

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY PACIENTŮ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADÉLA KOŘÍNKOVÁ

Praha 2015

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY PACIENTŮ

Bakalářská práce

ADÉLA KOŘÍNKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2015



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

Kořínková Adéla
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 16. 9. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Spirituální potřeby pacientů

Spiritual Needs of Patients

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 16. 9. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Za cenné rady, náměty, inspiraci a odborné vedení děkuji vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. Poděkování patří i mé rodině, která mě podporovala v mém studiu.

ABSTRAKT

KOŘÍNKOVÁ, Adéla. *Spirituální potřeby pacientů*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2015. 70 s.

V EU je výrazná většina obyvatel věřících a zejména v době vážné nemoci či na sklonku života se toto téma dostává do popředí. Cílem bakalářské práce je proto posoudit informovanost všeobecných sester o spirituálních potřebách pacientů a zmapovat jejich zájem o rozvoj v této oblasti, a to na základě kvantitativní analýzy založené na výsledcích dotazníkového šetření.

Teoretická část práce charakterizuje význam spirituality a spirituálních potřeb na zdraví a kvalitu života, dále popisuje hodnoty smyslu života v době nemoci, umírání a smrti a také vysvětluje jednotlivá stádia prožívání nemoci. Důležitou částí práce je vysvětlení spirituální péče a ošetrovatelský proces v rámci spirituální péče. Dále se zabývá duchovní péčí o nemocného ve vybraných náboženstvích a pastorační péčí. V závěru teoretické části informuje o kaplanské službě v Čechách a popisuje smysl práce nemocničního kaplana.

V praktické části jsou stanovena tři hlavní hypotetická tvrzení a jedenáct vedlejších hypotéz, které byly otestovány na základě výsledků dotazníkového šetření. Výsledky práce ukazují, že většina všeobecných sester nemá zkušenosti s problematikou spirituální péče a většina z nich nemá ani zájem o další rozvoj vzdělávání v problematice spirituálních potřeb.

V závěru práce jsou uvedeny další cenné poznatky plynoucí z průzkumu a jsou předložena doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Duchovní potřeby. Ošetrovatelská péče. Pacient. Smrt. Spiritualita.

ABSTRACT

KOŘÍNKOVÁ, Adéla. *Spiritual Needs of Patients*.

Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Prague. 2015. 70 pages.

A prevailing majority of the population in the EU is religious and especially in times of serious illness or when the end is coming, the issue of faith gains on significance. The aim of this thesis is to assess the awareness of nurses about the spiritual needs of patients and to explore their interest in the further education and development in this area, which will be done on the basis of quantitative analysis based on the results of the survey. The theoretical part summarizes the importance of spirituality and spiritual needs for health and quality of life, describes the value of the meaning of life in times of illness, dying and death, and also explains the various stages of experiencing illness. An important part is the explanation of spiritual care and the nursing process in its context. It also deals with spiritual care for sick people in selected religions and pastoral care. Subsequently, the theoretical part informs about the chaplaincy services in the Czech Republic and describes the purpose of the work of the hospital chaplain. In the practical part, there are three main hypothetical statements and eleven secondary hypotheses that have been tested on the basis of the survey results. The results show that most nurses do not have experience with the issue of spiritual care and most of them have no interest in further development or training concerning spiritual needs. The conclusion provides further valuable insights arising from the survey and recommendations for practice are presented.

Keywords

Spiritual needs. Nursing care. Patient. Death. Spirituality.

PŘEDMLUVA

Spirituální péče je dle mého názoru stejně důležitá jako péče ošetrovatelská. Téma spirituální potřeby pacientů jsem si vybrala, protože si myslím, že v českém zdravotnictví je spiritualita stále ještě často velkým tabu. Mnoho zdravotníků přesně neví, co si vůbec pod pojmem spirituální potřeby má představit a nemá velké zkušenosti s touto problematikou. Většina se může domnívat, že se jedná o jakési uspokojování potřeb věřících. Zdravotnický personál někdy podceňuje spirituální aspekty péče a nemá zájem se v tomto odvětví vzdělávat, protože většina z nich může být přesvědčená, že tato péče spadá pouze do oblasti pastorační, tedy je záležitostí kněží.

Velice mě inspiroval rozhovor s paní MUDr. Evou Kalvínskou, která byla koordinátorkou psychosociální a spirituální péče ve Fakultní nemocnici v Motole. Její zásluhou vznikl v nemocnici Prostor ticha, který jsem mohla navštívit. Také jsem měla možnost hovořit s duchovním Římskokatolické církve a nemocničním kaplanem, kterým je Mgr. Jan Fatka, O. Carm. Zúčastnila jsem se jeho bohoslužby, která je součástí duchovní péče nemocnice.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	12
ÚVOD.....	13
I. TEORETICKO-METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA ...	14
1 HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	14
1.1 <i>HIERARCHIE POTŘEB PODLE A. H. MASLOWA</i>	15
2 SPIRITUALITA.....	17
2.1 <i>KŘESŤANSKÁ SPIRITUALITA</i>	18
2.2 <i>SPIRITUÁLNÍ PÉČE</i>	19
2.3 <i>SPIRITUÁLNÍ BOLEST</i>	21
2.4 <i>SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY</i>	21
3 SMYSL ŽIVOTA V NEMOCI A UTRPENÍ	24
3.1 <i>STÁDIA PROŽÍVÁNÍ NEMOCI</i>	25
3.2 <i>SMYSL ŽIVOTA A NADĚJE</i>	26
3.3 <i>HODNOTY DLE VIKTORA EMILA FRANKLA</i>	27
3.4 <i>OD PSYCHOANALÝZY K EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZE</i>	28
3.5 <i>KVALITA ŽIVOTA</i>	29
4 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU	31
4.1 <i>SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA</i>	32
4.2 <i>PRAVIDLA EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE</i>	35
4.3 <i>ETIKA</i>	36
5 DUCHOVNÍ PÉČE O NEMOCNÉ V JEDNOTLIVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH	38
5.1 <i>PASTORAČNÍ PÉČE</i>	38
5.2 <i>VYBRANÁ NÁBOŽENSTVÍ A NÁBOŽENSKÉ SPOLEČNOSTI</i>	39

