosti se stále více přidružuje holistický pohled na pacienta. To znamená, že nemocný je brán jako *biopsychosociální bytost, která je v určité interakci s prostředím* (BOROŇOVÁ, 2010, s. 21).

Boroňová ve své knize Kapitoly z ošetřovatelství uvádí mezi jinými i tuto definici ošetřovatelství:

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyhléditelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci (BOROŇOVÁ, 2010, s. 8).

Ošetřovatelství stále více nabývá významu v oblasti komplexního vnímání péče o pacienty, ale dostává se do popředí i zvětšující se společenský význam ošetřovatelství. Ošetřovatelství je jednou ze základních činností lidské společnosti. Jeho cílem je celostní a systematické uspokojování potřeb člověka. Přitom je nutné respektovat jeho individuální kvalitu života, která vede k udržení nebo navrácení zdraví, či k zmírnění utrpení nemocného v těžkých životních situacích, případně v pomoci při důstojném umírání. K dosažení řečených cílů je nutná spolupráce nejen s ostatními zdravotníky, lékaři a jinými odbornými pracovníky, jako jsou např. psychologové a kaplani, ale i spolupráce s nemocným.

V naší společnosti v současné době dochází k velkým změnám v přístupu k nemocným a jejich rodinným příslušníkům. Ke splnění cílů ošetřovatelské péče je důležitá identifikace individuálních problémů a potřeb nemocného, ale také stanovení

příčin problému, určení priorit, stanovení stupně závažnosti a vytýčení nejlepšího způsobu řešení.

Hlavními cíli ošetrovatelství je: *systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucího k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání* (POCHYLÁ, 2005, s. 8).

Význam ošetrovatelství spočívá ve schopnosti:

- vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví
- maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama
- provádět prevenci onemocnění
- snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav pacienta
- nacházet a uspokojovat lidské potřeby při probíhající nemoci

1.1 Historie ošetrovatelství

Vznik ošetrovatelské péče se datuje již do raného středověku a je úzce spjat s rozkvětem křesťanství. Ale již v předkřesťanských kulturách se samozřejmě setkáváme s pomocí a péčí o druhého člověka. Křesťanství pouze upevnilo myšlenku pomoci trpícímu člověku a tím přispělo k rozvoji ošetrovatelské péče. Před nástupem křesťanství se zkušenosti s ošetrovatelskou péčí a léčbou předávaly ústně z generace na generaci. Po nástupu křesťanství se nabyté léčitelské zkušenosti přesouvají do klášterů.

Vývoj ošetrovatelství byl, a nadále je, ovlivněn válkami. Nutná zvýšená péče o raněné vojáky přispěla k dalšímu rozvoji a v podstatě i k samotnému položení základů ošetrovatelské péče. Již starověcí Římané při svých taženích stavěli lazarety pro své raněné vojáky. V raném středověku zasahují do vývoje ošetrovatelské péče vojenské řády pečující o „křížáky“. Ty měly za úkol chránit a sloužit slabým, postiženým a nemocným.(KUTNOHORSKÁ, 2010).

Ale vojáci nepodléhali jenom svým zraněním. Velmi často je zahubily špatné hygienické podmínky, které v lazaretech panovaly. To se změnilo až za Krymské války s příchodem Florence Nightingalové do Scutari. Zde se jako první začala zabývat odstraňováním špatných hygienických podmínek. (KUTNOHORSKÁ, 2010). Podle Nightingalové se hlavní část ošetrovatelství zakládá na vědeckých metodách jako je pozorování a statistika, na intervencích (v intervencích se zaměřuje na hygienu, komunikaci a logistiku) a dále na administrativní činnosti a jejich vlivu na veřejné zdraví. (ŽIAKOVÁ et al., 2007).

V souvislosti s morovými epidemiemi se začala měnit i sociální a demografická struktura společnosti. Začíná se upouštět od zařikávání, lektvarů a modliteb a postupně se přistupuje k zavedení hygienických opatření. S nárůstem úmrtnosti se ženy staly nepostradatelnými při péči o přibývajících raněné a nemocné. Nastala doba temna pro další rozvoj medicíny a ošetrovatelství. Jenom v části jižní a západní Evropy se dokázaly udržet instituce, které dál zprostředkovávaly znalosti z oblasti medicíny a určité zásady ošetrovatelské péče. Ve středověku se péče o chudé a potřebné řídila heslem: *budeš milovat svého bližního jako sebe samého* (ANON, Bible, 1988, s. 115).

Jinými slovy péče byla pokládána za soukromou iniciativu každého jedince. (KUTNOHORSKÁ, 2010)

V dalším vývoji ošetrovatelství v Evropě najdeme mnohé shodné prvky, ale každá země měla v péči o nemocné i svá specifika. Ve vývoji evropského ošetrovatelství můžeme pozorovat tři základní linie:

Laická péče – péče, kterou si poskytoval nemocný, nebo mu poskytovali jeho blízcí na základě tradice. Někdy je tato péče nazývána sebpéče.

Charitativní péče – byla poskytována nemocným převážně církevními řády. Opatrování se uskutečňovalo v charitativních domech. Charitativní péče se poskytuje i v současnosti. Ošetřování nemocných bylo chápáno jako morální, humánní pomoc trpícímu člověku.

Organizovaná léčebná péče – její počátky spadají do konce 19. století. Souvisí s hrůzami válek a rozvojem medicíny. Vliv měla také společenská situace a uvědomování si významu hygieny pro zdraví (KUTNOHORSKÁ, 2010, s. 14).

Od poloviny 20. století se zdravotní péče začala orientovat spíše na nemoc a zaměřuje se zejména na nemocniční péči. Ve zdravotnictví se projevil materialistický filozofický směr. Ošetrovatelství se více zabývalo technikou výkonů a stejně jako medicína se i ošetrovatelství orientovalo na biologickou stránku člověka. Začíná se zapomínat na psychickou a spirituální stránku osobnosti pacienta. Zapomíná se i na prevenci, jako na prostředek ke snížení mortality pacientů. Dochází k dehumanizaci. (PAVLÍKOVÁ, 2006)

Od 80. let minulého století se začal v ošetrovatelské filozofii opět objevovat humanismus a s ním přišlo i respektování holistických principů. Ale i dnes si musíme dát pozor na preferenci techniky před holistickou péčí. Tzn. i přes veškeré vymoženosti moderní doby, se musíme snažit respektovat důstojnost pacienta a nesmíme zapomínat na jeho biologické, psychické, sociální i duchovní potřeby. (PAVLÍKOVÁ, 2006)

1.2 Ošetřovatelství počátkem 21. století

Od prvního krůčku v ošetřovatelské péči po současnost uběhlo mnoho času. Vývoj ve všech oborech, je nezadržitelný a to platí i pro disciplínu ošetřovatelství. Asi nikdo další vývoj v tomto oboru nedokáže předpokládat. Proto můžeme říct, že *pochopit ošetřovatelství dneška a současně se připravit na ošetřovatelství budoucnosti vyžaduje nejen porozumět jeho minulosti, ale vžít se do současné ošetřovatelské praxe a sociologických faktorů, které jí přetvářejí.* (BOROŇOVÁ, 2010, s. 7).

Všeobecná sestra pro společnost představuje určitý model, který se projevuje jejím vystupováním, chováním, znalostmi, praktickým působením, ale i lidskou ochotou jednat a pomoci druhému. *Právě sestra je tou osobou, která má příležitost být při zrodu života i jeho ukončení* (FARKAŠOVÁ, 2006, s. 12). V tomto spočívá jedinečnost sesterského povolání. (FARKAŠOVÁ, 2006)

Během let se z oboru ošetřovatelství stala samostatná aplikovaná humanitní vědní disciplína, která se formuje na samostatných vědeckých základech a opírá se o mnoho dalších vědeckých oborů.

Z tohoto důvodu musí být ošetřovatelství jako obor *vědecky podložené a ošetřovatelské povolání se musí formovat na vědeckých základech. Proto se rozvoj ošetřovatelství stává jedním z východisek změn ošetřovatelského vzdělávání a následné ošetřovatelské praxe. Teorie umožňuje:*

- *třídit informace do logických systémů*
- *odhalovat mezery ve vědomostech ve specifických úsecích ošetřovatelského vzdělávání a praxe*
- *poskytovat logický návod na sběr relevantních údajů o zdravotním stavu pacienta*
- *stanovit kritéria hodnocení ošetřovatelské péče*
- *koncipovat nový obsah a organizaci ošetřovatelského vzdělávání*
- *iniciovat a realizovat ošetřovatelský výzkum* (FARKAŠOVÁ, 2006, s. 12).

Současné holistické ošetrovatelství je orientované na uspokojování potřeb jak zdravých, tak nemocných jedinců.

1.3 Potřeby pacienta

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2011, s. 12).

Potřeby jsou nezbytné pro udržení života i pro zachování jeho kvality. Jejich uvědomění se vytváří na základě pocitu nedostatku nějaké potřeby a ať už se jedná o deprivaci biologickou, sociální, materiální či duchovní, na základě vnímání nadbytku té které potřeby nebo snahy dosáhnout vytyčených cílů.

U potřeb můžeme pozorovat, jak množství, tak intenzitu. Obojí závisí od věku a pohlaví, sociálních podmínek, výchovy, vzdělání a inteligence, ale i od zdravotního stavu, kulturní úrovně apod. (ŠAMÁNKOVÁ, 2006)

1.3.1 Standardy potřeb

Ke stanovení potřeb člověka, i k jejich pojmenování a vyjádření, používáme standardy, které vycházejí z osobních, obecných, společenských anebo normativních standardů.

Pojem standard zahrnuje určitou úroveň jednání a chování, která by měla být použita při naplňování osobních potřeb.

Standard naplňující lidské potřeby závisí na odborné připravenosti zdravotníků, na jejich morálních hodnotách, ale i schopnosti vcítění se a komunikačních schopnostech.

1.3.2 Dělení potřeb (klasifikace)

Třídění potřeb na fyziologické, biogenní, sociogenní, psychogenní a psychologické (nejčastěji se objevují v psychologii), odpovídá holistickému pojetí v přístupu k člověku

v současném ošetrovatelství. V tomto smyslu pak pojem potřeba zahrnuje jak nedostatky v poli biologickém, tak i nedostatky v sociální sféře jedince. (TRACHTOVÁ, 2003)

Jinak je známo mnoho indexů potřeb. Podle Šamánkové je asi nejznámější teorie motivace, v které se říká, že *lidé jsou poháněni touhou dosáhnout svého maximálního potenciálu, ovšem pokud se jim do cesty nepostaví překážky*. (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 25). Tyto překážky brání lidem v jejich rozvoji. Jedna z teorií motivace byla předložena psychologem Henry. A. Murrayem. Teorie třídí potřeby z několika hledisek. Murray dělí potřeby na psychogenní a viscerogenní a dále ještě na záporné a kladné. Dále Murray klasifikuje potřeby na latentní a manifestní. (TRACHTOVÁ et al., 2003)

V ošetrovatelské praxi je asi přesto nejpoužívanější dělení potřeb podle amerického psychologa Abrahama H. Maslowa (1908 -1970). Ten ve 40. letech minulého století sestavil hierarchický systém lidských potřeb. (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2006)

Na první úrovni v Maslowově pyramidě potřeb zaujímají místo potřeby základní (fyziologické). Jedná se o potřeby jako je spánek, potřeba vzduchu, jídla, obydlí apod. Jsou to tedy potřeby, které jsou nutné pro zachování života. Ve chvíli, kdy dojde k uspokojení základních potřeb, nastupuje nutnost zajištění pocitu jistoty a bezpečí. Když jsou i tyto potřeby saturovány přecházíme na třetí úroveň Maslowovy pyramidy. Toto místo zaujímá potřeba lásky, přátelství a náklonnosti. V této úrovni to znamená lásku a přátelství nejen přijímat, ale i dávat. Na vrcholu pyramidy stojí potřeba seberealizace. Ve chvíli, kdy dojde k naplnění i této potřeby cítí osobnost naplnění v pracovním životě, uznání okolí, má pocit naplnění života. (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2006)

Dále lze potřeby třídit, podle významu pro život, na primární, které jsou nutné pro zachování života. Jedná se tedy o potřeby biologické a lze mezi ně zařadit i potřebu bezpečí a na potřeby sekundární. Jsou to potřeby vyšší úrovně přinášející člověku určité hierarchicky řazené hodnoty. Tato hierarchie je důležitá pro naplnění našich cílů. Závisí na ní schopnost překonávání životních překážek a dotažení vytýčených cílů do konce. (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2006)

Soulad mezi hodnotovou orientací a jejím naplněním přináší jedinci duševní klid a vyrovnanost (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2006, s. 56).

Další možné dělení potřeb vyplývá již z jejich obsahu. Rozeznáváme potřeby fyziologické, potřeby psychické, sociální, a potřeby spirituální neboli duchovní. (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2011)

Později bychom se ve své práci rádi zaměřili hlavně na potřeby spirituální a psychické, které byly v minulosti zanedbávány, ale přesto jsou velmi důležité v procesu uzdravení pacientů.

1.3.3 Saturace potřeb

Hlavním rysem dnešního moderního ošetřovatelství je *systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka* (TRACHTOVÁ et al., 2003, s. 9a).

Všeobecné sestry přistupují k člověku jako k bytosti s bio-psycho-sociálními a duchovními potřebami. Zaujímají tedy holistický přístup v péči o nemocného. Termín holismus pochází z řeckého slova značící celek. Holistický přístup tedy vidí organismus jako jednotný celek, který je v interakci a znamená víc než součet jeho částí. Tzn., že když dojde k poruše jediné části celku, projeví se tato porucha na celém systému. (TRACHTOVÁ et al., 2003)

V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednotka. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Celostní pohled na živé bytosti na člověka je v souladu s neredukovaným chápáním lidské bytosti, s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci. (TRACHTOVÁ et al., 2003, s. 9b)

Hybnou silou k uspokojování potřeb je motivace. Slovo motivace pochází z latinského slova „moveo“ = hýbat. V přeneseném slova smyslu označuje hybné síly jednání. Motivační proces určuje sílu, směr a trvání chování jedince. (TRACHTOVÁ et al., 2003)

Motivaci můžeme rozdělit na vědomou a nevědomou. Hranice mezi vědomou a nevědomou motivací je velmi tenká a mnohdy není snadné je od sebe oddělit. Podle Trachtové *mnohé motivy mohou mít jak vědomé, tak nevědomé aspekty* (TRACHTOVÁ et al., 2003, s. 11).

Lidské chování je tedy dost často nevědomé, ale stejně odráží probíhající vnitřní konflikty a určité potřeby jedince. Můžeme tedy říct, že k dosažení cílů je nutné vždy určité motivační napětí. (TRACHTOVÁ et al., 2003)

Motivaci nemocných k překonávání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel jakéhokoliv typu péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty v naplnění potřeby. Za optimální situaci považujeme tu, kdy dojde k souladu intenzity potřeby člověka s mírou jejího naplnění. (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 17)

1.3.4 Možnosti naplňování potřeb

Každý člověk se jako individualita snaží naplnit své potřeby. Způsoby naplňování potřeb jsou ovlivňovány temperamentními vlastnostmi jedince. Temperament ovlivňuje způsob vyrovnání se s problémy. Optimistický jedinec bude určitě zvládat zátěžovou situaci lépe než pesimista. Způsoby naplňování potřeb souvisí i se subjektivním pocitem zdraví či nemoci. Vliv na naplňování potřeb má také okolní prostředí, ale i způsob vzniku nemoci. Velmi záleží na tom, zda je začátek nemoci nenápadný, vleklý, či změna zdravotního stavu vznikla náhle např. úrazem. V případě akutního onemocnění či úrazu, dochází k prudké změně životního stylu i komfortu. Pacient se musí náhle vyrovnat s velkou zátěžovou situací a dochází k prvním problémům s uspokojováním potřeb. Způsoby naplňování potřeb souvisí i se subjektivním pocitem zdraví či nemoci.

Všichni toužíme po kvalitním životě, který je na určité úrovni a který dojde naplnění. Vnímání kvality života je velmi subjektivní. Nemůžeme zaměňovat pojem kvality života s životní spokojeností, protože *proces uspokojování lidských potřeb představuje jednu ze složek kvality života. (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2011, s. 31a)*. Jedním z holistických modelů zaměřujících se na kvalitu života byl vypracován Centrem pro podporu zdraví na univerzitě v Torontu. Model popisuje tři životní domény – být, náležet a realizovat se. Podle tohoto modelu je úroveň saturace lidských potřeb dána dvěma rozměry – objektivním a subjektivním. I když posouzení kvality života není nic jednoduchého, můžeme říct, že *kvalita života v sobě vždy odráží pocit pohody vycházející nejen z tělesného, ale i ze sociálního a duševního stavu každého jedince. (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2011, s. 31b)*

Hlavním cílem ošetrovatelské péče, z hlediska uspokojování lidských potřeb, je saturace všech primárních i sekundárních potřeb pacienta, podpora všech terapeutických procesů a zajištění spolupráce nemocného.