5.3 <i>KAPLANSKÁ SLUŽBA V NEMOCNICÍCH</i>	42
II. PRAKTICKÁ ČÁST	45
1 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU	45
<i>1.1 INTERPRETACE DAT</i>	47
<i>1.2 VÝSLEDKY PRŮZKUMU</i>	72
DISKUZE	77
<i>1.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI</i>	80
ZÁVĚR	81
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
PŘÍLOHY	88

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví respondentů sledované skupiny	47
Graf 2 – Věk respondentů sledované skupiny.....	48
Graf 3 – Vzdělání respondentů sledované skupiny	49
Graf 4 – Max. a min. priorita potřeb dle respondentů sledované skupiny	50
Graf 6 – náboženské vyznání respondentů sledované skupiny	52
Graf 7 – možnost navštívení kurzu/semináře týkající se spirituality u respondentů sledované skupiny	53
Graf 8 – zájem respondentů o kurz	54
Graf 9 – názor respondentů sledované skupiny na pravidelné kurzy týkající se spirituality	55
Graf 10 – zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy	56
Graf 11 – Prioritní poskytovatelé spirituálních potřeb dle respondentů	57
Graf 12 – zájem respondentů sledované skupiny o rozvíjení se v oblasti spirituality	58
Graf 13 – seznámení respondentů sledované skupiny s problematikou spirituální péče při studiích	59
Graf 14 – vliv spirituality na zdravotní stav pacienta dle respondentů sledované skupiny	60
Graf 15 – stanovení ošetrovatelských diagnóz vztahující se ke spiritualitě.....	61
Graf 18 – časové zařazení spirituality pomáhající člověku při překonání zdravotních obtíží	64
Graf 19 – ovlivnění respondentů přímé konfrontace se smrtí pacienta.....	65
Graf 20 – zkušenosti respondentů sledované skupiny s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby.....	66
Graf 21 – schopnost sledované skupiny rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta	67
Graf 22 – pomoc duchovního v oblasti spirituálních potřeb	68
Graf 23 – znalosti respondentů v oblasti spirituality.....	69
Graf 24 – oddálení nástupu syndromu vyhoření u všeobecných sester s pomocí duchovního	70
Graf 25 – zájem o práci či kompetence nemocničního kaplana.....	71
Tabulka 1 – Pohlaví respondentů sledované skupiny	47
Tabulka 2 – Věk respondentů sledované skupiny	48
Tabulka 3 – Vzdělání respondentů sledované skupiny	49
Tabulka 4 – Max. a min. priorita potřeb dle respondentů sledované skupiny	50
Tabulka 5 – výběr možností spirituálních potřeb u pacientů dle priority	51

Tabulka 6 – náboženské vyznání respondentů sledované skupiny	52
Tabulka 7 – možnost navštívení kurzu/semináře týkající se spirituality u respondentů sledované skupiny	53
Tabulka 8 – zájem respondentů o kurz.....	54
Tabulka 9 – názor respondentů sledované skupiny na pravidelné kurzy týkající se spirituality	55
Tabulka 10 – zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy.....	56
Tabulka 11 – prioritní poskytovatelé spirituálních potřeb dle respondentů.....	57
Tabulka 12 – zájem respondentů sledované skupiny o rozvíjení se v oblasti spirituality	58
Tabulka 13 – seznámení respondentů sledované skupiny s problematikou spirituální péče při studiích	59
Tabulka 14 – vliv spirituality na zdravotní stav pacienta dle respondentů sledované skupiny	60
Tabulka 15 – stanovení ošetrovatelských diagnóz vztahující se ke spiritualitě.....	61
Tabulka 16 – ošetrovatelské diagnózy, které respondenti stanovují	62
Tabulka 17 – stav pacientů, u kterých se nejčastěji vyskytují spirituální potřeby	63
dle respondentů sledované skupiny.....	63
Tabulka 18 – časové zařazení spirituality pomáhající člověku při překonání zdravotních obtíží	64
Tabulka 19 – ovlivnění respondentů přímé konfrontace se smrtí pacienta.....	65
Tabulka 20 – zkušenosti respondentů sledované skupiny s komunikací zaměřenou.....	66
na spirituální potřeby.....	66
Tabulka 21 – schopnost sledované skupiny rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta	67
Tabulka 22 – pomoc duchovního v oblasti spirituálních potřeb	68
Tabulka 23 – znalosti respondentů v oblasti spirituality.....	69
Tabulka 24 – oddálení nástupu syndromu vyhoření u všeobecných sester s pomocí duchovního	70
Tabulka 25 – zájem o práci či kompetence nemocničního kaplana.....	71

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Autonomie – nezávislost, samostatnost

Fatalismus – nekritické přesvědčení v neodvratný osud

Kauzalita – příčinnost

Logoterapie – psychoterapeutická metoda

Pneuma – vše pronikající, Duch svatý

Religiozita – náboženskost, víra v Boha

Transcendence – přesahování našich smyslových zkušeností i rozumových možností

Ultimate concerns – nejzazší cíl/e

(ACADEMIA, 1995a), (ACADEMIA, 1995b)