Aby bylo možné tyto cíle splnit, je důležité zajistit správnou informovanost nemocného, nastolit atmosféru důvěry mezi zdravotníky a pacientem. Neméně důležité je pro sestru zvládnout umění komunikace, které dopomůže k vypátrání a vhodnému pojmenování potřeb pacienta, při současném zachování pacientovi autonomie. Tu zvládneme zajistit ve chvíli, kdy budeme respektovat pacientem vyslovená přání a názory. Možnost vyslovit svá přání a schopnost zdravotníků je respektovat, dává i pacientům fyzicky závislým na péči okolí pocit, že mohou být psychicky plně autonomní, což je velice důležité v další úzdravě pacienta. (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2011)

2 Pastorační péče

Ve své praxi se můžeme velmi často setkat s ošetřovatelskou diagnózou „duchovní tíseň“ (00066). V knize Vybrané ošetřovatelské diagnózy v klinické praxi od Gurkové je tato ošetřovatelská diagnóza definována takto: *duchovní tíseň je snížená schopnost zažívat a integrovat smysl a účel života prostřednictvím spojení se sebou, jinými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou anebo vyšší bytostí, silou, Bohem.* (GURKOVÁ et al., 2009, s. 180).

Při identifikaci potřeby nemocného mnohdy narážíme na bariéry v komunikaci, jak ze strany sestry, tak ze strany pacienta, zvláště při pojmenování a následném řešení potřeby z oblasti psychické či spirituální. V této oblasti se již v mnoha zdravotnických zařízeních můžeme dovolat pomoci kaplanů, kteří jsou pacientům, ale i zdravotnickému personálu při řešení problému velmi nápomocni. (Dostupné z: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna 2006-1-czech.pdf)

Je třeba ale nezaměňovat pojem „psychický“ (duševní) s pojmem „spirituální“ (duchovní). Pojem spirituální zahrnuje hodnoty jako je např. spravedlnost, smysl pro řád, krásu, náboženství apod. (MELANOVÁ, 2004)

Pojem kaplan ve většině z nás evokuje spojení s náboženstvím. Slovo kaplan je odvozeno z latinského „*capellanus*“ – duchovně vázaný na kapli. V současné době to je titul pro duchovní, povětšinou křesťanské. (Dostupné z: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna 2006-1-czech.pdf)

Povědomí o pastorační péči v naší republice stále není velké a většina z nás se o pastorační péči začne zajímat až ve chvílích, kdy vypukne nějaká velká krize v jeho životě.

Slovo pastorační je odvozeno z latinského „*pascere*“ = sytit. Co to tedy je pastorační péče? V širším slova smyslu se dá chápat jako jednání s člověkem, ve kterém je respektována jeho individualita a jedinečnost. Nemocného doprovázíme v jeho utrpení, nemoci, ale i v umírání a dopomáháme mu k důstojnému zvládnutí jeho těžké životní situace, např. i smrti, na jemu dostupné duchovní úrovni. (Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Knihovna/Pece-o-nemocne.html>). Pastorační péče se tedy zabývá spirituální stránkou nemocných ve zdravotnických zařízeních, ale tuto službu poskytuje i příbuzným pacientů či samotnému zdravotnickému personálu.

Spiritualita (odvozeno z latinského „*spiritus*“ = duch) je také velmi často spojována s vírou. Pojem spiritualita zahrnuje duchovní stránku každého jedince bez ohledu na jeho vzdělání či příslušnost k nějaké církvi. Je to hodnota, která usiluje o respekt, úctu, smysl a účel života, o nějakou další inspiraci v životě. Dá se také chápat jako hledání harmonie a otázek týkajících se smyslu života. Projevuje se hlavně v období bolestných emočních zkušeností či stresů, v období nemoci, ať už duševní či fyzické, ale hlavně při ztrátě někoho blízkého, či při umírání a smrti.

Lidská bytost není složena pouze z těla, ale tělo tvoří jednotu s myslí a duší. Tyto jednotlivé prvky jsou sebou navzájem ovlivňovány. Protože je spiritualita součástí lidské psychiky, potřebuje mít každý člověk svoji víru, mít směr a smysl života. Duchovno tudíž napomáhá udržování zdraví a pomáhá při boji s nemocemi, traumaty, při zvládání životních krizí i životních změn. Samota a strach v nemoci vytváří spirituální krize, které vyžadují duchovní pomoc. Vzhledem k tomu, že je biologický a psychický aspekt člověka vzájemně v interakci, je jasné, že psychické nepohodlí nepříznivě ovlivňuje biologické uzdravování. Tzn., že spirituální péče napomáhá hojení, uzdravování a celkovému zotavení nemocného. Další velký význam spirituální péče můžeme vidět v okamžicích, kdy další léčba již není možná a lidé hledají odpovědi na smysl a význam jejich života.

Můžeme tedy říct, že duchovní péče je součástí komplexní péče o nemocného člověka. (Dostupné z: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna_2006-1-czech.pdf)

2.1 Počátky pastorační péče

Současná spirituální péče ve zdravotnickém systému má své počátky již v dávné historii. Podle Bible vyšla z oblasti starověké Mezopotámie skupina nomádů pod vedením Abraháma a dostala se postupně až na Blízký východ. Část nomádů poté odešla do Egypta, kde byli později zotročeni, ale mocným božím zásahem, podle vysvětlení judaismu i křesťanství, byli vyvedeni z otroctví do „země zaslíbené“. Poté můžeme ve Starém Zákoně nalézt Boha, jako toho, kdo zachraňuje, pomáhá, který pečuje o člověka. Tehdejší společnost byla převážně pastevecká a tak se pro obraz Boha ujala metafora pastýře. Dalším vývojem křesťanství byl tento směr jenom

potvrzen a rozvinut. V Novém Zákoně můžeme najít Lukášovo evangelium, kde vypráví příběh o milosrdném Samaritánovi, který ač nepřítel, ošetří, pln soucitu, rány přepadenému pocestnému. Ježíš pak nabádá k podobnému jednání. I několik veršů z Jakubova listu v Novém Zákoně hovoří o modlitbě za nemocné. Na podkladě uvedených textů se křesťané začali starat o nemocné a postižené.

Odtud tedy počátky pastorační péče, kdy lidé začali napodobovat Ježíše jako dobrého pastýře. Zde tedy vidíme, že k léčení nemocí a ran už od počátků křesťanství patřil soucit, úcta, modlitba a umění naslouchat. (Dostupné z: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna 2006-1-czech.pdf)

Duchovní péče o nemocné tedy vychází z křesťanských kořenů. Jak již bylo řečeno, představitelem pastorační péče je kaplan. Podle kanonického práva je kaplan *kněz, kterému je trvale svěřena pastýřská péče, alespoň částečná, o nějakou komunitu nebo sdružení věřících, kterou má vykonávat podle obecného nebo partikulárního práva (Kánon 564, s.68 [online] [cit.2012-12-10].*

Dostupné z: <http://web.katolik.cz/feeling/library/Kodex.pdf>).

Slovo kaplan je užíváno i v protestantských církvích. Ve 20. století došlo k mírné změně smyslu slova kaplan. V současnosti se v západních zemích takto označuje člověk, je jedno jestli je to muž nebo žena, který dosáhl patřičného vysokoškolského vzdělání a je pověřen církví, jíž je členem, k vykonávání pastorační péče v nemocnicích. V mnoha zemích je k vykonávání kaplanské funkce třeba dalšího postgraduálního vzdělání.

2.2 Pastorační péče ve světě

Novodobá nemocniční pastorační péče byla poprvé zavedena v USA, odtud se pak přesunula i do Severní Ameriky. Až následně klinickou pastorační péčí převzaly evropské země. Americký model si evropské země upravily podle svých specifík.

2.3 USA kolébka klinické pastorační péče

Počátek klinické pastorační péče ve Spojených státech se datuje do 20. let 20. století, kdy se Anton T. Boisen stává prvním nemocničním kaplanem. To mu bylo umožněno správcem Worcester State Hospital Dr. Williamem A. Bryanem. Tímto rozhodnutím vzniká nová podoba teologického vzdělání – tzv. klinické pastorační vzdělání.

V roce 1925 docházeli první studenti do nemocnice ve Worcesteru a přes den sloužili na oddělení, zúčastnili se vizit, zatímco večery trávili semináři s kaplanem Boisenem a ostatními zaměstnanci nemocnice. Postupně narůstal zájem studentů o klinické pastorační vzdělání.

V zimě roku 1930 byla přijata ústava a ustanovující listina „Rady pro klinické vzdělávání teologických studentů“.

Roku 1967 se po mnohých diskuzích sloučili čtyři různé skupiny do Asociace pro klinické pastorační vzdělávání. V této asociaci působí tři komise (komise pro akreditace, standardy a certifikaci supervizorů). V roce 1967 byla Asociaci pro klinické pastorační vzdělávání federální vládou udělena akreditace.

V současnosti je model CPE (clinical pastoral education) praktikovaná Asociací pro pastorační vzdělávání (ACPE) obrovsky vitální. Počet členů asociace dosáhl v dnešní době již 3300 členů. Je v ní sdruženo kolem 350 akreditovaných vzdělávacích center, 118 škol teologie, čítá 600 supervizorů a 21 různých náboženských skupin.

Vzdělání v (CPE) je zaměřeno hlavně na reflexi. Studenti se učí respektovat svůj život a přes toto sebepoznání objevují svoje slabosti i silné stránky. Toto sebepoznání jim má pak dopomoci ke správnému vykonávání klinické praxe. (Dostupné z: http://www.husiti.cz/ccshpd/attach/modely_pece.doc)

2.4 Nizozemí a pastorační péče

V Nizozemí je kaplanství běžnou součástí zdravotnické péče. Nizozemí má uzákoněno právo pacientů na spirituální péči. V zákoně je dokonce i určen počet lůžek, na které připadá jeden kaplan. Tento poměr je přibližně jeden kaplan na sto lůžek.

Holandský systém klinické pastorační péče je postaven na modelu provozovaném v Severní Americe.

Kaplanské vzdělávání v této zemi se velmi liší od českého systému. Vysokoškolské vzdělání trvá v Holandsku normálně čtyři roky s výjimkou teologického, které trvá šest let. První čtyři roky se studenti vzdělávají v základech teologických věd, které obsahují např. latinu, hebrejštinu, řečtinu apod. V dalších dvou letech je vzdělávání zaměřeno na prohloubení teologického vzdělání. Pro výkon povolání nemocničního kaplana studenti musí ještě absolvovat tzv. Medical pastoral training v délce tří měsíců. Tento tříměsíční kurz je postaven na odborném vzdělání postaveném na modelu z USA (CPE).

Při přijetí pacienta do nemocnice je automaticky položena otázka, zda si pacient přeje návštěvu kaplana. V případě přítomnosti kaplanů různého náboženství je pacient dotázán, jakého vyznání má kaplan být. Podle vstupních informací od různých pacientů je uspořádána „mapa“, která je předána kaplanům a ty podle ní uskutečňují návštěvy pacientů. Pacienti se mohou s kaplanem zkontaktovat přes ošetřovatelský personál, případně mohou sami kaplana telefonicky kontaktovat. (Dostupné z: http://www.husiti.cz/ccshpd/attach/modely_pece.doc)

2.5 Německo a kaplanství

Před rokem 1989 byla pastorační péče v nemocnicích poskytována zástupci místních náboženských obcí. Po roce 1989 byla tato péče institucionalizována. Pastorace zdravotnických zařízení je v Německu právně vymezena státní smlouvou se saskou vládou.

Nemocniční zařízení se v Německu dají rozdělit na „světské“ a církevní. Zatímco v církevních je běžně počítáno s kaplanskou péčí o pacienty (s veškerým zázemím pro setkávání pacientů s kaplanem), ve státních zařízeních tato praxe běžná není. Není běžné, že každá státní nemocnice má kapli. Přítomnost kaple ovšem nemocnici přidává na hodnocení nemocnice. Dá se říci, že umístění kaple do nemocničního areálu dodává zařízení určitou prestiž.

K výkonu kaplanského povolání v Německu je nutné absolvovat šestileté teologické vzdělání a následné šestitýdenní speciální školení zaměřené na klinickou pastorační péči.

Školení je zajišťováno institutem nemocniční péče. Tato instituce je spravována Zemskou evangelickou církví. Studenti se v rámci výuky zaměřují na práci a komunikaci s pacientem, obsáhnou teorii duchovní péče v nemocnici. Musí zvládnout práci se skupinou. Velký význam je přikládán i samostudiu. Kaplanské studium je kontinuální. Tzn., že jednou za rok musí každý kaplan absolvovat týdenní školení. Dále se každý měsíc uskutečňují tzv. vikariáty, které se uskutečňují v rámci jednotlivých církevních příslušností.

Také v Německu je každý pacient při příjmu na oddělení dotázán na náboženské vyznání, ale už není zpovídan, zda si přeje návštěvu kaplana (na rozdíl od Holandska). Kaplani potom dostávají seznam pacientů určitého vyznání. Ty potom v rámci časových možností chodí navštěvovat. V Sasku je velkým problémem převaha evangelíků nad katolíky. V praxi se proto stává to, že evangelický kaplan dostane na starosti např. 60 pacientů a katolický kaplan např. pouze 6. V běžném provozu nemocnice to funguje většinou tak, že se s kaplanem musí první zkontaktovat sám pacient, buď prostřednictvím personálu, nebo telefonicky. Kontakty na kaplana jsou obsaženy v informační brožuře. V rámci možností kaplan samostatně obchází pacienty a oslovuje i „nevěřící“. Pacienti v rámci nemocniční péče dostávají týdeník s názvem Nejen pro nemocné, který obsahuje informace o spirituální péči včetně kontaktů na kaplany. (Dostupné z: http://www.husiti.cz/ccshpd/atach/modely_pece.doc)

2.6 Česká republika a klinická pastorační péče

V naší republice je situace týkající se poskytování spirituální péče pacientům složitější. V létě roku 2006 byla uzavřena „Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví“ mezi Ekumenickou radou církví a Českou biskupskou konferencí. V rámci této dohody bude křesťanská péče poskytována lidem, kteří se ocitli v těžké životní situaci. Tato péče bude poskytována bez ohledu na jejich vyznání. Podle Mgr. Marie Opatrné existuje pastorační péče již řadu let v armádě a ve vězenství. (Dostupné z: <http://www.klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932.htm>)

Za účelem osvěty jak zdravotníků, tak i pracovníků poskytujících spirituální péči, vzniklo v ČR několik společenství, které se touto problematikou zabývají. Mezi církevní skupiny patří: Komise pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních a Rada pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních při ČBK (Česká biskupská konference).

Obě skupiny navzájem spolupracují. Ale i mezi sestrami, psychology a lékaři je zájem o tuto problematiku a proto vznikla „Sekce krizové asistence“. Ta sdružuje lidi, kteří se zajímají o spirituální potřeby a podporu nemocných v sociálních a zdravotnických zařízeních. Při poskytování duchovní podpory není kladen rozdíl na pacientovu příslušnost k jakékoliv církvi či společenství. Sekce krizové asistence prostřednictvím P. Aleše Opatrného a Pavla Pokorného spolupracuje s oběma výše uvedenými komisemi.