ÚVOD

Smyslem naší bakalářské práce je seznámit všeobecné sestry se spirituální péčí a blíže jim vysvětlit, co jsou to spirituální potřeby a jaký mají vliv na zdraví člověka. Zároveň je důležité zdůraznit, že duchovní bolest by měla být včas rozpoznána, protože někdy může přivést člověka až do stavu zoufalství.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se zaměřujeme hlavně na spiritualitu, spirituální potřeby, spirituální péči a pochopení smyslu života ve stádiu prožívání nemoci, utrpení či smrti. Také hovoříme o pastorační péči, a jaký je smysl práce nemocničního kaplana. V praktické části bychom rádi zjistili, jaké jsou zkušenosti všeobecných sester s uspokojováním spirituálních potřeb pacientů, jaká je jejich informovanost o možnostech uspokojování spirituálních potřeb a jestli mají zájem o další rozvoj/vzdělávání v oblasti spirituálních potřeb. Provedli jsme průzkumné šetření pomocí anonymní dotazníkové metody. V bakalářské práci je užitá, kromě zdrojů odpovídajících požadavkům VŠZ, o. p. s., i literatura starší více než 10 let, která je ale v oblasti spirituální péče naprosto relevantní.

Cílem bakalářské práce je přiblížení výše uvedených témat souvisejících se spirituální péčí. V praktické části pak posoudit informovanost všeobecných sester o spirituálních potřebách a zmapovat jejich zájem o rozvoj v této oblasti. Práce je určena pro studenty a pracovníky nelékařských zdravotnických povolání, zejména pro všeobecné sestry.

I. TEORETICKO-METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA

1 HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

V této kapitole budou přiblíženy pojmy úzce související s problematikou spirituální péče a ošetřovatelství.

Zdraví

Model M. Gordonové je modelem fungujícího zdraví. Tento ošetřovatelský model se zabývá nejkompexnější ošetřovatelskou péčí v pojetí celého člověka. Dle tohoto modelu lze kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav pacienta a učí všeobecné sestry poznat celkovou stránku člověka plynoucí z biologických, psychologických, sociálních či spirituálních potřeb (TRACHTOVÁ et al., 2008).

Světová zdravotnická organizace definovala zdraví jako stav biologické, psychické a sociální pohody, a tedy nemoc jako diskomfort v jedné, ve dvou nebo ve všech uvedených složkách (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 25).

Aspekt spirituální (duchovní) je v poslední době doplňován. Je důležité sledovat i duchovní komfort pacienta. Člověk je bytostí bio-psycho-sociálně-spirituální, tedy holistickou. Je potřeba, aby v rámci ošetřovatelského procesu byla podpora na všech těchto čtyřech úrovních. Holismus je odvozený z řeckého slova znamenajícího celek. Porucha jedné části celku způsobuje další poruchu jiné části, popř. celého systému. Např. dlouhodobá psychická zátěž, tedy zátěž jedné výše uvedené úrovně, může být příčinou somatického onemocnění.

Význam potřeby

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, ale i nadbytku, který lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Nedostatek nějaké potřeby ovlivňuje celkovou psychickou činnost člověka. V průběhu života dochází ke změnám potřeb jedince z hlediska kvantity

i kvality, ale musíme vědět, že všichni lidé mají společné potřeby (biologické, psychologické apod.) (TRACHTOVÁ et al., 2008).

Vztah motivace a potřeb

Proces motivace je reakcí organismu na neuspokojenou potřebu. *Termín motivace je odvozen z latinského slova moveo – hýbám a vyjadřuje přenesené hybné síly chování.* Motivace určuje směr, sílu a trvání našeho chování a jednání vědomě či nevědomě (TRACHTOVÁ et al., 2008, s. 11).

1.1 HIERARCHIE POTŘEB PODLE A. H. MASLOWA

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908–1970) byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii (TRACHTOVÁ et al., 2008, s. 13).

V. Hendersonová vyzdvihla důležitost spirituálních potřeb pacientů, zaměřila se na jednotlivé tradice různých náboženství, nejprve protestantských, později i jiných, a kladla důraz na vzdělanost sester v oblasti náboženství (HOLUBÍKOVÁ, 2009).

Vyšší potřeba může dominovat, teprve je-li nižší potřeba uspokojena, a následně determinovat chování jednotlivce. Projevy psychopatologie se nachází u trvalé frustrace základních potřeb jedince. Dle Maslowa jsou nejdůležitější potřeby právě potřeby fyziologické. (viz Příloha M)

- Fyziologické potřeby – jsou důležité při porušení homeostázy, slouží k přežití. Jedná se o uspokojování výživy, pohybu, spánku, vyprazdňování, kyslíku apod. Dle humánní psychologie jsou tyto základní potřeby zdrojem energie psychosociálního života a růstu. Fyziologická potřeba má prioritu a potlačuje všechny ostatní při extrémním ohrožení pacienta (POMPEY, 2004).
- Potřeba jistoty a bezpečí – jde o touhu člověka po stabilitě, ochraně, osvobození se od strachu a úzkosti a být ekonomicky zajištěný. Ztráta životní jistoty hrozí často u nemocného člověka.
- Potřeba lásky a sounáležitosti – jde o hledání náklonnosti a lásky u nejbližších lidí, být sociálně integrován (TRACHTOVÁ et al., 2008).

Isolace a anonymita pacienta v nemocničních zařízeních mohou způsobit ztrátu pocitu sounáležitosti.

- Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty – každý člověk touží po uznání (sebe sama) a aby si ho ostatní lidé vážili. V terminální fázi života se tato snaha těžko realizuje vlivem tělesné nedostatečnosti. V nemocnicích či domovech důchodců se respekt před důstojností a hodnotou upadajícího pacienta ztrácí, proto je zejména pro umírajícího životně důležité, aby se v této životní fázi ostatní snažili jeho hodnotu objevit a uměli ji ocenit (POMPEY, 2004).
- Potřeba seberealizace, sebeaktualizace. Dle Maslowa jsou potřeby seberealizace a sebeaktualizace zařazeny mezi nejvyšší potřeby člověka. Člověk se snaží realizovat své schopnosti, záměry, chce být tím, kým si přeje být. Z práce člověk potřebuje nacházet uspokojení (TRACHTOVÁ et al., 2008).
- V nemocničním zařízení se ztráta sebeurčení snáší velice bolestivě. Je potřeba objevit a realizovat rozvoj smysluplného bytí člověka ve smyslu sociálním, duševním a duchovním i v posledních fázích života. K vyšším potřebám patří i potřeba porozumění, neboli pochopení dané situace a rozumět sobě samému, vycházející z vlastního bytí a koncepce smyslu života (POMPEY, 2004).

Maslowovy teze o vyšších potřebách

- Dle Maslowa jsou metapotřeby (tzv. nadřazené potřeby) řazeny k vyšším potřebám, které tzv. vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Jedná se zejména o potřebu porozumění, poznání, jednoty, rovnováhy a harmonie, individuality a hravosti, spontaneity, autonomie či smysluplnosti. Spirituální potřeby jsou zařazeny mezi tyto vyšší potřeby. Maslow vysvětluje potřebu transcendence jako touhu přesáhnout sama sebe a hledání smyslu života. Metahédonismus je vyšší druh slasti, hledání smyslu života v duchovní sféře, ve víře, což přesahuje smyslové a rozumové poznání, neboli touha po nejvyšším smyslu života, díky níž se člověk může obracet k Bohu (TRACHTOVÁ et al., 2008).

2 SPIRITUALITA

Slovo spiritualita je odvozeno od latinského spiritus – vzduch, dech, česky duchovnost nebo také niternost (MACHÁČKOVÁ, 2011, s. 19). Záleží na nás, z jaké stránky ke spiritualitě přistupujeme, protože má hodně významů. Psychologie, teologie, etika či sociologie nahlíží na tuto hodnotu z různých úhlů a dle toho se spiritualita používá (uplatňuje). Především jde o to, co je pro člověka vůbec smyslem života. Podle Christiny Puchalski spadá spiritualita k nejvyššímu cíli a smyslu života a má svoji klinickou hodnotu (MACHÁČKOVÁ, 2011). (viz Příloha D)

Výrazným představitelem, který se zajímá o rozměr spirituality, je Robert A. Emmons (1999, 2003). Tvrdí, že každý má v životě jiné cíle, a právě ty nejvýše postavené cíle (hodnoty, snahy) jsou pro člověka tím „bohem“ nebo (neboli) modlou v křesťanské terminologii. Emmons vidí spiritualitu velice široce v různých definicích zahrnujících hledání smysluplnosti, spojitosti všeho bytí, jednotu vyššího lidského potenciálu či transcendenci (KŘIVOHLAVÝ, 2006).

Významný představitel psychologie J. Křivohlavý se s V. E. Franklem zajímali o existenci smysluplnosti života v rámci tzv. logoterapie, tj. psychoterapie. Logoterapii založil a propracoval V. E. Frankl a J. Křivohlavý čerpal z jeho zkušeností. Tvrdí, že záleží na nás, zdali náš život bude šťastný a radostný a každý by si měl správně odpovědět na otázku po smysluplnosti života, aby si uvědomil svoji nejvyšší hodnotu (MACHÁČKOVÁ, 2011). *Spiritualita patří mezi antropologické konstanty, tzn. že patří do genetického vybavení člověka (MACHÁČKOVÁ, 2011, s. 19).*

Další názor na spiritualitu má I. Štampach, který diferencuje spiritualitu na odvětví náboženské a nenáboženské. Náboženská spiritualita je zaměřena na vlastní prožívání vztahu člověka k Bohu a následnou záležitostí dalšího rozvoje tohoto vztahu. Za nenáboženskou spiritualitu je považována celková péče o sebe a ostatní lidi, jejíž cílem je dosažení navrácení k sobě samému. Tím I. Štampach potvrzuje, že spiritualitu mohou prožívat a vnímat i lidé, kteří se nehlásí k žádnému vyznání (MACHÁČKOVÁ, 2011).

Dle Reichovy teorie rozlišujeme rozdíl mezi tzv. přirozenou spiritualitou a náboženstvím a prozrazuje, že přechod od přirozené spirituality k religiózní spiritualitě není tolik ostrý. Pokud se mluví o nejzazších cílech našeho snažení, o tzv. ultimate concerns, jsou často spojovány se spiritualitou. Termín ultimate znamená nejvýše položený, nejhlubší, nad

nímž či za nímž již nic jiného není. Nejzazším cílem je cíl sekulární, což jsou cíle sportovních, uměleckých, vědeckých... snah. Náboženství je par excellence, právě takovým typem hledání nejzazšího cíle. Spiritualita je vysvětlena zájmem a ohledem právě na to nejzazší, co vyvolá velký zájem u člověka (KŘIVOHLAVÝ, 2006).

P. Tillich formuluje pojem ultimate concerns jako *snahu dosáhnout toho cíle, kterému je připisována nejvyšší hodnota. Tento cíl má schopnost stát se centrálním tématem života člověka. Dojde-li k tomu, vyžaduje to poté, aby se mu člověk cele odevzdal* (KŘIVOHLAVÝ, 2006, s. 160).