V srpnu 2006 byla založena MZ ČR „Komise pro duchovní péči ve zdravotnictví“ (ERC). Ta byla, bohužel, po odvolání ministra zdravotnictví zapomenuta, ale přeměnila se v pracovní skupinu, která se i nadále zabývá otázkami spirituální péče ve zdravotnictví. (Dostupné z: <http://www.klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932.htm>)

Další skupinou, která vznikla a je velmi důležitá, je Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která se, jak už ze samotného názvu plyne, zabývá paliativní péčí jak v domácnostech, tak v hospicích či jiných zdravotnických zařízeních. Skupina vydala Standardy kvality hospicové paliativní péče. Cílem standardů je pojmenovat požadavky na poskytovatele paliativní péče. Ambicí těchto standardů je začlenit se mezi české právní předpisy. Definované standardy jsou pro členy Asociace závazné. Standardy obsahují *indikace a kritéria pacientů pro přijetí, procesy a náplň léčby v oblasti tělesné, psychologické, sociální a duchovní*. (NEUMANNOVÁ, 2010, s. 34)

V současné době není možné zajišťovat plošnou spirituální péči ve všech zdravotnických zařízeních, pro nedostatek dostatečně vyškolených lidí. Teologové nejsou během studií na fakultě dostatečně školeni v oblasti klinické pastorační péče. V ČR poskytuje školení jak pro profesionály, tak pro laiky Komise pro duchovní péči ve zdravotnictví. (KALVÍNSKÁ, 2008)

Kaplan v České republice musí splňovat několik podmínek, jako je dokončené magisterské vzdělání na teologické fakultě a kurz pastorační péče. Měl by prokázat znalost organizace nemocnice a zdravotnictví, měl by mít znalosti o duchovní péči v jednotlivých církvích v České republice. Kromě toho musí znát právní minimum z oblasti sociální péče a ze zdravotnictví, být proškolen v komunikaci (zejména v náročných a obtížných situacích). Měl by mít i základní znalosti lékařské a zdravotnické etiky a znalost obecných zásad spirituální péče. Při svém působení se

drží jak etických kodexů zdravotníků a práv pacientů (viz. příloha E, F), tak i kodexu nemocničních kaplanů (viz. příloha D). (Dostupné z: <http://www.klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932.htm>)

V dnešní době nejsou kaplani zaměstnanci nemocnic, kromě kaplanů ve Vojenské fakultní nemocnici v Praze, kteří jsou zaměstnanci armády, ale jsou v podstatě externí spolupracovníci, což v některých případech ztěžuje jejich spolupráci s týmem nemocnice. (KALVÍNSKÁ, 2008)

2.7 Pastorační péče versus zdravotní péče

Novodobé pojetí kaplanství předpokládá zařazení poskytovatele spirituální péče do svého multidisciplinárního týmu. Kaplan by se měl jako plnohodnotný člen týmu podílet na péči o pacienta v rámci holistického modelu ošetrovatelské péče, který vnímá pacienta jako bytost s biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. S vyhledáváním spirituálních potřeb a krizí by mu měly být nápomocny sestry na odděleních, které jsou pacientovi nejbližší.

Při zavádění duchovní péče do nemocnic bylo zprvu nutné prolomit nedůvěru samých zdravotníků. Přestože požadavky WHO i akreditační standardy ustanovují poskytnutí a ošetření spirituálních potřeb u pacientů, v mnohých nemocnicích je stále problémem hovořit o důležitosti naplňování duchovních potřeb pacientů. Zdravotnický personál projevuje obavy, aby s pacienty nebylo „manipulováno“. Někdy je projevena vyloženě averze. Zaznívají argumenty typu: proč by se měl personál snažit nabízet spirituální péči, když si věřící mohou svého faráře sami přivolat. Z toho vyplývá, že spirituální péče je v mnohých případech stále zaměňována za péči náboženskou. (KALVÍNSKÁ, 2010)

Je třeba si ale uvědomit, že *spirituální a náboženské směřování daného pacienta mu může být pomoci ve zvládnutí zdravotních těžkostí, s níž pacient za námi přišel* (KŘIVOHLAVÝ, 2004, s. 79). Poskytování duchovní péče pacientům je i nadále oblast, která se stále mnohým zdravotníkům jeví jako tabu, oblast, ve které se necítí jisti a jsou z ní dezorientováni. Ale je třeba říci, že mladí zdravotníci dnes již vycházejí ze škol s určitými vědomostmi o existenci duchovních potřeb pacienta. A ví, že tyto potřeby je nutné při ošetrovatelské péči brát také na zřetel. (SVATOŠOVÁ, 2012). Přes

všechno co bylo řečeno, se v mnoha zdravotnických zařízeních již objevují kaplani, kteří jsou začleněni do zdravotnického týmu. Spirituální péče se tak, pro potřebné pacienty, stává mnohem dostupnější. *Každodenní přítomnost duchovního, který vnímá a dle potřeby pomáhá řešit duchovní potřeby nejen nemocných, ale i jednotlivých zdravotníků, prokazatelně oddaluje nástup syndromu vyhoření, a to i na tak náročných pracovištích, jakým jsou onkologie, hospice, spinální jednotky, psychiatrie apod.* (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 27).

Vzájemná spolupráce mezi zdravotníky a duchovními je důležitá k dosažení dostupnosti a kvality poskytované komplexní péče. Zdravotnický personál je při péči o pacienta schopen nejlépe zachytit duchovní krize nemocného a pověřený kaplan je kvalifikován tyto spirituální bolesti řešit. (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 27)

2.8 Pastorační péče a praxe

S čím tedy poskytovatelé spirituální péče mohou v praxi pomoci? Každá nemocnice si zaměření kaplanů uzpůsobuje podle svých interních potřeb. Zde uvádíme nejdůležitější oblasti, v kterých kaplani mohou pacientovi pomoci se zorientovat:

- *zorientovat se v situaci, která je pro něho nová (prostředí nemocnice, odkázanost na druhé, nemohoucnost, vědomí blízkosti smrti) – nejde o zvyknutí si, ale vlastně o přijetí více či méně nové životní role;*
- *uvést do souvislosti dosavadní život s tímto „okleštěným“ nebo pomalu hasnoucím – překonat nešťastné „rozpadnutí“ života na dvě části: na aktivní, vydávanou za šťastnou a pasivní (nemoc a umírání), která se jeví jako bezcenná nebo velmi ve své ceně okleštěná a integrovat nynější stav do celku života;*
- *najít smysl života i v nové situaci, a také (zejména v blízkosti smrti) docenit smysl života dosud žitého;*
- *vyrovnat se se strachy jak o sebe (jak zvládne bezmocnost, bolesti, samotnou smrt) tak o bližní (životní partner, děti, kdokoliv, kdo je na nemocného nějak odkázán);*
- *vyrovnat se s bilancí vlastního života (přijetí vlastního životního příběhu a role nemocného v něm) s jeho úspěchy a neúspěchy;*
- *vyrovnat se s domnělými nebo skutečnými utrpenými křivdami a neúspěchy*

– odpustit;

- vyrovnat se s manky vlastní odpovědnosti vůči těm, kterým se nemocný cítí být odpovědný: životní partner, děti, podřízení, „osud“, Bůh – tedy dojit odpuštění; (Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta-Ales-Opatrny.html>).

Stejně tak, jako řeší pacient uvedené otázky, řeší je i jeho okolí, hlavně příbuzní a osoby pacientovi blízké. Přijetím reálné situace a jejím řešením mohou být potom pacientovi velmi nápomocni ve vyrovnání se a zvládnutí nastalé situace. I pro ošetřující personál je důležité připustit si, že spirituální hodnoty mohou být pro pacienta důležitější než skutečnosti a cíle, které sleduje léčba. (Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta-Ales-Opatrny.html>)

Marie Svatošová uvádí ve své knize "Víme si rady s duchovními potřebami nemocného" příklady, ve kterých situacích by tedy měl zdravotník kontaktovat duchovního, aby navštívil pacienta. Všechny příklady zde uvádíme.

Kdykoliv si neví rady, neví co říct, neumí pomoci, kdykoliv situace vyžaduje speciální teologické znalosti, a také tehdy, nemám-li prostě kvůli jiným povinnostem na nemocného momentálně čas.

Kdykoliv vyplavou na povrch hluboká, stará, dosud neuzdravená vnitřní zranění, vyžadující odbornou pomoc.

Nedokážu-li sám pomoci nemocnému, jehož religiozita je neúčinná, víra infantilní, povrchní či přímo patologická, například když vnímá Boha jako přísného policajta nebo nelítostného soudce.

Mám-li před sebou pacienta, který si zoufá, a já se nemohu opřít o jeho víru, protože žádnou nemá, nebo má, ale tak povrchní, že mu není k ničemu, přičemž sám zkušenosti s logoterapií, nebo čas na ni nemám. (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 64)

2.9 Duchovní krize a pocit osamocení v průběhu nemoci a umírání

Protože posuzování spirituálních potřeb nemá v naší zemi dostatečnou předcházející tradici, je rozpoznání duchovní krize značně problematické. Často dochází k chybám

v diagnostice duchovních potřeb či k jejímu úplnému opomenutí nebo odsunutí na poslední místo. (GURKOVÁ, 2009)

Život každého člověka provází menší či větší životní krize ruku v ruce s utrpením a nemocemi. Krizové situace dokážou dodat našemu životu smysl. Je normální, že každý člověk touží po naplnění smyslu svého života, směřuje k celistvosti života. Přestože v průběhu života nastává mnoho změn v podobě navazování nových vztahů, vznikajících nových vazeb, uprostřed životních změn něco stálého přetrvává. A to něco dodává člověku pocit zakořenění, zakotvení, dodává člověku jistotu a schopnost uvědomit si svoji životní cestu a její kontinuitu.

Vedle běžných krizových situací v životě člověka může dojít k situacím zlomovým, resp. katastrofickým, kdy individuuum nabývá jistoty, že je vše ztraceno. Pacient na takovou situaci odpovídá zoufalstvím. Zoufalství způsobuje nesnesitelnou ostrou bolest, která je velmi vyčerpávající. Ta nakonec ústí do deprese a ta dále, po odeznění emocí, do apatie. Depresivní pacient ztrácí schopnost truchlit. Veškeré pocity nahrazuje stísněnost, vyčerpanost, výčitky a obviňování sebe a okolí. (JANKOVSKÝ, 2003)

Spirituální bolest navenek projevená rezignací, nás při dalším citlivém rozhovoru, může dovést k jádru problému. To může být např. skrývaný strach ze ztráty důstojnosti. Pacientova spirituální bolest se ale může projevit i různými somatickými problémy. Sestra musí být všímavá i ke změnám pacientových emocí, které jsou vyjadřované změnou výrazu, hlasem smutkem, slzami atd. Důležité je si uvědomit, že mnohá agrese pacientů pramení ze spirituální krize a mnohdy tito pacienti duchovní péči potřebují ze všech nejvíce.

I u spirituální bolesti se můžeme setkat s různě hlubokou intenzitou bolesti, stejně jako u bolesti fyzické. U extrémně silné intenzity spirituální bolesti je jen kousek k úvahám o ukončení života či žádosti o euthanázii. Sestra by v této situaci měla vyhodnotit, o jaký druh bolesti se jedná a danou situaci zkonzultovat s odborníky. Sestra vždy musí respektovat pacientova přání a zohlednit jeho priority. (SVATOŠOVÁ, 2012)

2.10 Forma vyrovnání se se smrtí svojí a blízké osoby

Ve chvíli, kdy je pacient informován o závažnosti diagnózy začíná automaticky uvažovat o smrti a umírání. V této chvíli by sestra měla pacientovi citlivě naslouchat a zvážit, zda je pacient schopen vyrovnat se sám se svou diagnózou. Podle Kelnarové se osvědčilo sdělit pacientovi pravdu co nejjednoduššími slovy, v soukromí, s vyjádřením podpory zdravotníků, že pro pacienta udělají co je v jejich silách.

V knize „O umírání a smrti“ popisuje *Kübler-Rossová 5 stadií, kterými prochází pacienti poté, co jim je sdělena infaustní diagnóza:*

1. stádium šoku, popírání a izolace

Toto stádium se týká, jak pacientů, kterým byla neočekávaně sdělena závažná diagnóza, tak i pacientů, kteří ke stejnému závěru došli vlastní dedukcí. Dochází k popírání onemocnění: „to se týká někoho jiného“, „určitě došlo k záměně výsledků“. Šok ze sdělené diagnózy se často projevuje odmítáním spolupráce s lékaři a ostatními zdravotníky, pacient odmítá léčbu apod.. Dochází k uzavírání se do sebe, pláči. V této fázi velmi pomáhá přítomnost blízkého člověka či důvěryhodné osoby např. poskytovatele spirituální péče.

2. stádium agrese, zlosti

Pacientem je položena otázka „proč zrovna já?“. U pacientů se projevují pocity agrese, zlosti, rozmrzelosti a nenávisti. Zlost si pacient vybíjí na svém okolí. Objektem zlosti se stávají sestry, lékaři, ostatní zdravotnický personál, ale i osoby mu nejbližší. V kontaktu s pacientem je potřeba být velmi tolerantní a udržovat si nadhled.

3. stádium kompromisů a smlouvání

Dochází k uzavírání dohod hlavně s Bohem. Smlouvání je často katalyzováno pocity viny. Velikost a tíha viny může růst s pokračujícím smlouváním. V této fázi by se mělo podařit zbavit pacienta jeho strachů, které evokují pocit viny. V těchto chvílích může být velice nápomocný právě duchovní nebo psycholog.

4. stádium deprese

Po dlouhé léčbě dochází pacientovi síly. Dochází k poruše sociálních kontaktů a vazeb, pacienti často přicházejí o zaměstnání. Stále silněji je vnímána blízcí se smrt. Nemocný má potřebu vyřešení neshod v rodině. Chvíle, kdy o problémech rodina odmítá komunikovat, nemocný pociťuje velmi bolestivě. Pacient se připravuje na svou smrt. Uklidňující pro nemocného je i to, když jsou jeho blízcí schopni akceptovat jeho přání umřít.

5. stádium akceptace

V této fázi pacient dokázal akceptovat danou situaci a dochází k akceptaci smrti. Komunikace mezi pacientem a okolím je často neverbální. Nemocnému dělá dobře blízkost nejbližších. Přítomnost jeho milovaných, případně chápající sestry, pomáhá pacientovi v důstojném umírání a odchodu z tohoto světa. Stiskem ruky můžeme pacienta ujistit, že v tak těžkém momentě nezůstává sám.

U těžce nemocných pacientů se tedy můžeme setkat s různými emocemi, jako jsou: strach, obavy, úzkost, pocity viny, hněv, smutek, empatie, ale i naděje, víra, láska a radost.

Každý člověk umírá jinak. Mnoho pacientů akceptuje to, že umírají a jsou s osudem smíření. Někteří svoji smrtelnou chorobu neberou na vědomí a chtějí žít co nejdéle. Protože umírání je něco intimního a výjimečného, dají se pocity těžce nemocných jen rozhovorem a pozorováním stěží odhalit. (KELNAROVÁ, 2007)

PRAKTICKÁ ČÁST

Podle oficiálních průzkumů se lidé dožívají stále vyššího věku. Děje se tak díky pokroku v medicíně, ale také zvyšující se kvalitě ošetrovatelské péče. Na druhou stranu, lidé stále častěji umírají v nemocnici, sami, bez svých nejbližších a přirozená smrt, která bývala běžnou součástí rodinného života, se přesunula do zdravotnických zařízení. Je tedy úkolem zdravotnického personálu být pacientům oporou v nejtěžších chvílích a to nejen v posledních chvílích jejich života, ale také při sdělování závažné diagnózy, se kterou se většinou musí poprat také sami. Spousta z nich se v těchto okamžicích obrací k Bohu, hledá oporu a pomoc ve víře, je proto logické, že by jim měli být nápomocni kromě zdravotníků také kaplani.

3 Problém průzkumu

Je známo, že nemocnice, ve kterých poskytují ošetrovatelskou péči řeholní sestry, či nemocnice s dlouholetou církevní tradicí, mají ve svých prostorách často kapli a pacienti mohou využívat služby poskytované duchovními. Na západě mohou těchto služeb využívat pacienti zcela běžně. Zajímalo nás, jaké možnosti mají pacienti v našich nemocnicích, do jaké míry je tato služba nabízena našim pacientům aktivně, ze strany ošetrovatelského personálu a jak vlastně funguje spirituální péče v našich nemocnicích. Zda pomoci duchovních využívá také personál a co si o poskytované péči myslí sami kaplani.

3.1 Formulace problému

Výzkumný problém jsme formulovali takto:

Význam poskytování spirituální péče.

Spirituální péče pomáhá nemocným v hospitalizaci lépe překlenout náročné životní období a umírajícím dojít ke smíření.

3.2 Průzkumné cíle

CÍL1: Zjistit, zda je spirituální péče běžnou součástí ošetrovatelské péče v našich zdravotnických zařízeních.

CÍL 2: Zjistit jakým způsobem je spirituální péče v našich zdravotnických zařízeních nabízena.

CÍL 3: Zjistit zda spirituální péče pomáhá lépe překlenout krizové období v nemoci.

3.3 Průzkumné otázky

Pro náš výzkum jsme se rozhodli stanovit si jednu hlavní průzkumnou otázku a pět vedlejších průzkumných otázek.

HPO: Je uspokojování spirituálních potřeb pacientů v našich zdravotnických zařízeních běžnou součástí ošetrovatelské péče?

1VPO: Má většina ošetrovatelského personálu dost znalostí týkajících se spirituální péče?