Spiritualitu můžeme pochopit jako hodnotu, která přesahuje církevní začlenění, usiluje obecně o pozitivní životní zaměření, o inspiraci, úctu, respekt, o umění dívat se na život a lidi z té lepší stránky a být v harmonii s univerzem a zároveň se snaží dát odpověď na otázky ohledně nekonečnosti a všeho posvátného. Je dobré si ujasnit rozlišení mezi spiritualitou a religiozitou. Spirituální zaměření může, či nemusí být religiózní povahy. Ve spiritualitě jde o nalézání něčeho, co nás přesahuje a je mimo naši moc. Nemusí se vždy jednat o Boha, ale např. o otázku skutečnosti nebo o hledání smyslu bytí (MACHÁČKOVÁ, 2011), (KNOFLÍČKOVÁ, 2008).

P. Říčan (2003) naznačuje, že pojem spiritualita vznikl již v křesťanském prostředí (KŘIVOHLAVÝ, 2006).

2.1 KŘESŤANSKÁ SPIRITUALITA

Ježíš prohlašuje – já jsem cesta, pravda a život. Ježíš se nabízí sám jako náš průvodce k pravdě a k životu a jeho ovce ho následují. Doufej v Hospodina celým svým srdcem a nespolehej na svůj vlastní pohled. Ve všech svých cestách ho poznávej a on bude dělat rovné vaše cesty (DEMARAY, 2007, s. 110).

Křesťanská spiritualita pojednává o živé víře v Boží lásku, o své individuální důstojnosti a ceně v Božích očích a o svém osobním určení, abychom žili v osobním přátelství s Bohem. *Duchovní (spirituální) je podle Písma ten, kdo je důvěrně spojený s Pneumatem, kdo dorůstá do stále plynulejšího spojení s Duchem* (ALTRICHTER, 2007, s. 15).

Pravá spiritualita začíná a roste v pokorné vděčnosti za to, že nás Bůh štědře zahrnuje svou láskou a zároveň nás povolal ke svému dílu pro tento svět. Spirituální teologie neboli teologie duchovního života je formulována jako učení milosti, která zdokonaluje lidskou

osobu a která značí lidskou přirozenost v její dynamičnosti, neboť život je dynamický. Pro duchovní život je nejdůležitější, že člověk byl stvořen pro nadpřirozeno. Víra, láska, ctnost a posvěcující milost jsou „začátky nekonečné existence v nás“, skrz ně vstupujeme do spojitosti osobního přátelství s Bohem. Víra je nadpřirozená, neboli je nad naše přirozené schopnosti, a aby mohla působit, potřebuje zvláštní způsobilost neboli milost. Milosrdenství povznáší člověka nad nižší úroveň jeho existence, která se často upíná pouze na sebe, a směřuje jeho lásku na osobní spojitost k Bohu (CUSKELLY, 1994).

Jsou určité rozdíly mezi vztahem „duševní“ a „duchovní“. Naše rozumové dispozice, pocity, dovednosti jsou duševní. Psyché by měla být osvobozena Pneumatem. Zároveň je důležité spočinutí v Pneumatu a nechat se milovat a transfigurovat. Sama si psyché nemůže vystačit, protože dochází jinak k nespokojenosti sama se sebou a zároveň může dojít k vytratitelnosti nejpotebnějších rozměrů existence. Je potřeba, aby došlo u psyché k jednotnosti divinizace (zbožštění) Pneumatem. Přirozenost může být součástí žití jen v Nadpřirozeném (osobním Bohu, nikoli v osamocené nadpřirozenosti). Bůh touží psyché proměnit a vyplnit její prázdné místo, aby se duševnost přetransformovala v duchovní plnost (ALTRICHTER, 2007).

2.2 SPIRITUÁLNÍ PÉČE

Péče by měla být nutně spojena s láskou, radostí a nadějí, protože právě láska, naděje, smích či víra jsou zdrojem sil, které pacient potřebuje. Lidem, kteří se nacházejí v těžké životní situaci, může i lidský dotek dodat naději a sílu. Pacientovi by se nikdy neměla brát naděje, ale naopak by doprovázející jeho naději měli posilovat (SVATOŠOVÁ, 2011). (viz Příloha I)

Spirituální péči vyžadují hlavně těžce nemocní či dlouhodobě nemocní pacienti, senioři, ale mohou ji vyhledat i příbuzní pacienta či zdravotnický personál. Doprovázejícími mohou být zdravotníci, nemocniční duchovní, ale také rodina či přátelé nemocného, kteří se role doprovázejícího ujali. Často bývají právě umírající našimi největšími učiteli a doprovázející by měli přijímat jejich duchovní zkušenosti s velkou úctou a vděčností.

Při těžké životní situaci si často nemocný pokládá otázky, které nás mohou upozornit na strádání v oblasti duchovních potřeb. Otázka „proč“ bývá nejčastější otázkou. Nemocný se také dotazuje po smyslu nemoci, smyslu života, smyslu utrpení. Jsou to existenciální otázky, jež nás přesahují. Doprovázející by měl více naslouchat než mluvit. Doprovázení těžce

nemocných pacientů je vzájemným obdarováním a pomáhá pečujícím naplňovat jejich vlastní duchovní potřeby (SVATOŠOVÁ, 2012).

Podle prohlášení organizace WHO z roku 1990 definice spirituální péče zní: *Spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoli pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychologické a sociální složky života jedince. Často se spiritualita chápe jako zabývání se smyslem a účelem života a pro lidi na sklonku života je běžně spojována s potřebou odpuštění, usmíření a potvrzením jejich hodnoty a užitečnosti* (KALVÍNSKÁ, 2007, s. 13).

Další definice spirituální péče je zformulována členy „Sekce spirituální péče Společnosti lékařské etiky ČLS JEP“. Na její přípravě se podíleli lékaři, psychologové, všeobecné sestry i teologové, lidé vyznávající náboženství či nikoliv. *Nemoc a umírání vede k naléhavějšímu kladení otázek o smysluplnosti života, platnosti hodnot a důvěry v tyto hodnoty. Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně zvládat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky, přiměřené zvyklostem klientů* (KALVÍNSKÁ, 2007, s. 13).

Je důležité vnímat pacienta jako bio-psycho-sociálně spirituální bytost, nejednat s lidmi jako s věcmi, ale zachovat jejich lidskou důstojnost. Nemusíme souhlasit s hodnotami a spiritualitou nemocného, ale musíme se snažit nemocnému porozumět a respektovat ho. Zdravotnický personál by měl nemocného odkázat na duchovního, pokud si v dané situaci neví rady, ať už se to týká neznalosti v teologické oblasti či oblasti spirituální (SVATOŠOVÁ, 2012). Týká se to často rozhovoru o smrti mezi doprovázejícím a těžce nemocným. Záleží na zralosti a dostatečné odpovědnosti doprovázejícího. Rozhovor o smrti přijme (ustojí) pouze ten člověk, který se sám se svou smrtí do značné míry vyrovnal a v základu ji přijal (OPATRŇÝ, 2001). Zároveň je důležité, aby duchovní byli součástí zdravotnického týmu. Řešením jsou nemocniční kaplani, kteří ale mnoho nezmohou bez spolupráce se zdravotníky. Vzájemná komunikace a podpora je optimálním řešením. Touha po duševní rovnováze, po smyslu života a harmonii se světem i (se) sebou samým stojí v popředí (KŘIVOHLAVÝ, 2002). K uspokojení všech potřeb nemocného (tělesných, duševních, sociálních i duchovních) je nezbytná týmová spolupráce, zahrnující kromě

zdravotníků i duchovního, psychoterapeuta, ale také nemocného či blízké příbuzné pacienta (SVATOŠOVÁ, 2011).

2.3 SPIRITUÁLNÍ BOLEST

Spirituální bolest se může projevovat různými způsoby či změnami chování. Může se jednat o přehnanou potřebu pozornosti, respektu, lásky či se pacient cítí opuštěný a zároveň má pocit vlastního selhání a neschopnosti svůj stav nějak vyřešit. Spirituální bolest se často projevuje i celkovou rezignací nad současným stavem či nejrůznějšími somatickými problémy, které nemají žádné objektivní vysvětlení. Pacientovy emoce, změna hlasu, pohyby těla, strach či smutek nás mohou také upozornit na spirituální bolest. Existuje i extrémní spirituální bolest, která může postupně přivést člověka až do stavu zoufalství. Velice zásadní je včasné rozpoznání této bolesti. Zdravotnický personál by neměl podceňovat léčbu deprese nebo jinou změnu zdravotního stavu.

Jestliže se pacient svěří okolí se svojí bolestí, projevuje tím velkou důvěru. Je potřeba si pacienta vážit. Zdravotníci se často setkávají s pozůstalými pacienta, kteří trpí akutní spirituální bolestí. Vhodné je zaujmout správný postoj, zejména vstřícné naslouchání a následně (jim) zprostředkovat kontakt s duchovním (SVATOŠOVÁ, 2012).

2.4 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

S rostoucím věkem se mnohé mění, zejména ubývá tělesných i duševních sil. Jedno se ale mění opačným směrem: náš duchovní pohled se rozšiřuje (KŘIVOHLAVÝ, 2010). Spirituální potřeby neboli duchovní potřeby jsou důležité více či méně pro každého pacienta. Zejména u nevyléčitelně nemocných, u nemocných s onkologickou diagnózou a často u nemocných v terminálním stádiu je potřeba se intenzivně spirituálními potřebami zabývat.

Tyto potřeby jsou společné všem lidem, jak věřícím v Boha, tak i tzv. ateistům. Většina zdravotníků se domnívá, že se jedná o potřeby, které jsou určeny pouze pro věřící v Boha. Často je tomu ale naopak, protože většina věřících má své duchovní potřeby a ví, jak v těžkém období čelit své nemoci, a dle toho se umí zařídit (HOLUBÍKOVÁ, 2009).

Pro některé ateisty mohou být spirituální potřeby „neuchopitelné“, nedokážou je verbalizovat a naskýtá se otázka, do jaké míry umějí všeobecné sestry s tímto druhem potřeb

pracovat. Neznalost či neschopnost poskytnout potřebnou péči může u sester vyvolat negativní pocity, frustraci, až syndrom vyhoření. Pomoc duchovního může přispívat k oddálení nástupu syndromu vyhoření u zdravotnického personálu. Jedná se zejména o pracoviště, jako jsou onkologie, hospice, spinální jednotky nebo psychiatrie. Dle M. Svatošové, která zastává názor, že bez spolupráce zdravotnického personálu s duchovními nemůžeme dosáhnout konečného cíle, tudíž kvality ošetrovatelské péče a správné dostupnosti komplexní péče.

Duchovní potřeby má každý člověk, nejen nemocní, proto by lidé měli nejdříve začít od sebe, od svých vlastních duchovních potřeb. Každý jedinec potřebuje vědět, že jeho život měl a stále má smysl, pokud se potřeba smysluplnosti nenaplní, dochází ke skutečnému stavu duchovní nouze (SVATOŠOVÁ, 2012), (BUŽGOVÁ, 2012).