2VPO: Jakým způsobem je spirituální péče pacientům v hospitalizaci nabízena?

3VPO: Na kterých typech oddělení je spirituální péče preferována?

4VPO: V jakém světle je spirituální péče vnímána pacienty a příbuznými pacientů?

5VPO: Pomáhá spirituální péče v překonání a lidsky důstojném zvládnutí krizové situace v životě, případně znovunalezení smyslu života?

3.4 Použitá metodika průzkumu – kvalitativní průzkum

Pro zhodnocení dat našeho průzkumu se nám nejlépe hodila metoda kvalitativního průzkumu formou polostrukturizovaného rozhovoru. Tuto metodu jsme zvolili pro její možnosti lépe interpretovat sociální realitu. Kvalitativní průzkum umožňuje reálněji zachytit jedinečnost určitých jevů, zákonitosti skupin, ale i jedinečnost dané situace.

Fenomenologie tvoří základ pro paradigma kvalitativního výzkumu. Snahou kvalitativní metody výzkumu je pochopení z jakých niterních poznatků a zkušeností vycházejí lidé ve své interpretaci světa. Protože tato metoda klade důraz jak na vnitřní zkušenost osob, tak i na vnější zkušenost, dokáže mnohem objektivněji zachytit podstatu jevu. (PLEVOVÁ, 2011)

V případě kvalitativního výzkumu je na začátku vybráno výzkumné téma a jsou určeny základní výzkumné otázky. Ty se v průběhu sběru dat a následné analýzy mohou modifikovat či doplňovat. V průběhu sběru dat je prováděna analýza všech dat a jsou vyvozovány deduktivní i induktivní závěry. Výzkum většinou probíhá v terénu, kde se výzkumník setkává s různorodým prostředím a s mnohými lidmi.

Záznam o kvalitativním výzkumu by měl obsahovat popis místa výzkumu. Ve zprávě by měly být uvedeny citace vyňaté z rozhovorů s respondenty, případně z poznámek zaznamenaných výzkumníkem při rozhovorech. Může být navržena teorie o zkoumaném fenoménu. (HENDL, 2005)

V následující tabulce uvádíme základní charakteristiku kvalitativního výzkumu. Jeho výhody a nevýhody.

Tabulka č. 1 – Výhody a nevýhody kvalitativního průzkumu

Přednosti kvalitativního výzkumu	Nevýhody kvalitativního výzkumu
získává podrobný popis a vhléd při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu.	získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populace a do jiného prostředí
zkoumá fenomén v přirozeném prostředí.	je těžké provádět kvantitativní predikce
umožňuje studovat procesy	je obtížnější testovat hypotézy a teorie
umožňuje navrhnout teorie	analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy
dobře reaguje na místní situace a podmínky.	výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.
hledá lokální (idiografické) příčinné souvislosti	
pomáhá při počáteční exploraci fenoménů	

(HENDL, 2005)

3.5 Způsob sběru dat – polostrukturalizovaný rozhovor

Jako způsob sběru jsme si pro naši průzkumnou práci zvolili metodu rozhovoru. Ta je uskutečňována prostřednictvím verbálního rozhovoru mezi respondenty a výzkumníkem. Výhodou rozhovoru je osobní kontakt mezi výzkumníkem a respondentem. Ten umožňuje vcítění se do situace respondenta a dává dotazujícímu možnost snáze proniknout k motivům a postojům respondenta. Osobní kontakt výzkumníkovi dovoluje také usměrnit rozhovor potřebným směrem.

Jako nejvhodnější metodu sběru dat jsme pro naši práci zvolili formu nestandardizovaného polostrukturalizovaného rozhovoru. Polostrukturalizovaný rozhovor je nejčastěji používanou formou v kvalitativním výzkumu. Je velmi podobný normální komunikaci s tím rozdílem, že při výzkumném rozhovoru je tazatel usměřňován určitým okruhem otázek, které jsou kladeny výzkumníkem. Rozhovor také sleduje přesně určený cíl. Tato výzkumná metoda dává tazateli i určitou volnost. Ten se, v případě potřeby, může vracet k určitým nejasnostem v odpovědích respondenta či pružně reagovat a položit doplňující otázku. Na druhou stranu dává svobodu ve vyjádření i respondentovi. To, při citlivém naslouchání a vedení rozhovoru, umožní výzkumníkovi lépe zachytit podstatu zkoumaného jevu.

3.6 Plánování a průběh rozhovorů

Nejprve jsme si museli zvolit vhodná zdravotnická zařízení, ve kterých průzkum budeme provádět. Po získání potřebných povolení k průzkumu jsme se rozhodovali jaké skupiny respondentů oslovit. Původně jsme uvažovali o oslovení hospitalizovaných pacientů, ale po předběžném vyhodnocení situace a konzultaci se staničními sestrami jsme od rozhovorů s pacienty ustoupili, z důvodu obtížného nalezení vhodných respondentů z řad hospitalizovaných klientů.

Proto jsme nakonec zvolili nejprve skupinu respondentů z řad nemocničních kaplanů a později jsme jí doplnili o respondenty ze skupiny zdravotních sester.

Nakonec byl průzkum prováděn ve třech pražských nemocnicích, z toho v jedné fakultní nemocnici. Rozhovory s kaplany i všeobecnými sestrami byly uskutečněny individuálně na různých odděleních nemocnic. Oddělení byla vytipována až po

rozhovorech s nemocničními kaplany, abychom obsáhli, jak stanice na které kaplani běžně dochází, tak stanice kam duchovní dochází pouze na přání sestry či pacienta.

Všechny rozhovory, jak s kaplany tak všeobecnými sestrami byly uskutečněny s bezvýhradným souhlasem, jak dotazovaných, tak vedoucích jednotlivých oddělení. Rozhovory, kromě jednoho, byly uskutečněny bez přítomnosti dalších osob. Od všech respondentů byl dán souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon a následném přepsání dialogu. Jedna respondentka se záznamem nesouhlasila, a proto jsem si dělala pouze písemné poznámky.

Rozhovory s respondenty byly uskutečňovány v průběhu 2 měsíců. A to od konce ledna až do poloviny března roku 2013.

Na začátku každého rozhovoru jsem se představila, seznámila dotazovaného s tématem své bakalářské práce a v případě zájmu ze strany respondenta, jsem osvětlila cíle naší práce.

Všechny dotazy byly zvoleny otevřené. Otevřené otázky nechávaly dotazovanému možnost volně a podle svého mínění vyjádřit svůj názor na danou věc. 11 otázek směřovalo na poskytovatele spirituální péče, 8 otázek na všeobecné sestry a 6 otázek bylo položeno jak všeobecným sestrám, tak nemocničním duchovním. Dále byly otázky rozděleny do různých tematických okruhů:

Okruh otázek pro poskytovatele spirituální péče:

- Poskytované služby nemocným, příbuzným a personálu – do této kategorie otázek jsme zařadili tyto dotazy.
 - Jsou pacienti ošetřovatelským personálem informováni o možnosti poskytnutí spirituální péče?
 - Jakým způsobem je podávána informace o spirituální službě?
 - Jsou některá oddělení v nemocnici, na kterých je spirituální péče více vyžadována?

Doplňující otázka:

- Jakým způsobem jsou informováni příbuzní o možnosti spirituální péče?
- Využívá poskytovaných spirituálních služeb i personál, a když ano, v jaké míře?

- Znalosti ošetrovateľského personálu v oblasti spirituálnej péče – tímto okruhom otázek jsme se snažili zistiť, zda je znalosť v oblasti spirituálnych služeb personálu na oddeleniach dostatočná a v jaké miere sa všeobecné sestry orientujú v pojmech týkajúcich sa spirituálnej péče.

- Je víra pacientů personálem respektována?
- Je ošetrovateľský personál dostatočne edukován v oblasti spirituálnej péče?

Doplňujúca otázka:

- Pořádáte pro zdravotnický personál nějaké školení?
- Máte nějaké požadavky, jakým způsobem by měly sestry kaplanskou službu pacientům nabízet?

- Schopnosti vypozerovat a naplnit spirituální potřebu u pacienta – zde nás zajímalo, zda sestry, podle názorů duchovních, dokážú samostatně vypozerovat spirituální potreby u nemocných a zda se o tuto problematiku samy aktivně zajímajú. Proto jsme do tohoto okruhu zařadili tyto otázky:

- Zajímá se personál aktivně (samostatně) o spirituální potreby nemocných?
- Dokáže ošetrovateľský personál samostatně rozpoznat spirituální potrebu a upozornit na ní?

- Reakce pacientů, příbuzných a personálu na poskytovanou spirituální péči
- v tomto okruhu otázek jsme se snažili zistiť, zda je nabízená kaplanská služba přijímána pacienty příbuznými ale i samotným personálem kladně či jaké jsou případné reakce na nabízenou službu. Patří sem i otázka zda pacienti a příbuzní správně rozumí pojmu spirituální péče. To jsme se snažili zistiť těmito dotazy:

- Jakým způsobem je poskytnutá spirituální péče pacienty a příbuznými přijímána?
- Je spirituální péče poskytována i pacientům, kteří nejsou organizováni v žádné církevní instituci?
- Vyslovují pacienti samostatně žádost o spirituální službu?

- Dokáže spirituální péče dopomoci k duchovní pohodě a zvládnání jejich obav a strachů či k překonání jejich životní krize?
- Doplnující otázky
 - Jakým způsobem je zajištěno soukromí při poskytování spirituální péče?
 - Je ve vaší nemocnici vyhrazen nějaký prostor, kde se uskutečňují bohoslužby?

Okruh otázek směřující na zdravotní sestry

- Sociodemografické otázky – dotázali jsme se na věk a vzdělání všeobecných sester a zaznamenali jsme si pohlaví dotazovaného.
- Znalosti všeobecných sester v oblasti spirituální péče – těmito otázkami jsme si chtěli udělat přehled o znalosti pojmu spirituální péče
 - Co si představujete pod pojmem spirituální péče?
 - Jste v rámci nemocnice edukováni v oblasti spirituální péče?
- Způsob zprostředkování spirituální péče pacientovi – v této oblasti jsme se zajímali o způsob, jakým je spirituální péče v rámci jednotlivých nemocnic a oddělení nabízena a zda je běžnou součástí dotazování při nástupu pacienta do nemocnice.
 - Jakým způsobem je spirituální péče na oddělení nabízena?
 - Dokážete pacientovi vysvětlit pojem spirituální péče?
 - Je spirituální péče brána jako normální součást ošetrovatelské péče v rámci oddělení?
- Zajištění spirituální péče – touto skupinou otázek jsme chtěli zmapovat kvalitu poskytovaných služeb v rámci ošetrovatelské péče v oblasti spirituality pacienta.
 - V případě odmítnutí spirituální péče při příjmu, jste schopna vyzorovat potřebu duchovní péče u pacienta?
 - Zajímáte se aktivně o spirituální potřeby pacienta? Svěřují se vám sami pacienti se svými existenciálními potřebami?

- V tomto případě nás napadla doplňující otázka, zda se pacienti nestydí personál požádat o spirituální péči?
- Respektují sestry víru pacienta?

Při nepochopení otázky jsme jí doplnili.

- Máte přehled o náboženských rituálech různých církví, např. týkající se muslimů, jste schopni zajistit košer stravu?
 - Máte možnost a ochotu dovézt, v případě žádosti, pacienta na bohoslužbu?
 - Jakým způsobem zajišťujete pacientovi soukromí při návštěvě kaplana u pacienta?
- Reakce pacientů, příbuzných a personálu na poskytovanou spirituální péči.
 - Dokáže spirituální péče pacientovi dopomoci k překonání krizového období, či s pochopením dané situace a vyrovnáním se s ní?
 - Je spirituální péče vyžadována spíše od věřících či nevěřících pacientů?
 - Vyhledávají i příbuzní pacientů spirituální péči?
 - Vyhledává zdravotnický personál duchovní podporu?
 - Doplňující otázky – v průběhu rozhovoru nás napadlo několik doplňujících otázek, které jsou uvedeny u jednotlivých tematických okruhů.

3.7 Etická kritéria průzkumu

Všechny rozhovory, jak s kaplany, tak s všeobecnými sestrami, byly prováděny anonymně se souhlasem všech respondentů. U kaplanů ani sester nejsou uváděna jména pouze čísla sestry 1 – 8 a kaplan I – VII. Průzkum byl prováděn se souhlasem vedení jednotlivých nemocnic, v jednom případě i se souhlasem etické komise nemocnice. Vyžádali jsme si i svolení staničních sester jednotlivých oddělení.

Jednotlivým respondentům bylo zaručeno zajištění anonymity a přislíbeno, že jednotlivé odpovědi budou použity pouze v rámci průzkumného šetření týkající se této bakalářské práce. Všichni respondenti, kromě jednoho, dali souhlas s elektronickým záznamem a následným přepsáním uskutečněného rozhovoru.

4 Rozhovory – analýza

Rozhovory probíhaly od konce ledna 2013 do poloviny března 2013. Bylo uskutečněno 7 rozhovorů s kaplany a 8 rozhovorů s všeobecnými sestrami (dále jen sestrami) na vybraných odděleních jednotlivých nemocnic.

V následující analýze rozhovorů shrnujeme a rozebíráme jednotlivé odpovědi respondentů týkající se tématu významu spirituálních potřeb pro pacienty v rámci hospitalizace. Jednotlivé odpovědi jsou rozděleny do dvou kategorií podle skupiny respondentů a dále podle uvedených tematických okruhů.

4.1 Kaplani – analýza rozhovorů

Rozhovory s jednotlivými kaplany byly uskutečněny na jejich pracovišti, dle jejich časových možností. Každý jednotlivý rozhovor probíhal v soukromí. Nejdříve jim bylo nastíněno téma a záměr naší práce a dále byli ujištěni, že jejich odpovědi nebudeme používat za jinými účely, než k vyhodnocení týkajícího se našeho průzkumu. Rozhovory proběhly se 7 kaplany ve třech nemocnicích.

4.1.1 Poskytované služby nemocným, příbuzným a personálu

Tímto okruhem otázek jsme se snažili zjistit do jaké míry je běžné nabízení spirituální péče pacientům, jejich rodinám případně i personálu. Začali jsme dotazem:

Jsou pacienti personálem informováni o možnosti poskytnutí spirituální péče?

5 poskytovatelů spirituální péče odpovědělo, že pacienti jsou informováni v rámci přijímacího protokolu.

Kaplan III uvedl, že zkušenosti jsou rozdílné, že ne ke všem pacientům se tato informace u příjmu dostala.

Kaplan I odpověděl: „V léčebně se na to neptají. Není to v žádném přijímacím protokolu. Ale specifikum naší nemocnice je ten kostel uprostřed. Ten je nepřehlédnutelný a dříve či později tu pozornost přitáhne. Tam můžou pacienti při vycházkách vstoupit a tam si zase můžou získat informace na nástěnce nebo rovnou

vstoupit a už, nějakým způsobem, tu službu konzumovat. Myslím, že informovanost je dostatečná.“

Kaplan VII říká: „Při příjmu pacienti nejsou dotazováni, ale na oddělení se k nim informace dostane.“

Další, na co jsme se zeptali v rámci tohoto okruhu, bylo:

Jakým způsobem je podávána informace o spirituální službě?

Zde se odpovědi poněkud různily podle rozdílných zkušeností jednotlivých kaplanů. Uvádíme několik nejčastějších odpovědí:

Kaplan I odpověděl: „Pacient si o to řekne, až když je někde hospitalizován. Tam už je leták. Někdy je to i tak, že lékař nebo psycholog zaznamená nějakou duchovní tematiku při rozhovorech, tak mu to nabídne. Pak samozřejmě, když na tom oddělení jsem, se nabalují pacienti, když mě tam zaregistrují.“

Kaplan II: „Při příjmu se sestry neptají „jste věřící?““, ale ptají se „chcete duchovního?“ To mně vyhovuje, ale museli jsme je to dlouho učit. Když řeknete spirituální péče, tak většina lidí neví co si pod tím pojmem představit.“

Kaplan III Můj osobní dojem je že se to liší nejenom od oddělení, ale hodně záleží také na konkrétní sestřičce.“

Kaplan IV uvádí, že „si to sám na oddělení otestoval jako pacient na oddělení, kde ho neznali. „Když jsem se zeptal co je to ta spirituální péče, tak kromě toho, že je v nemocnici duchovní, mi k tomu nedokázali nic říct. Ale zase si dovedu představit, že na oddělení kam pravidelně docházím, by to dokázali vysvětlit naprosto srozumitelně.“

Při dalším rozhovoru s respondentem Kaplanem V jsme slyšeli názor, že informování určitě jsou, ale že to zapadne v množství informací.

Kaplan VI odpověděl, že není problém pro personál ani pacienty být představena jako kaplanka. Že je to běžná věc a ani pacienti ani personál se tohoto pojmenování nezaleknou. S tímto názorem souhlasí i Kaplan VII.

Z těchto různorodých odpovědí můžeme usuzovat, že zkušenost poskytovatelů spirituální péče je značně individuální a že záleží nejenom na přístupu nemocnice, ale i na jednotlivých odděleních a i sestře, která informaci zprostředkovává.

Dále jsme se zeptali:

Jsou některá oddělení, na kterých je spirituální péče více vyžadována?

Kaplan I funguje v rámci celé nemocnice bez rozdílu. Jde tam, kam ho zavolají.

Kaplan II uvedl, že neví. On že pravidelně dochází na internu a na LDN.

Kaplan III - VI uvedli, že je preference oddělení, kam pravidelně dochází. Byla vyjmenována tato oddělení, kam jednotliví poskytovatelé pravidelně docházejí: LDN, interna, plicní, spinální jednotka, psychiatrické oddělení, spondylochirurgie, chirurgie, dětská onkologie, transplantační jednotka.

Kaplan VII má určitou preferenci oddělení, kam pravidelněji dochází, ale často ho vyžadují i na jiných odděleních v rámci nemocnice.

Dalším dotazem jsme chtěli ozřejmit, jakým způsobem se informace o službě spirituální podpory dostane k příbuzným pacientů. Byl položen dotaz:

Jakým způsobem jsou informováni příbuzní pacientů o možnosti spirituální péče?

Kaplan I uvádí, že se s příbuznými setká spíše na požádání.

Kaplan II říká, že „Kontakt s příbuznými byl spíše vždy víceméně náhoda. Ale jsou oddělení, třeba jako spinální jednotka, kde se s rodinou hodně počítá.“

Kaplan III svoji zkušenost popisuje takto: „Setkal jsem se s tím, že personál informuje i příbuzné, byť ne příliš často. A já mám hezkou zkušenost, kdy při sdělení úmrtí příbuznému zároveň dali telefon na nás. Není to úplně běžná zkušenost, ale je moc hezká.“

Kaplan IV má názor, že příbuzní se o možnosti spirituální péče dozvědí spíše od pacienta. „Domluví se buď s pacientem, nebo si je oslovím sám, když vím, že jsou příbuzní a já s tím pacientem pracuji. Někdy jim to nabídnou lékaři.“

Další odpověď Kaplan V byla, že mají pocit, že setkání se uskuteční spíše náhodou. Že na sebe natrefí a nějak naváží kontakt.

Zatímco Kaplanka VI má velice dobrou zkušenost se zapojením příbuzných v rámci spirituální péče. S personálem je podle ní skvělá spolupráce.

Kaplan VII se s příbuznými setka spíše náhodou nebo na zavolání.

Po shrnutí odpovědí můžeme říci, že dva respondenti uvedli, že se příbuzní o možnosti spirituální péče dozví spíše náhodou, dva, že kontakt je přímo na požádání příbuzného. Jeden dotazovaný uvádí, že příbuzní informaci dostanou od pacienta. A dva z dotazovaných uvádí, že má zkušenost, že příbuzní dostali informaci od zdravotnického personálu.

Na závěr jsme položili otázku, **zda poskytovaných spirituálních služeb využívá i personál a když ano, tak v jaké míře?**

V této odpovědi se všichni respondenti shodli, že personál je vyhledává jenom občas, spíše v menší míře.

Kaplan V se k této otázce vyjádřil takto: „Taky někdy. Není to tak často. Podle mě nemají čas a po práci každý spěchá domů. Ale čas od času se to stane.“

4.1.2 Znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti spirituální péče

V této kategorii jsme se zaměřili na znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti poskytování spirituální péče. Byla zde položena otázka:

Je víra pacientů personálem respektována?

K této otázce se většina dotazovaných (K – I, II, III, IV, V) vyjádřila, že ano, že respekt k víře je. Kromě Kaplanky VI, která uvedla, že výměnou personálu se často mění situace přijímání duchovních.

Je ošetrovatelský personál dostatečně edukován v oblasti spirituální péče?

Z odpovědí většiny respondentů vyplývá, že se dělají semináře čas od času (K – II, III, IV, V), většinou je to ale jenom při vstupu na oddělení.

Kaplan I uvedl, že není součástí žádného školení, že když se přijímá nový zaměstnanec tak se dozví – je tady tohle a tohle.

Podle Kaplana V edukace a znalosti asi dostatečné nejsou, ale asi jak u koho. Záleží, podle něj, také hodně na staniční sestře.

Na doplňující otázku:

Máte nějaké požadavky, jakým způsobem by měly sestry kaplanskou službu pacientům nabízet?

Bylo odpovězeno třemi respondenty (K - I, VI, VII), že není problém být představen jako kaplan a ostatní jsou raději, když jsou představováni jako poskytovatelé spirituální péče. Podle Kaplana VI záleží na tom, jak to má která nemocnice nastaveno.

Dále jsme položili otázku:

Je ošetrovatelský personál schopný si představit co se skrývá pod pojmem spirituální péče?

Kaplan I. na tuto otázku odpověděl, že povědomí tu je v důsledku dvacetileté tradice, kdy doktor Remeš provádí v léčebně hagioterapie.

Kaplan II odpověděl, že je třeba personálu pojem vysvětlit. Podle něj většina národa vidí církevní péči a ne duchovní.

Kaplan III uvedl, že sestry mají znalosti o tomto pojmu spíše na odděleních, kam pravidelně dochází. Jinak je tento výraz spíš spojován s církví.

Kaplan IV odpovídá, že personál na odděleních kam dochází, učí představovat duchovní péči, protože na správném představení pojmu hodně záleží.

Kaplan V si myslí, že je nutné stálé proškolení, protože je velká fluktuace personálu a tím vznikají díry ve vědomostech.

Kaplanka VI se snaží, aby byla pacientům správně představována. Takže povědomí tu je.

Kaplan VII si myslí, že je to případ od případu

Z uvedených odpovědí se dá předpokládat, že větší vědomosti sester v rámci spirituální péče jsou na odděleních, kde se s duchovními častěji setkávají, a tudíž jsou častěji proškolení v této oblasti.

4.1.3 Schopnosti vypořádat a naplnit spirituální potřebu u pacienta

Uvedenými otázkami jsme se snažili zmapovat situaci v oblasti schopnosti sester odhalit spirituální deficit u pacienta.

Jako první byla položena otázka:

Jsou sestry schopny vypořádat samostatně spirituální potřebu u pacienta, a zda se o tuto potřebu aktivně zajímají?

Jednoznačně kladnou odpověď na tuto otázku dali čtyři respondenti (K I, II, III, VII). Pro příklad zde uvádíme odpověď Kaplana I: „U personálu je to běžná věc, že sestřičky nabízejí péči, že si všímají a třeba mu to nabídnou.“

Kaplan VI odpověděl, že to není pravidlo.

Kaplanovi V se zdá, že většinou si spirituálních potřeb spíše všímá nižší zdravotnický personál.

Kaplan IV uvedl, že pro něj jsou partnery spíše vysokoškolsky vzdělaní pracovníci a fyzioterapeuti. Sestry mají jiné povinnosti. Ale nechce to dávat za pravidlo.

Tyto odpovědi zároveň částečně odpověděly i na naši další otázku:

Dokáže ošetřovatelský personál samostatně rozpoznat spirituální potřebu a upozornit na ni?

Většina respondentů zde odpověděla kladně kromě Kaplana IV – „No to oni dělají něco jiného. Ale fyzioterapeut je denně s pacientem, kdo je s ním dýl? To ani doktor není. Takže, kdo to má líp vědět než fyzioterapeut. Je to oddělení od oddělení úplně jiné.“

Z odpovědi Kaplana II jsme se dozvěděli, že i když sestry sami nevypořádkují nějakou spirituální potřebu, poprosí duchovního o to, zda by si pokoje sám neprošel a nezjistil, zda ho někdo potřebuje.

Kaplan III uvádí: „Sestřičky zavolají k člověku duchovního, když vidí, že je mu těžko, když dostal blbou zprávu. Tak buďto zavolají přímo nás nebo jdou duchovní službu pacientovi nabídnout.“

Kaplan IV uvádí, že většinou si všimnou, že je pacient nějaký smutný, tak při návštěvě na něj upozorní.

4.1.4 Reakce pacientů, příbuzných a personálu na poskytovanou spirituální péči

Tato podkapitola se snaží ozřejmit reakce pacientů, ale i příbuzných a samotného personálu na nabízenou a poskytovanou spirituální péči. Cílem položených otázek je zjistit, zda je spirituální péče prospěšná a důležitá pro zlepšení pacientova stavu či jeho následnou léčbu. Proto jsme zde položili tuto otázku:

Jakým způsobem je poskytnutá spirituální péče přijímána?

Z odpovědí respondentů se zdá, že velmi záleží na prvotním představení spirituální péče.

Kaplan I se zamýšlí: „U pacientů skoro cítím i hlad po rozhovorech. Byl velký zájem o nemocničního kaplana, byť ty témata nejsou výsostně duchovní. Jsou tam témata vztahová a někdy existenciální, ale ne že by to žádalo duchovního.“

Kaplan II uvádí: „Záleží na sestřičkách i nemocném.“

Kaplan III si myslí, že zde existuje i rovina strachu při prvním kontaktu se spirituální službou. Má to podle něj několik důvodů: „Jednak to, že klasicky tradičně byla tahle praxe spojována s posledním pomazáním, což je pochopitelná a odůvodněná obava na některých odděleních. Druhá věc je to, že způsob jakým se do současnosti církve většinou prezentují, je dost nešťastný a nevhodný. A pak jsou tu averze a předsudky. Tohle je určitě velká bariéra skrz, kterou se prokousáváme.“

Kaplan IV zaznamenal veskrze pozitivní reakce.

Kaplan V se setkal s názory, že jde razit hlavně náboženství. Svou zkušenost popisuje takto: „Jednou jsem přišla na oddělení a sestra říká: On nám tady nikdo neumírá! Asi si myslela, že jdu dávat poslední pomazání.“

Kaplanka VI se svěřuje, že reakce jsou různé. Nedůvěra pramení spíše z neznalosti.

Z uvedených odpovědí si dovoluujeme tvrdit, že prvotní reakce, jak pacientů, tak příbuzných i personálu jsou zprvu spíše nedůvěřivé, ale po seznámení se s poskytovanou službou jsou duchovní přijímáni s důvěrou a povděkem.

Je spirituální péče poskytována i pacientům, kteří nejsou organizováni v žádné církevní instituci?

Všichni respondenti na tento položený dotaz odpověděli, že spirituální péče je ve větší míře vyžadována pacienty, kteří nejsou organizováni v žádné církevní instituci. V první řadě je to dáno naší sekulární společností a za druhé pacienti, kteří jsou organizováni v rámci nějaké církve si tuto službu dokážou zajistit sami mimo nemocnici.

Jako poslední jsme položili otázku:

Dokáže spirituální péče dopomoci k duchovní pohodě a zvládání obav strachů či překonání životní krize pacientů?

Zde jsme se, podle očekávání, setkali s kladnou reakcí od všech respondentů. Pro příklad zde uvádíme nejzajímavější odpovědi.

Kaplan II uvádí tento příklad: „Když přijdu za pacientem a on mi dá důvěru, tak mi říká: oni říkají, že mám cítit tohle, ale já to cítím jinak. Rodina říká, že už je pacient lepší, ale já to nevidím. Ale v tu chvíli vidím, že už říká to, co je s ním a ne to, co po něm chtějí ostatní. Že už začíná žít svůj život, svoje strachy a naděje a pochybování a tam začíná duchovní péče. A když přijde o nohu o ruku a dostane se na tu mez, kdy už to nebude jako předtím a bude to nové. A z toho je vždycky strach. A budeme spolu mluvit tak dlouho, až ten člověk zjistí, že existuje nějaká nová cesta. Nějaký nový způsob života, kde můžu žít takto limitován.“

Kaplan I se zamýšlí takto: „ Když nad tím přemýšlím...nejdu tam nikdy s představou, že toho člověka musím vždycky nabít nadějí a nastartovat ho do toho boje. To se děje až individuálně na tom místě. Čili jsou situace, kdy to setkání a ten rozhovor a to, co při něm proběhne, může pomoci mobilizovat síly a ten člověk začne spolupracovat.“

Jako poslední zde uvádíme ještě jednu odpověď, která nám může pomoci dopátrat se odpovědi po významu spirituální péče o pacienty. Tato odpověď je od Kaplana II: „Nejde o to jen přežít, ale.....To je moje otázka u dlouhodobě ležících. Oni sice žijí, ale vnímání a pohled na život jako takový – mně je jedno jestli žiju. Že ta kvalita života

není v souladu s tím, že žiji. Tu kvalitu už ani nehledají a nechtějí. Tam je pro mě problém. Evropské normy říkají, že člověk má mít zachovány lidskou důstojnost až do posledního vydechnutí. Když je člověk dlouho o samotě, zapomene mluvit. Zapomene mít vůbec pojmy v hlavě. A to se stává velmi často, že s řečí zapomene plnohodnotnost. Po něčem ještě toužit a o něčem přemýšlet. A to je taky můj problém, ta kvalita života. Protože důstojnost života není v tom, že žiju, že jsem přežila operaci, ale jak žiju potom.“

4.1.5 Doplnující otázky

V průběhu rozhovorů nás ještě napadly doplňující otázky, které měly za úkol doplnit mezery ve zjištěných údajích a dopomohly by k ozřejmení případných nejasností.

Jakým způsobem je zajištěno soukromí pacientů při poskytování spirituální péče?

Nejčastější odpovědí bylo, že personál poskytne chodícím pacientům vyšetřovnu či nějakou denní místnost (K - I, II, III, IV, V).

Kaplan VI odpověděl, že je náročné získat místnost, ale že personál je ochoten pomoci. U ležících pacientů byly odpovědi typu:

Kaplan I „Řešení je situační. Někdy je to alespoň rozložením židlí, tlumením hlasu.“

Kaplan III „Zajištění soukromí u ležících pacientů bývá velmi problematické. Někdy se okolní pacienti přidávají do hovoru.“

Kaplan II „Soukromí u ležících pacientů je možné zajistit plentou“

Kaplan V „Např. tichým hovorem. A samozřejmě se zeptám, jestli někomu nepřekážíme. Nebo řeknu sousedce, ať se věnuje svým věcem, že my si jdeme povídat.“

Z odpovědí na tuto otázku je vidět, že zajištění soukromí ležících pacientů je problematické.

Je ve vaší nemocnici nějaký prostor, kde se uskutečňují bohoslužby?

Kaplan I sdělil, že mají v prostoru nemocnice kostel, který je poměrně nepřehlédnutelný.

Od Kaplana VI a VII jsme se dozvěděli, že mají něco jako kapli, ale pro pacienty je problematické se na bohoslužbu dostat. Od ostatních respondentů jsme zjistili, že mají vyhrazenou místnost nazývanou Prostor ticha.

4.2 Všeobecné sestry – analýza rozhovorů

Rovněž rozhovory s všeobecnými sestrami (dále jen sestry) byly uskutečněny na odděleních, kde jsou sestry zaměstnané. Ve většině případů, kromě jednoho, probíhal rozhovor v soukromí. Také sestram byl představen záměr, téma a cíl naší práce. Opět jim bylo slíbeno, že odpovědi slouží pouze k vyhodnocení našeho průzkumu a nebudou nikde zveřejňovány.

V následující tabulce jsou uvedeny sociodemografické údaje:

Tabulka č. 2 – Sociodemografické údaje: všeobecné sestry

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Vzdělání
sestra - 1	žena	47	střední
sestra -2	žena	21	střední studující posledním rokem Bc.
sestra - 3	muž	28	vyšší
sestra - 4	žena	32	Mgr.
sestra - 5	muž	29	vyšší
sestra - 6	žena	49	střední
sestra - 7	žena	52	Mgr.
sestra - 8	žena	53	střední

Z uvedené tabulky je zřejmé, že respondentů z řad sester bylo celkem 8, z toho bylo 6 žen a 2 muži. Z uvedených 8 dotázaných měly dvě sestry vysokoškolské vzdělání a 1 studuje vysokou školu třetím rokem a 2 měly vyšší vzdělání.

4.2.1 Znalost sester v oblasti spirituální péče

Abychom zjistili, na jaké úrovni jsou znalosti spirituální péče u sester, položili jsme otázku:

Co si představujete pod pojmem spirituální péče?