Někteří lékaři mohou pokládat spiritualitu za soukromé téma, nejeví velký zájem se vzdělávat v tomto odvětví a pokládají ji za záležitost kněží. Někdy bývají právě spirituální potřeby zaměňovány s psychologickými potřebami. Jedná se o hlubší a osobnější angažovanost v komunikaci a jednání s pacientem na té nejhlubší úrovni. Zkušenosti z hospiců potvrzují, že priority potřeb pacienta se v průběhu nemoci mění. Na začátku onemocnění jsou pacientem upřednostňovány potřeby tělesné, ale v terminálním stádiu nabývají důležitosti právě potřeby spirituální (SVATOŠOVÁ, 2011).

Šířka, hloubka a aktivizace duchovní dimenze pečujícího hraje velmi důležitou roli. Tato dimenze je považována za základ jak pro způsob, kvalitu a prožívání vzájemných vztahů k ostatním lidem, tak pro vztah k sobě samému, k vlastnímu životu a u většiny i k Bohu. Není podstatné mít vedle sebe stejně smýšlejícího člověka, ale v každém případě někoho, který tuto dimenzi života určitým způsobem vnímá a s určitou úctou také uznává a sám se jí nevyhýbá či se před ní neskrývá (OPATRNÝ, 2001).

Proto můžeme konstatovat, že základním prvkem pro podporu duchovní dimenze pacienta je chápající partner rozhovoru, který se nebrání žádnému tématu a je otevřený všem tématům nemocného. Určitě je také možnost realizace explicitních náboženských potřeb: setkání s duchovním, udělení svátostí apod. Bylo by dobré, kdyby se zdravotnický personál naučil běžným potřebám praktikujících věřících u nás a měl určitou představu o jejich naplnění, aby předešel a nebal se neznámých věcí či se jim z neznalosti nebránil. Dle Aleše Opatrného neuděláme zásadní chybu, když budeme u těžce nemocného pacienta očekávat víc duševních a duchovních dějů, než se na první pohled může zdát. Nerespektováním těchto dějů bychom pacienta mohli o něco připravit či mu ublížit (OPATRNÝ, 2001).

Pokud si zdravotník dostatečně neuvědomuje své vlastní duchovní potřeby, nerozumí svým bolestem či utrpení, protože se touto oblastí nechce zabývat a vytěšňuje tyto potřeby, nemůže identifikovat a posoudit duchovní bolesti svého pacienta. Pochopení vlastní zranitelnosti a umět se vcítit do pacienta je nezbytným předpokladem schopnosti chápat druhé. Základním úkolem na cestě k závěru života je smíření: (SVATOŠOVÁ, 2012)

- se sebou samým
- se zemřelými
- s bližními, kteří stále žijí
- případně s Bohem a následně dospět k odpuštění (dle stupně a tvaru víry nemocného)

Byl zorganizován seminář pro sestry, kde anonymně skrz dotazníky odpovídaly, co si představují pod pojmem duchovní potřeby (OPATRŇÝ, 2001).

Univerzální duchovní potřeba – potřeba lásky

Dle názoru M. Svatošové je duchovní potřeba touha po lásce. Touha milovat člověka (bližního svého) a touha být milován. Ta je ve skutečnosti hluboce zakořeněnou touhou po živém Bohu – i když na to má každý svoji teorii a nemusí s tímto názorem souhlasit. Jedině člověk je schopný si uvědomit konečnost svého pozemského bytí a uvažovat o tom, co ho přesahuje (SVATOŠOVÁ, 2012).

3 SMYSL ŽIVOTA V NEMOCI A UTRPENÍ

Lidský život je často vystaven životním zkouškám, jako je nemoc, utrpení a smrt, které se řadí mezi nejzávažnější problémy v našem životě. V nemoci člověk prožívá svoji bezmocnost, slabost a cítí se ohrožený. Nemoc často vede k úzkosti, pacient se uzavírá do sebe a propadá zoufalství či u něho dochází ke vzpouře proti Bohu. Nemoc však může ovlivnit celkovou osobnost člověka. Člověk může dozrát ve zralou bytost, která dokáže rozlišit v životě věci podstatné od nepodstatných a může se tak zaměřit na to, co je důležité. Neúspěšnost léčby neznamena bezsmyslnost. Nemocí se člověk může přiblížit k Bohu a nalézt tak vlastní smysl života. Ale málokdo vidí ve své nemoci nějaký smysl, nicméně nemoc a utrpení jsou určitou výzvou k obrácení. Může dojít skrz beznadějně situace k velké zralosti víry. Nemoc bývá upozorněním na smrt, která není snadnou záležitostí a nikdo s ní nemá vlastní zkušenosti (OPATRŇÝ, 2001), (HAJNOVÁ, 2013).

Dle V. E. Frankla člověk může uskutečňovat při nezměnitelném zdravotním stavu hodnoty postojové, což znamená, že se lidský život může naplnit nejen v tvorbě a radosti, nýbrž dokonce také v utrpení a náš život může získat nový životní rozměr a svůj poslední smysl. Utrpení člověka chrání před apatií, což je umrtvující duševní strnulost. Trpící člověk zůstává duševně naživu. Jak se člověk přizpůsobuje nezměnitelnému, v tom spočívá pravá podstata hodnoty postoje. Pravé lidské utrpení, které leží mimo všechny nemoci, k životu patří, zvláště existují situace, v nichž se člověk může naplnit pouze v opravdovém utrpení (FRANKL, 2006).