Z odpovědí vyplývá, že respondent 2, 4, 5, 7, si označují spirituální péči, jako péči duchovní či péči o duchovní sféru člověka. Bližší specifikace jsme kromě respondenta č. 5, nedostali.

Respondent č. 5 na tuto otázku odpověděl takto: „No tak já jsem věřící, takže pro mě spiritualita je něco osobního, nějaký určitý duchovní řád nebo systém přemýšlení o světě a následného jednání, prožívání atd. A to si myslím, že je potom u každého. Že každý člověk vnitřní potřebu nějaké spirituality má. A ta spirituální péče, si myslím, že je o tom člověku buď pomáhat to hledat, nebo ho doprovázet“.

Druhá polovina sester ovšem na naší otázku odpověděla nepřímo (1, 3, 6, 8.) či vyhýbavě. Nejčastější odpovědi byly typu: „Spirituální péče je u nás zavedená, chodí sem duchovní a promlouvají s lidmi, kteří mají nějaké starosti.... Že jsou někteří pacienti věřící nebo nejsou, ale chtějí tuto službu, že za pacientem může přijít kněz.

Respondent č 3 odpověděl: „ Že sem chodí kaplani a pacienty mohou vyzpovídat“

Na tuto odpověď nás napadla doplňující otázka: **Takže spirituální péči berete spíše z pohledu víry?**

Odpověď zněla: „, No samozřejmě“.

V rámci tohoto okruhu byla položena i otázka:

Jste v rámci nemocnice edukováni v oblasti spirituální péče?

Je personál dostatečně edukován v oblasti spirituální péče?

Těmito otázkami jsme chtěli zjistit, zda jsou sestry dostatečně proškoleny v oblasti spirituální péče, zda mají zajištěn přístup k informacím o spirituální péči. Na otázku, **zda probíhají nějaké edukační programy**, odpověděly 4 sestry, že si myslí, že ano: „Jednou jsme myslím na školení byly, když to začínalo. Někde ještě ty materiály mám“. Ostatní respondenti jsou přesvědčeni, že žádné edukační programy pořádány nejsou

(č. 2, 5, 7, 8). Vybíráme tyto odpovědi:

Respondent č. 5 se vyjádřil takto: „Nezaznamenal jsem, že bychom měli nějakou edukaci. Ne.“

Respondent č. 7 reagoval takto: „To nevím, tím jste mě zaskočila. Na toto téma se teď hodně hovoří, je to aktuální. Ale jestli konkrétně je školení, to nevím.“

A zde je odpověď respondenta č. 8: „Ne ne, neprobíhají.“

4.2.2 Způsob zprostředkování spirituální péče pacientovi

Tímto okruhem otázek jsme se zajímali o to, jakou formou se informace o možnosti spirituální péče dostane k pacientovi. Jako první jsme se zeptali:

Jakým způsobem je spirituální péče na oddělení nabízena?

Z uvedených odpovědí je zřejmé, že je spirituální péče nabízena při příjmu pacienta v příjmové kanceláři na ambulanci či na odděleních při odebírání anamnézy. Pouze jedna sestra odpověděla, že u nich na intenzivní péči ne, ale na standardu je to pacientům určitě nabízeno. Sestra (č. 7) dodala, že vzhledem k zaměření jejich oddělení nabídku spirituální péče považuje spíše za formální záležitost. Otázkou zůstává, zda forma podání, kdy je kladen pouze dotaz: „Vyžadujete spirituální péči?“ je dostatečný. Z uvedených odpovědí vyplývá, že většina pacientů si pod pojmem spirituální péče nedovede nic představit. Sestry při příjmu pojem spirituální péče vysvětlují jen na požádání.

Zde uvádíme odpověď respondenta č. 5: „Při příjmu je to podáno jako otázka, zda pacient chce spirituální péči. A já, co s tím mám osobní zkušenosti, tak lidi nevědí, co to znamená. Takže v praxi to potom vypadá tak, že to většinou odmítnou, protože přece kněze nebo někoho takového nechtějí.“

Respondent č. 8 na doplňující otázku **zda jsou sestry schopny vysvětlit pacientovi, co pojem spirituální péče znamená**, uvedla: „Já si myslím, že ano. Protože kaplani se sestrami spolupracují.“

Respondent č. 7: „Sestry, které vystudovaly bakalářské studium, určitě a sestry bez vysokoškolského vzdělání, to nevím. Možná ano. Nikdy jsme to neřešily. Nevím.“

Otázkou: **Je spirituální péče brána jako normální součást ošetrovatelské péče v rámci oddělení?** jsme chtěli zjistit, zda i personál jednotlivých oddělení vidí poskytování spirituální péče, jako běžnou součást chodu jednotlivých oddělení nemocnice. Polovina sester na tuto otázku odpověděla, že běžná součást ošetrovatelské péče, to podle nich není.

Uvádíme zde odpověď respondenta č. 7: „Nemyslím si, že je všude naprosto běžná. Myslím si, že by se na tom mělo víc pracovat. Myslím si, že lidská duše je fakt zanedbaná. Ale není to standard.“

Pro druhou polovinu respondentů je spirituální péče normální součástí ošetrovatelského procesu (respondent č. 3, 5, 6, 8). „Já si myslím, že ano. Protože i v papírech, které se vyplňují při příjmu, tak tam sestry o té spirituální péči kladou na pacienty dotazy. V dotazníku je otázka na to, jestli pacient požaduje spirituální péči. Takže pacienti o tom vědí.“

4.2.3 Zajištění spirituální péče

Otázkami položenými v tomto okruhu dotazů jsme se snažili zmapovat schopnost sester vyzorovat samostatně deficit spirituální potřeby u pacientů. Chtěli jsme zjistit, zda i po delší hospitalizaci a po prvotním odmítnutí spirituální péče pacientem při příjmu, je personál ochoten a schopen sledovat duchovní potřeby pacientů. Dále nás zajímalo, zda se pacienti nestydí svěřit personálu se svojí duchovní potřebou. Jako první byly položeny tyto otázky:

V případě odmítnutí spirituální péče při příjmu, jste schopna vyzorovat potřebu duchovní péče u pacienta?

Zajímáte se aktivně o spirituální potřeby pacienta?

Na tyto dotazy většina sester odpověděla, že ano, že si myslí, že jsou schopny vyzorovat spirituální potřebu u pacienta (respondent č.: 1, 2, 4, 6, 7). Ale pouze na jednom oddělení sestra samostatně obchází pacienty a aktivně se zajímá o duchovní potřeby pacientů (respondent č.: 1) a na jednom oddělení si sestra chodí, když je čas, s pacienty povídat o jejich problémech (respondent č. 2). Zde uvádíme příklady odpovědí:

Respondent č. 1 uvedl: „Já si myslím, že určitě! Protože i já denně obcházím pokoje a hovořím s pacienty a neustále se ptám, jestli nechce zavolat kaplana a samozřejmě se každý den o tom bavíme.“

Respondent č. 2 nám na naši otázku odpověděla takto: „Ano, ale spíš.... Na to se myslí málo. Když je tu takový pacient, tak se spíš volá psycholog. Je to už asi nějaké zažité.“

Na druhou stranu menší část respondentů si myslí, že všeobecné sestry nejsou schopny vypořádat samostatně duchovní potřebu nemocného:

Respondent č. 3 „Ne. Dokud se sám nezačne modlit, tak ne. To by musel provolávat Boha....“

Zde uvádíme další otázku v rámci tohoto okruhu:

Svěřují se vám sami pacienti se svými existenciálními potřebami?

V tomto případě mě napadla doplňující otázka, zda **se pacienti nestydí personál požádat o spirituální péči**. V tomto případě většina respondentů (č. 1, 2, 4, 7, 8) tvrdila, že se jim pacienti svěřují a že se nestydí říci si o spirituální podporu.

Respondent č. 2 uvádí: „Svěřují se se vším. Vždycky je to o lidech. Já jsem ještě ve velkém nadšení, takže práce mě baví a když ten čas mám... Svěřují se opravdu se vším. A i chlapi. Nejsou sice, tak upovídání, ale svěřují se také, rádi si povídají. A takových, co se stydí říct o spirituální péči je málo.“

Respondent č.: 3, 5 a 6 si myslí, že se pacienti stydí a o spirituální službu si neřeknou ani se personálu se svými starostmi nesvěřují. Tyto odpovědi byly tohoto typu:

Respondent č. 3: „Možnost zeptat se mají, ale mě se neptají“

Respondent č. 6 „Nebo nám o službu říct nechtějí. Třeba až časem nám řeknou, že by na mši šli.“

Sestra č. 6 nám mimo záznam také řekla: „Copak to! Já bych si s pacienty ráda povídala a mnohdy by to bylo víc ku prospěchu než jakékoliv léky. Ale copak na to tady máme při našem počtu na oddělení čas?“

Respektují sestry víru pacienta?

Při nepochopení otázky jsme položili tyto dotazy:

- Máte přehled o náboženských rituálech různých církví, např. týkající se muslimů, jste schopni zajistit košer stravu?
- Máte možnost a ochotu dovézt, v případě žádosti, pacienta na bohoslužbu?

Tímto dotazem jsme chtěli zjistit schopnost a ochotu personálu přizpůsobit případný léčebný režim pacientovým náboženským požadavkům. Větší část respondentů odpověděla, že ochotu k poskytnutí prostoru na náboženské rituály mají, v případě, kdy to je v rámci možností oddělení. V případě neznalosti určitých specifík náboženství, vědí sestry kam se obrátit pro získání potřebných informací. Většina sester nemá problém přijmout jakoukoliv víru u pacienta a zajistit mu vše potřebné, když to klient bude vyžadovat.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi soukromí při návštěvě kaplana u pacienta?

U chodících pacientů by veškerý personál byl ochoten poskytnout buď denní místnost či vyšetřovnu popřípadě jídelnu. Ve chvíli, kdy pacient nemůže opustit lůžko, dle všech respondentů kromě jednoho, je možno zatáhnout závěsy mezi pacienty.

Respondent č. 1 uvedl, že u nich závěsy mezi lůžky nejsou, ale kdyby byla vyžadována plenta, že jí tam může dát. Zatím se ovšem tato žádost nenaskytla.

tři respondenti (č. 5 a 2) vyjádřili přesvědčení, že jde jen o ochotu lidí.

Respondent č. 2 uvádí: „Pacienti, když jsou chodící, jsou k sobě většinou solidární, takže odchází.“

4.2.4 Reakce pacientů, příbuzných a personálu na poskytovanou spirituální péči

Dokáže spirituální péče pacientovi dopomoci k překonání krizového období, či s pochopením dané situace a vyrovnáním se s ní?

Touto otázkou jsme se chtěli přiblížit k názoru zdravotníků na poskytovanou spirituální službu a na to, zda podle nich má spirituální služba význam ve zvládnutí zátěžových životních situací případně ke zlepšení kvality života. V tomto případě byla

odpověď respondentů ve všech případech jednoznačná. Všichni dotazovaní na tuto otázku odpověděli, že určitě ano. K odpovědím byly mírné dodatky jako: „Ano, věřícím určitě ano.“, „Ano, mají pocit, že s nimi někdo promluvil.“ Za všechny zde uvádím dvě odpovědi:

Respondent č. 2: „Já myslím, že na ně má velký vliv. Několikrát třeba stačí, když je někdo vyslechne nebo jim řekne nějaké pěkné slovo. Když pacient uvidí, že člověk má o ně zájem, už se k problému postaví trošičku jinak. Řeknou si: „už to není tak úplně zbytečné. Slyšela jsem něco pěkného, je i další možnost.“ Myslím si, že je to určitě může změnit.“

Respondent č. 5: „Myslím si, že určitě. Rozhovory jsou pro člověka důležité.“

Je spirituální péče vyžadována spíše od věřících či nevěřících pacientů?

Na tuto otázku odpověděli respondenti spíše váhavě. Nakonec polovina sester (respondenti 2, 5, 7, 8) odpověděla, že péči ve větším procentu vyžadují věřící. Respondent č. 5 odpověděl: „Věřícími. Tedy pokud chtěl někdo kněze, tak to byli věřící lidi.“

Respondent č. 3 si nebyl jistý: „Za dobu co jsem tady tuto službu vyžadovali snad jen dva pacienti a i ti od toho snad nakonec upustili.“

Zbytek respondentů nebylo přesvědčeno, že by tento druh péče byl vyžadován pouze věřícími pacienty.

Respondent č. 4. řekl toto: „Člověk si potřebuje popovídat, potřebuje útěchu od někoho. Není to určitě o víře. Když bych byla já v nějakém hrozném stavu, budu potřebovat, aby mě někdo podržel.“

Vyhledávají i příbuzní pacientů spirituální péči?

Zde jsme se chtěli dozvědět, zda je spirituální podpora nabízena a vyžadována i příbuznými pacientů. Souhrnem odpovědí nám vyšlo, že také, ale v menší míře. Dle statistik jedné z nemocnic mi bylo sděleno, že příbuznými je tato služba využívána pouze v 9% z veškerých poskytnutí spirituální podpory.

Respondent č. 1 odpověděl: „Hrozně málo. Vědí to, ale hrozně málo to využívají. Protože, když se s nimi bavím a jsou věřící, mají svoje kostely a faráře. Takže tady opravdu hrozně málo.“

Vyhledává zdravotnický personál duchovní podporu?

Stejně jako u příbuzných pacientů je využití služby u zdravotnického personálu minimální. Dle odpovědí respondentů tuto službu spíše využívají sestry, které jsou vedeni v rámci nějaké církevní instituce. Zde uvádíme tuto odpověď: „Z personálu tady mám věřící děvčata z Moravy, ale z Prahy ani ne. Ale když je potřeba, tak za nimi jdou.“

Respondent č. 4 odpovídá: „O možnosti slyšely, ale myslím si, že nikdo nevyužívá. Asi málokdo. Od nás tedy rozhodně ne.“

4.2.5 Doplnující otázky

V rámci doplnění obrazu o kvalitě péče nás napadlo v průběhu rozhovoru několik doplňujících otázek, které jsou uvedeny u jednotlivých okruhů, kterých se tematicky týkaly.

4.3 Výzkumné otázky – zhodnocení

Pro účely našeho průzkumu jsme se rozhodli položit jednu hlavní průzkumnou otázku a pět vedlejších průzkumných otázek. K odpovědím na tyto otázky jsme se snažili dobrat rozhovorem s poskytovateli spirituální péče a se sestrami na jednotlivých odděleních ve třech nemocnicích.

HPO: Je uspokojování spirituálních potřeb pacientů v našich zdravotnických zařízeních běžnou součástí ošetrovatelské péče?

Z odpovědí, které se nám podařilo sesbírat od všeobecných sester i poskytovatelů duchovní péče se zdá, že je považováno za běžnou součást ošetrovatelské péče. Většina respondentů na tento dotaz odpověděla, že je běžnou součástí příjmové anamnézy a že jsou schopny vyzorovat případný spirituální deficit u pacienta. Ale z dalších odpovědí na dotazy o aktivním sledování pacientových spirituálních potřeb se dá

vyvodit závěr, že většina všeobecných sester v běžném provozu oddělení není schopna tuto potřebu u pacientů aktivně sledovat z důvodu nedostatku času.

Proto se dá říci, že při příjmu je běžně pacient dotázán, zda vyžaduje spirituální péči, ale již není v našich zdravotnických zařízeních standardem další diagnostika spirituální potřeby u pacienta. Samozřejmě se uspokojování spirituální potřeby stává spíše na jednotlivých odděleních, kde jsou pacienti hospitalizováni po delší dobu či se závažnějšími diagnózami.

1.VPO: Má většina ošetrovatelského personálu dost znalostí týkajících se spirituální péče?

Po analýze rozhovorů si troufáme tvrdit, že u většiny ošetrovatelského personálu je znalost týkající se spirituálních potřeb spíše povrchní. U menší části sester je spirituální péče stále spojována s příslušenstvím k nějaké církevní instituci. Větší znalost pojmu prokázaly spíše sestry s vysokoškolským vzděláním nebo dále studující.

Co se týká oblasti znalosti různých náboženských rituálů, je znalost opět pouze povrchní. Na druhou stranu všechny sestry pracující na odděleních ví kam se v případě nutnosti obrátit pro zajištění potřebných informací.

2.VPO: Jakým způsobem je spirituální péče pacientům v hospitalizaci nabízena?

Zde, jak bylo zjištěno, záleží na stanovených standardech jednotlivých nemocnic. V jedné nemocnici je dotaz kladen při příjmu v rámci příjmové anamnézy. Pacient je při příjmu dotázán tímto způsobem: „vyžadujete spirituální péči?“ či „přejete si návštěvu kaplana?“ Ve dvou nemocnicích tato otázka při příjmu není položena a pacientovi se dostane potřebných informací až v případě potřeby.

Ve všech zkoumaných nemocnicích je možno se o spirituální službě dozvědět přes internetové stránky jednotlivých nemocnic. Také je v rámci určitých oddělení pacientovi poskytnut informační leták o poskytované spirituální službě.

U příbuzných pacientů je situace nejednoznačná. Ti se k informacím doberou většinou buď přes internetové stránky nemocnice nebo přes svého hospitalizovaného příbuzného či pouze náhodným setkáním s poskytovatelem spirituální péče.

3.VPO: Na kterých typech oddělení je spirituální péče preferována?

Informace týkající se preference oddělení jsme v našem rozhovoru směřovali pouze na poskytovatele spirituálních služeb. Zjistili jsme, že preference určitých oddělení v rámci nemocnic skutečně existuje a na tato oddělení duchovní docházejí pravidelně. Týká se to povětšinou oddělení s pacienty s dlouhodobější hospitalizací popřípadě oddělení, kde leží nemocní ve vážnějším stavu či s infaustními diagnózami. Na ostatní oddělení dochází duchovní jen v případě žádosti sester, pacienta či příbuzného.

4.VPO: V jakém světle je spirituální péče vnímána pacienty a příbuznými pacientů?

V první chvíli, dle odpovědí všeobecných sester nabízejících spirituální službu je péče spíše odmítnuta. Tato reakce podle poskytovatelů spirituální péče pramení spíše z neznalosti pojmu nebo sdělení o možnosti spirituální péče v rámci ostatních informací kterými je pacient zahlcen zapadne.

Také je dle kaplanů velmi důležité, jakým způsobem je informace klientovi zprostředkována. Ve chvíli, kdy je podána způsobem: „Přejete si faráře?“ se většina pacientů vyděsí a pomyslí si: „To je to se mnou tak zlé?“. Následná reakce pacienta je odmítnutí. Ve chvíli, kdy je informace zprostředkována správně, jsou reakce pacientů veskrze pozitivní.

Spirituální péče je spíše poskytována pacientům, kteří nejsou organizováni v žádné církevní instituci.

5.VPO: Pomáhá spirituální péče v překonání a lidsky důstojném zvládnutí krizové situace v životě, případně znovunalezení smyslu života?

V odpovědi na tuto otázku se shodli všichni respondenti z obou skupin dotazovaných jednoznačně. Spirituální péče má velký význam v uzdravení pacienta, a když ne přímo v uzdravení, tak alespoň ve zlepšení jeho psychického stavu či změně názoru na jeho stav a případnou léčbu.

5 Diskuze

Téma spirituální péče týkající se nemocnic, je v naší zemi poměrně mladé. Dá se říci, že spirituální péče je do zdravotnických zařízení po celé republice teprve zaváděna. To byl také jeden z důvodů, proč jsme zvolili jako předmět svého průzkumu právě tuto oblast. Jedním z respondentů z řad sester nám bylo řečeno, že za její třicetiletou praxi udělalo zdravotnictví v této sféře veliký pokrok. Dříve byl pacient brán pouze jako věc, neměl právo skoro na nic. Nedovolil si pomalu ani zvednout ruku, natož si o něco říci. Vzhledem k tomu, že duše člověka je velmi zanedbaná, mělo by se na tom více pracovat. Myslím si, že se na zavedení spirituálních služeb do praxe pracuje, ale stále to ve zdravotnických zařízeních není standard.

V dnešní době je právo pacienta na spirituální péči přímo dáno legislativou. Jednotlivé nemocnice proto toto téma berou stále více do úvahy a snaží se právo na spirituální péči pro pacienta zahrnout do svých standardů. Dá se tedy říci, že toto téma je v současnosti velice aktuální. A přesto, když jsme začali pátrat po materiálech týkajících se této sféry, zjistili jsme, že je vydáno velmi málo publikací zmiňujících se o této oblasti. V podstatě, co se týká knih, je to jen mizivé procento. Když už se nějaká literatura dotýká spirituality pacienta, je zaměřena vesměs na oblast paliativní péče. Ale duchovní péče se přece netýká pouze paliativní medicíny! Podařilo se nám sehnat jen jednu knihu týkající se přímo problému spirituality pacienta ve zdravotnických zařízeních a to publikaci od Marie Svatošové: „Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?“, která vyšla teprve v polovině roku 2012. Téma obsažené v této knize je přímo věnované zdravotníkům a dotýká se praktického sledování duchovních potřeb pacienta. Podařilo se nám vyhledat i pár článků v časopisech, ale většinou jsme se museli držet zdrojů internetových.

Ve chvíli, kdy jsme rozeslali své žádosti o možnost průzkumu v jednotlivých nemocnicích, zdálo se nám, že se setkáváme s jakousi podezřívavostí ze stran vedení nemocnic. Ale po ozřejmení toho, o co nám v naší práci jde, jsme se setkali s velkou vstřícností, jak ze strany poskytovatelů spirituální péče, tak, což pro nás bylo velmi příjemné překvapení, i ze stran všeobecných sester. Původně jsme chtěli dělat i rozhovory s pacienty, ale jak už jsme uvedli v jedné z předchozích kapitol, po rozhovoru se staničními sestrami jsme usoudili, že toto téma je pro hospitalizované pacienty přece jenom velmi intimní a že bychom velmi těžko, v tak krátkém časovém

úseku, který jsme měli vyhrazen na naší práci, sháněli na odděleních nemocnic vhodné respondenty, kteří by byli ochotni s námi hovořit.

V naší práci jsme se zaměřili na zjištění, zda je v našich nemocnicích poskytování spirituálních služeb standardem. Na první pohled se zdá, že ano. V rámci nemocnic je běžné se ptát pacienta, jestli vyžaduje spirituální péči, někde se přímo zeptají, jestli požaduje návštěvu kaplana. To je všechno v pořádku. Ale jestli pacient správně chápe pojem spirituální péče, to už ve většině případů zanikne ve víru dalších informací. Jestli můžeme usuzovat z hovorů, které jsme uskutečnili s kaplany i s všeobecnými sestrami, je pacient při příjmu na oddělení tak zahlcen informacemi, že mu nezbudou myšlenky ani čas na to, aby se dopátral, v případě nepochopení dotazu, po jeho pravém významu. V lepším případě je pacientovi dán leták, kde se potřebné informace týkající se spirituálních služeb, dají zjistit. Ale na druhou stranu existují jednotlivá oddělení v rámci nemocnic, kde se spirituální péče již standardem stává. Poskytovatelé spirituální péče mají vyhrazené dny, kdy na tato vybraná oddělení pravidelně docházejí. Tam jsou většinou sestry ve větší míře proškoleny, jakým způsobem pacientům duchovní službu přiblížit.

Polovina sester z řad této skupiny respondentů nám na otázku, zda jsou schopny samostatně vyzorovat spirituální potřebu u pacienta, odpověděla, že ano. Druhá polovina si to nemyslí. Většinou je to podle nich způsobeno nedostatkem času. Z řad kaplanů odpověděli čtyři respondenti, že si myslí, že ano, že sestry jim podávají informace o potřebných pacientech. V další odpovědi jsme slyšeli názor, že je schopen si všimnout spíše nižší zdravotnický personál. Další odpověď nás velmi zaskočila. Pro jednoho poskytovatele jsou spíše partneři fyzioterapeuti a lékaři. Ty, podle něj, tráví s pacientem mnohem více času, a proto jsou schopni si spíše všimnout problému týkajícího se duchovní sféry člověka než sestry, které mají jinou práci. Můžeme říci, že poslední názor duchovního nás velmi překvapil. Je pravdou, že všeobecných sester je na oddělení na počet pacientů většinou velmi málo. Sestry se věnují svým odborným výkonům a na vyslechnutí obav pacienta zbývá opravdu málo času. Na druhou stranu, jak nám při rozhovoru, bylo řečeno jednou z respondentek, „vždycky je to o lidech, o jejich ochotě“. Bylo např. velmi příjemné slyšet jednu z mladých sester, která doslova řekla: „Já jsem ještě ve velkém nadšení, mně se pacienti svěřují se vším.“

Při našem průzkumu a rozhovorech na oddělení jsme si také všimli, že velmi záleží na staniční sestře, jaké má povědomí o problematice spirituality u pacienta a jak je ona sama ochotna navázat spolupráci s jednotlivými duchovními. Od tohoto se potom odvíjí i další ochota sester zabývat se duchovní sférou člověka.

V naší práci byla položena i otázka respektu k víře pacienta. Zde jsme se, přiznáme se, že k našemu překvapení, setkali s naprostou tolerancí k jakémukoliv náboženství a příslušným rituálům, které se jich týkají, snad s výjimkou sekty Jehovistů. Zde se pouze jedna respondentka vyjádřila, že jí vadí z důvodu odmítání krevních transfúzí. Je pravdou, že většina sester neměla podrobné znalosti týkající se jednotlivých náboženských rituálů a potřeb, ale všechny sestry věděly na koho se v případě potřeby obrátit. K tomuto tématu se vyjádřil i jeden duchovní, že to po sestrách ani není požadováno.

Co se týče znalostí personálu týkající se spirituální péče, uvedli jsme v naší práci nejčastější odpověď, že spirituální péče o pacienta je péče duchovní. To je sice pravda, ale rozebrat tento pojem byl v podstatě schopen jenom jeden respondent z řad sester. Jeho odpověď jsme uvedli v analýze rozhovorů v okruhu: znalosti ošetřovatelského personálu v oblasti spirituální péče. Tento respondent sám přiznal, že je věřící a nad touto oblastí se zamýšlí. V důsledku čeho jsou znalosti ošetřovatelského personálu týkající se této sféry tak povrchní? Z průzkumu vyplývá, že se v našich nemocnicích pořádá stále málo edukačních programů týkajících se spirituální péče. Otázkou je, jak velký zájem mezi personálem by o tyto programy byl. Další problém je, že i když je otázka spirituality ve zdravotnických zařízeních otevřena, stále je před duchovní oblastí pacienta upřednostňována péče o jeho fyzickou či biologickou stránku. Kde je se stránkou duchovní více počítáno, jsou povětšinou oddělení s dlouhodobější hospitalizací či oddělení s infaustními diagnózami.

V naší práci nás také velmi zajímaly reakce pacientů na nabízenou spirituální péči. Zde se trochu splnily naše předpoklady, že v našem sekulárním státě o tuto službu nebude velký zájem. Dále jsme předpokládali, že tato služba bude spíše vyžadována věřícími. Což se nám, ale z našeho průzkumu nepotvrdilo. Je překvapivé, že sestry pracující na oddělení často také předpokládaly, že spirituální službu přijmou spíše pacienti institucionalizovaní v rámci nějaké církve. Dle rozhovorů s poskytovateli spirituální péče, ale jasně vyplývá, že naprostá většina klientů, kterým je poskytována

tato služba, je z řad lidí, kteří nejsou členy žádné církevní instituce. Paradox je, že pacienti, kteří jsou v rámci jakékoliv církevní instituce, si tuto službu dovedou zajistit sami a proto tuto službu většinou ani nevyžadují v rámci své hospitalizace. To že o spirituální péči není velký zájem, je ale pravda jen částečně. Opravdu v první chvíli je většinou nabízená péče odmítnuta, ale když dále pátráme po příčině, zjistíme, že odmítnutí této služby většinou plyne z neznalosti pacienta. Jak již bylo uvedeno na začátku diskuze, většina pacientů si pod pojmem spirituální péče nedovede nic představit. Proto při otázce, zda si přejí spirituální péči, dojde nejprve k odmítnutí. Když jsme se zamýšleli nad dalšími důvody odmítnutí, napadlo nás, že většina klientů si tuto otázku spojí okamžitě s vírou či nějakou církevní institucí. Tento předpoklad se nám při analýze rozhovorů s respondenty z řad poskytovatelů spirituální péče jenom potvrdil. Většinou ještě bylo zdůrazněno: „Co s vírou, ale hlavně s institucí.“ Další rovinnou, která zavdává příčinu pacientům k odmítnutí této péče je, že když je jim nabízen „farář“, tak první co je napadne je, že je to s nimi velmi špatné. Proto je důležité, dle našeho názoru, nejenom pacienta oslovit s nabídkou spirituální péče, ale i si dát pozor na formu jakou je tato informace pacientovi zprostředkována, případně být schopen pojem spirituální péče pacientovi vysvětlit. V případě, že je pacient správně informován, je spirituální služba u pacientů často akceptována a v další fázi přijímána s povděkem. Poskytovateli spirituální péče nám bylo řečeno, že při kontaktu s klienty na oddělení padá ostych i ostatním a ač jdou zprvu třeba jenom za jedním pacientem a počítají s hodinovým rozhovorem, nakonec na oddělení stráví celé dopoledne.

V poslední řadě jsme se zaměřili na, pro nás velmi důležitou, otázku, zda je spirituální péče schopna domoci pacientům k duchovní pohodě a zvládnání obav, strachů či překonání životní krize. Co se týče této otázky, troufali jsme si tvrdit, že ano. Že pacientům může minimálně zlepšit jejich duševní stav. Hlavním záměrem spirituální péče je doprovázet nemocného. Ne mu klást závažné otázky či vnucovat svůj názor na věc, ale nechat pacienta mluvit o svých problémech a tímto způsobem ho nechat, dobrat se vlastního náhledu na problém, svých vlastních pocitů, které mu nejsou vnucovány příbuznými či zdravotníky. Smyslem této služby je pomoci pacientovi v jeho samotě a případně i nalezení nějaké nové cesty jak žít či dopomoci mu ke smíření s jeho životem. Zde si troufáme tvrdit, že se náš předpoklad, že spirituální péče pacientovi dokáže dopomoci k překonání životních krizí, stoprocentně potvrdil. K tomuto problému se všichni respondenti vyjádřili kladně. I když bylo třeba uvedeno,

že nalezení nového smyslu života je trochu silné slovo. Můžeme tvrdit, že mnohým pacientům ke zlepšení jejich duševní pohody stačí pouze dotyk, či blízkost někoho, kdo vyslechne jejich obavy. I jedna respondenka pracující na oddělení s dlouhodobou hospitalizací uvedla, že mnohdy je rozhovor s pacientem mnohem smysluplnější, než veškeré léky.

Z výsledků, které zde uvádíme, můžeme konstatovat, že cíle 1, 2, i 3 byly splněny.

5.1 Doporučení pro praxi

Náš průzkum v rámci bakalářské práce odhalil, že hlavním problémem při poskytování spirituální péče tkví jednak ve správném podání informací pacientovi a dále v malé znalosti ošetrovatelského personálu v oblasti spirituální problematiky u pacienta.

Z těchto důvodů si myslíme, že by bylo vhodné více edukovat zdravotnický personál. Edukace by se podle našeho názoru měla provádět formou seminářů s poskytovateli spirituální péče. V rámci těchto seminářů by mělo být personálu vysvětleno jaký je nejvhodnější postup při představování spirituální péče pacientovi. V rámci těchto seminářů by zdravotničtí pracovníci byli seznámeni s definicí spirituální péče a byl by jim podán návod, jakým způsobem je možno spirituální deficit u pacienta diagnostikovat a jak, v případě zjištění problému z této oblasti, s ním naložit. Další vhodná forma edukace všeobecných sester je, dle našeho názoru informační brožura, která by byla veškerému personálu k dispozici na každém oddělení zdravotnických zařízení. Vzhledem k velké fluktuaci všeobecných sester bychom doporučovali při příjmu nové všeobecné sestry na oddělení její proškolení v problematice spirituální péče jejím nadřízeným, což je v našem případě staniční či vrchní sestra. Dále bychom doporučovali zřízení procesních map, v kterých by byl návod, jak postupovat s každým klientem, který je přijímán do zdravotnického zařízení k hospitalizaci. Zároveň by byl v tomto ohledu zdravotnický personál dále školen vedoucími pracovníky jednotlivých klinik.

ZÁVĚR

V naší práci jsme se zaměřili na zjištění, zda je spirituální péče standardní službou v našich zdravotnických zařízeních, jakou formou je služba klientům nemocnic zprostředkována, zda je nabízena i příbuzným pacientů či zda této služby využívá i zdravotnický personál. Dále byla položena otázka, jaká je reakce pacientů na poskytovanou spirituální službu a zda spirituální péče může dopomoci pacientovi ke zlepšení jeho duševní pohody, jeho zdravotního stavu, pomoci mu v jeho existenciálních starostech nebo dokonce najít novou cestu, jak se vyrovnat se svým zdravotním stavem.

Závěrem lze říci, že spirituální péče se ještě zcela nestala úplně běžnou součástí péče na našich odděleních, ale je činěno mnoho kroků k tomu, aby se tak brzy stalo. A to zásluhou obětavé a velmi náročné práce poskytovatelů spirituální péče, ale i vstřícností vedení nemocnic, vedení jednotlivých klinik, ale i samotných všeobecných sester, které se s touto problematikou denně setkávají na svých pracovištích. A alespoň část z nich je ochotna této sféře ošetrovatelské péče věnovat svou pozornost i vzácný čas. Z našeho průzkumu také vyplynulo, že při správném zprostředkování informací pacientovi je nakonec spirituální péče přijímána ochotně i od pacientů, kteří jí zprvu odmítli. Dále jsme učinili závěr, že spirituální péče pacientům i jejich příbuzným (i když to není tak častý případ) dokáže dopomoci ke zvládnutí jejich těžkých situací v období nemoci či v pochopení momentální situace.

Závěrem si dovoluujeme použít citaci z rozhovoru s jedním z respondentů, který uvedl, že: „Jakási spirituální potřeba evropského zdravotnictví je naplněna v otázce, ale není naplněna v potřebách. A je na personálu, aby to vysvětlil.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Citování podle normy ČSN ISO 690: 2011

- ANON. *Bible*. Brno: Ústřední církevní nakladatelství, 1988. ISBN: neobsahuje
- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN: 978-80-902876-4-8
- FARKAŠOVÁ, Dana et al.. *Ošetrovatelství teorie*, Martin: Osveta, 2006. ISBN: 80-8063-227-8
- GURKOVÁ, Elena et al.. *Vybrané ošetrovatel'ské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. ISBN: 978 – 80 – 8063 – 308 – 0
- HENDL, Jan. *Kvalitatívny výzkum: základní metody a aplikace*, Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-67.040-2
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN: 80-7234-329-6
- KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*, Brno: Littera, 2007. ISBN: 978-80-85763-36-2)
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie medicíny*. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3224-4
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*, Praha: Grada, 2006. ISBN: 978-80-247-1211-6)
- PLEVOVÁ, Ilona a kol.. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978–80-247–3557-3).
- POCHYLÁ, Karla. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. přepr. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN: 80-7013-420-8

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

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol.. *Základy ošetrovatelství*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006 ISBN: 80-246-1091-4

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

TRACHTOVÁ, Eva et al.. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN: 80-7013-324-4

ŽIAKOVÁ, Katarína a kol.. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, 2007. ISBN: 978-80-8063-247-2

MELANOVÁ, Alena. *Spirituální potřeby jako terminologický a ošetrovatelský problém*. In: Ošetrovatelství. 2004, sv. 6, č. 3-4, s. 76 - 77

NEUMANNOVÁ, Jarmila. *Hospic sociální fenomén moderní společnosti*. In: Diagnóza. ISSN: 1801-1349, 2010, roč. VI, č. 2, s. 34 - 35

KALVÍNSKÁ, Eva. *Spirituální péče očima lékaře*. Praha: Univerzita Karlova – Evangelická teologická fakulta. 2008, č. 2/43

KALVÍNSKÁ, Eva, 2010. *Praktické začleňování spirituální péče do ošetrovatelské péče FN*, In: Diagnóza. ISSN: 1801-1349, 2010, roč. VI, č. 2, s. 36 - 37

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Spiritualita a religiozita pacienta*. In: Ošetrovatelství. 2004, sv. 6, č. 3 – 4, s. 78 – 79

ANON, nedatováno. *Etický kodex pro zdravotní sestry* [online] [cit. 2013-03-18].

Dostupné z: <http://www.knihovna.tul.cz/download/Zdravotni%20sestry.doc>

ANON, nedatováno. *Kánon 564* [online] [cit. 2012-10-08].

Dostupné z: <http://web.katolik.cz/feeling/library/Kodex.pdf>

ANON, nedatováno. *Práva pacienta* [online] [cit. 2013-03-18].

Dostupné z: <http://www.llp.cz/tag/prava-pacientu-2/>

HAVLOVÁ, Květa, 2009. *Klinická pastorační péče v České republice* [online] [cit. 2013-03-17].

Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932>)

ČERMÁK, Jiří, nedatováno. *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí* [online] [cit. 2012-23-8].

Dostupné z: http://www.husiti.cz/ccshpd/atach/modely_pece.doc

OPATRná, Marie, 2006. *Diagnoza v ošetrovatelství* [online] [cit. 2012-26-9].

Dostupné z: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna_2006-1-czech.pdf

OPATRná, Marie, 2006, *Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému* [online] [cit. 2012-09-25].

Dostupné z: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna_2006-1-czech.pdf

OPATRná, Marie, 2009. *Klinická pastorační péče v České republice* [online] [cit.2012-08-16].

Dostupné z: <http://www.klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932.htm>

OPATRŇÝ, Aleř, nedatováno. *Mal príručka pastorační péče o nemocn* [online]
[cit.2012-09-25].

Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Knihovna/Pece-o-nemocne.html>

OPATRŇÝ, Aleř, 2011. *Péče o existenciln a spirituální potřeby nemocných* [online]
[cit. 2012-12-10].

Dostupné z: www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta-Ales-Opatrny.html

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – POVOLENÍ KE SBĚRU DAT	II
PŘÍLOHA B – POVOLENÍ KE SBĚRU DAT.....	III
PŘÍLOHA C – POVOLENÍ KE SBĚRU DAT.....	IV
PŘÍLOHA D – KODEX NEMOCNIČNÍHO KAPLANA.....	VI
PŘÍLOHA E – PRÁVA PACIENTŮ.....	VII
PŘÍLOHA F – ETICKÝ KODEX SESTER.....	VIII

PŘÍLOHA A – POVOLENÍ KE SBĚRU DAT

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Barbora Holá	
Studijní obor	Ošetrovatelství	Ročník 3BVS
Téma práce	Význam spirituální péče pro nemocné v hospitalizaci	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	FN Motol, V Úvalu 84, 15000, Praha 5	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Wichsova Jana	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol
podpis

V Praze..... dne 27.1.13.....

.....
podpis studenta

PŘÍLOHA B – POVOLENÍ K SBĚRU DAT

Etická komise

ekomise@plbohnice.cz

Psychiatrická léčebna Bohnice
státní příspěvková organizace
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220
181 02 Praha 8, Ústavní 91
ředitel organizace: MUDr. Martin Holý



Barbora Holá
Tehov 136
251 01 Říčany

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141

V Praze dne , 14.2.2013

Souhlas k realizaci průzkumu v rámci diplomové práce

Etická komise PL Bohnice vyslovila **souhlas** k realizaci průzkumu v rámci bakalářské práce s názvem: **Význam spirituální péče o nemocné v hospitalizaci.**

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.
tajemník etické komise



tel. + 420 725867810, fax. + 420 284016595
pomykacz@plbohnice.cz, www.plbohnice.cz

Psychiatrická léčebna Bohnice
Etická komise
Ústavní 91, 181 02 Praha 8,
Tel.: 28 4016141
e-mail: eticka.komise@plbohnice.cz,
www.plbohnice.cz

PŘÍLOHA C – POVOLENÍ KE SBĚRU DAT



NEMOCNICE NA BULOVCE

180 81 Praha 8, Budínova 67/2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací nelékařských zdrav. oborů

Příjmení a jméno žadatele:Barbora Holá

Kontaktní adresa:Tehov 136, 25101 Říčany

Telefon: ...604832366..... E-mailová adresa: ...folawryl@seznam.cz.....

Škola/fakulta: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze 5, Duškova 7, 150 00 Praha 5

Obor studia: Ošetřovatelství

Téma závěrečné práce:.....Význam spirituální péče pro pacienty v hospitalizaci

Termín sběru dat:^{BŘEZEN} únor 2013, ^{CELKOVÝ DEN VE ZEMČANĚ}

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: ...rozhovor s paní kaplánkou nemocnice

Zjišťované informace:cíl průzkumu viz. příloha.....

Forma prezentace dat:Rozhovor je anonymní data slouží k vyhodnocení 1 hlavní a vedlejších průzkumných otázek v bakalářské práci.

Poučení žadatele:

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Prezentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Na Bulovce v Praze je možná pouze se souhlasem příslušného náměstka, který dotazníkové šetření povolil."

V ...Praze..... dne...18.2.2013.....

Podpis žadatele:....Holá Barbora

Vyjádření Nemocnice Na Bulovce v Praze

Bude za šetření vyžadována úhrada: ano / ne

Celková suma: Kč včetně DPH

Datum:..... 5.2. 2013.....

Podpis:
KČ včetně DPH
NEMOCNICE NA BULOVCE
180 81 Praha 8, Budínova 7
ODDĚLENÍ VZDĚLÁVÁNÍ
(1)

BARBORA HOPF

Vyjádření vedoucího pracovníka: ano / ne

Datum: 8.3.2013

Vyjádření příslušného náměstka: ano / ne

Datum:

Podpis: 

Podpis: 

 **NEMOCNICE NA BULOVCE**
150 00 Praha 1, Bulovské náměstí
Náměstí pro uvolnění: 0011 1111
Tel.: 256 082 053, spona.mendoc@vol.cz

Telefon
6608 2960, 6608 2984

Fax
8384 0500

Email
fnbulred@mbox.vol.cz

IČO
00064211

PŘÍLOHA D – KODEX NEMOCNIČNÍHO KAPLANA

Etický kodex nemocničního kaplana

Nemocniční kaplani jsou ve vztahu k pacientům, příbuzným, jiným jim blízkým osobám i pracovníkům ve zdravotnických zařízeních zavázáni dodržovat tyto etické zásady:

1. Proklamovat, respektovat a chránit nedotknutelnou hodnotu a důstojnost každé osoby.
2. S úctou respektovat existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti.
3. Bez vnucování přibližovat uzdravující, podpůrnou, usměrňující a smířující sílu náboženské víry.
4. Dbát na to, aby spirituálním potřebám lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení pacienta i pracovníka.
5. Chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí nebo proselytismem (cílenou snahou o získávání nových věřících – pozn. red.).
6. Poskytovat podpůrnou spirituální péči zejména empatickým nasloucháním a s porozuměním vnímat stavy úzkosti, obav a znejistění.
7. Zprostředkovat či poskytovat bohoslužbu, obřady a svátosti podle potřeb pacienta a svých vlastních možností, daných řádem té které církve.
8. Přijímat případné úkoly v multidisciplinárním zdravotnickém týmu, jsou-li do něho zařazeni.
9. Působit jako zprostředkující či smířčí osoby v konfliktních situacích.
10. Nevyužívat těžké situace pacienta ani informací přijatých v souvislosti se spirituální péčí ve svůj prospěch.
11. Zachovávat mlčenlivost o svěřených důvěrných informacích.
12. Rozvíjet a udržovat požadované znalosti, dovednosti a kompetence v oblasti své práce.
13. V případě potřeby zprostředkovat kontakt s duchovními vlastní církve.
14. Chápat službu nemocničního duchovního jako primárně neevangelizační.

(HAVLOVÁ, Květa, 2009. Klinická pastorační péče v České republice [online] [cit. 2013-03-17].

Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/klinicka-pastoracni-pece-v-ceske-republice-430932>)

PRÁVA PACIENTA

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, máte právo:

- Na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni, tzn. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.
- Na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb.
- Zvolit si zdravotnické zařízení, které odpovídá Vaším potřebám, vyjma zákonem stanovených výjimek.
- Vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického zařízení/zdravotnického pracovníka, vyjma zákonem stanovených výjimek.
- Být seznámen s Vnitřním řádem nemocnice, který je viditelně umístěný ve společných prostorách a je Vám k dispozici.
- Na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce/osoby určené zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby určené soudem, nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytování zdravotních služeb.
- Být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady.
- Znat jména a příjmení zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a studentů/stážistů přímo zúčastněných na poskytování Vaší péče.
- Odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování péče přímo zúčastněny, studentů a stážistů.
- Přijímat návštěvy s ohledem na svůj zdravotní stav, v souladu s Vnitřním řádem nemocnice tak, abyste neporušoval/a práva ostatních pacientů.
- Přijímat v průběhu hospitalizace duchovní péči a podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v ČR a způsobem, který nebude porušovat práva ostatních pacientů.
- Na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí.
- Pokud máte smyslové/tělesné postižení a využíváte psa se speciálním výcvikem (tj. vodící nebo asistenční pes), máte právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe v průběhu hospitalizace a způsobem, který nebude porušovat práva ostatních pacientů.
- Dorozumívat se způsobem pro Vás srozumitelným a dorozumivacími prostředky, které si sám/sama zvolíte, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou.

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu poskytnete svobodný a informovaný souhlas.

Svůj souhlas můžete kdykoliv svobodně odvolat. Toto se netýká situací, kdy je nařízená izolace, karanténa nebo povinné léčení dle zákona o ochraně veřejného zdraví.

Máte právo na určení osoby k poskytování informací o svém zdravotním stavu, včetně rozsahu poskytovaných informací a máte právo vyslovit zákaz poskytování informací určeným osobám.

Máte právo na poskytnutí veškerých informací o zdravotním stavu, na odmítnutí informací o svém zdravotním stavu, na nahlížení do zdravotnické dokumentace v přítomnosti zdravotnického pracovníka a právo na pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace.

O Vašem zdravotním stavu/zdravotním stavu opatrované osoby a plánované léčbě Vás bude informovat zpravidla Váš ošetřující lékař. Ten je oprávněn na základě Vašeho souhlasu podávat tyto informace též Vámi určeným osobám.

ANON, nedatováno. *Práva pacienta* [online] [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: www.llp.cz/tag/prava-pacientu-2/

PŘÍLOHA F – ETICKÝ KODEX SESTER



Etický kodex pro zdravotní sestry

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Etická pravidla zdravotní péče

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

- Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.
- Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

- Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplacení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.



Kodex

profesionálního

chování

Kodex profesionálního chování vydaný Českou asociací sester je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky, členy i nečleny ČAS registrované touto organizací.

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů
- sloužil zájmům společnosti
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese.

Jako registrovaný pracovník jste osobně odpovědný za svou práci a v duchu své profesní odpovědnosti musíte:

1. jednat vždy takovým způsobem, abyste podporoval a hájil zájmy pacientů a klientů a uspokojoval jejich potřeby;
2. dbát na to, aby vaše jednání nebo opomenutí ve sféře vaší odpovědnosti nepoškodilo zájmy pacientů a klientů, nezhoršilo jejich stav nebo neohrozilo jejich bezpečnost;
3. chovat se k pacientům, klientům a jejich rodinám otevřeně a spolupracovat s nimi, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich zapojení do plánování a poskytování péče;
4. respektovat jedinečnost a důstojnost každého pacienta a klienta, povahu jeho zdravotních problémů a reagovat na jeho potřeby péče bez ohledu na jeho etnický původ, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti nebo další podobný faktor;

5. spolupracovat se zdravotnickými pracovníky i ostatními osobami, kteří se podílejí na poskytování péče, a respektovat jejich konkrétní přínos v týmové práci;
6. umět rozpoznat hranice svých znalostí a kompetencí a odmítnout všechny úkoly, které nejste schopni vykonat bezpečně a kvalifikovaně; 7
7. udržovat a zvyšovat své odborné znalosti a kompetence;
8. odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se vašeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon vaší profese;
9. vyhnout se zneužívání vašeho výsadního postavení ve vztahu k pacientům a klientům, k jejich majetku, bydlišti nebo pracovišti;
10. chránit všechny důvěrné informace týkající se pacientů a klientů, které získáte v průběhu výkonu svého povolání, a sdělovat je pouze:
 - na základě souhlasu pacienta, klienta,
 - na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu,
 - oznamovací povinnost ukládá povinnost zdravotníka oznámit trestný čin, týrání svěřené osoby nebo vraždu;
11. oznámit odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, v němž péče probíhá, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty;
12. oznámit odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, za nichž není možno poskytovat pacientům a klientům bezpečnou a odpovídající péči;
13. oznámit odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu, domníváte-li se, že je v ohrožení zdraví a bezpečnost vašich kolegů, které mohou ohrozit úroveň jejich práce a péče;
14. v rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí
15. odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost ze strany pacientů a klientů, o něž v současné době pečujete, které je možno považovat za pokus ovlivnit vás a získat vaši přednostní pozornost;

Česká asociace sester je odbornou profesní organizací, která vyžaduje od registrovaných členů i nečlenů, aby pracovali a chovali se podle norem uvedených v tomto kodexu. (ANON, nedatováno. Etický kodex pro zdravotní sestry [online] [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: www.knihovna.tul.cz/download/Zdravotni%20sestry.doc)