Utrpení nás může obohacovat, jsme silnější v těžkostech a záleží pouze na nás, jaký postoj k utrpení zaujmeme. Psychické utrpení může být horší než fyzické. Dle V. E. Frankla schopnost snést utrpení nepatří k vrozeným vlastnostem člověka. Člověk musí upravit své postoje a tím vytváří svou osobnost. Lidé by měli brát utrpení jako výzvu a přijmout nezměnitelnou situaci. Konečnost života nemůže vzít životu smysl, ba naopak je podstatný pro jeho smysl (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Z teologického hlediska smrt člověka vybízí, aby hledal svůj základ v Bohu, v Boží lásce, aby prožíval každý okamžik intenzivně a uvědoměle, aby již v přítomnosti uvažoval o věčnosti a mohl se vzdát sám sebe a přijmout Boží lásku jako základ své existence zde v tomto životě a ve smrti. Smrt je konečným naplněním života, kdy se člověk setkává tváří v tvář s Bohem (GRUN, 1997).

3.1 STÁDIA PROŽÍVÁNÍ NEMOCI

Duševní stav pacienta v různé fázi jeho nemoci se mění v závislosti na postupu nemoci. E. Kübler-Rossová se během svého života zajímala o vážně nemocné a umírající pacienty a vedla s nimi rozhovory, které připravovaly nemocného a jeho blízké na smrt a postupné vyrovnání se se smrtí. Dle E. Kübler-Rossovové existuje pět fází prožívání nemoci, které jsou popsány jako E. Kübler-Rossová Model. Při onemocnění člověk prochází různými psychickými stádii nemoci, které se mohou opakovat, vracet a nemusí se vyskytovat ve stejném pořadí jako u jiných pacientů. Záleží na celkovém charakteru člověka, jaký má přístup k nemoci, jeho duševní síle k zvládnutí těžké situace (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1993).

U chronicky nemocných lidí jsou určité odchylky chování od chování jinak zdravých lidí. Největší dopad v psychické oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak sám sebe pacient vidí a hodnotí. Odcizování se druhým lidem, ale i sama sobě může dospět k tomu, že se chronicky nemocný pacient přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Odborně se tento stav charakterizuje jako non person – nebytí osobností (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Stádia dle E. Kübler-Rossovové:

- 1. stádium** – popírání a izolace. Pacient může být v šoku a svoji nemoc popírá. Jedná se o obrannou reakci, která je pro pacienta důležitá kvůli zachování psychické integrity. Tato fáze může trvat i delší dobu.
- 2. stádium** – zlost, agrese. Pacient se může zlobit sám na sebe, mít výčitky, že nedal na radu lékaře, ale zlost může také obrátit vůči ostatním či se hněvat na Boha. Zdravotnický personál musí akceptovat pacientovu zlost, nereagovat vztahovačně, ale měl by pochopit hněv pacienta (HEŘMANOVÁ, 2012).
- 3. stádium** – smlouvání. Jedná se o pacientovu domněnku, že může svoji smrt oddálit či zpozdít. Nemocný uzavírá smlouvu nejčastěji s Bohem. Pomoci nemocnému mohou duchovní, např. kaplani, kteří mohou naplnit spirituální potřeby nemocného. (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1993). Vhodné je pomoci pacientovi najít krátkodobé cíle, které by šly zrealizovat. Nikdy nebereme pacientovi naději, ale také nedáváme sliby, jejichž splnění nelze zaručit (HUMPL et al., 2013).

4. **stádium** – deprese. Je to stádium, kdy pacient neztrácí pouze zdraví, tělesné funkce, mentální schopnosti, ale také sociální roli, kdy pacient nemůže dělat své oblíbené aktivity a postrádá pozitivní pohled na život (HEŘMANOVÁ, 2012). Pacient se uzavírá do sebe, nejeví zájem o komunikaci s okolím. Hlavní příčinou je strach ze smrti, ale také o pozůstalé. Důležité je vyřešení potřebných záležitostí s rodinou a případně přijmout pomoc duchovního (KUBLER-ROSSOVÁ, 1993).
5. **stádium** – akceptace. Pacienti, kteří dospěli do fáze smíření, jsou vyrovnaní se svým stavem, již nebojují a nezlobí se na ostatní a tiše se připravují na odchod ze života. V této fázi je pacient velice slabý a příliš nevyhledává konverzaci. Umírající ví, že je v beznadějně situaci, ale i v této fázi se snaží žít co nejkvalitněji dle jeho stavu (HUMPL et al., 2013). Touto fází dochází ke změnám u pacienta, prohlubuje se duševní i duchovní život a dle psychologů nemocný může dozrát jako člověk. Při nalezení tohoto postoje nachází v sobě člověk vnitřní klid (KŘIVOHLAVÝ, 1989).

3.2 SMYSL ŽIVOTA A NADĚJE

Nacházení smysluplnosti žití patří k základním schopnostem člověka. Paní Taylorová zjistila, že zvýšenou potřebu nacházet smysl v tom, co se děje, mají lidé, kteří prožívají velká trápení (KŘIVOHLAVÝ, 2006). *Žít smysluplně znamená, že jsem se zaměřil na něco hodnotného. To zůstává smysluplným, i když jsem třeba tohoto cíle nedosáhl nebo když jsem svou práci nedokončil.* (KŘIVOHLAVÝ, 2010, s. 48). Cíl, který si člověk určí, dává jeho činnosti smysl a právě to, co směřuje k tomuto cíli, je smysluplné. Život se bude zdát smysluplnějším, čím lépe člověk pochopí úkol svého života a jaký postoj k dané situaci zaujme (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

V dnešní době někteří lidé pochybují o smyslu svého života či jejich vůle ke smyslu je frustrována a trpí pocitem bezsmyslnosti. V logoterapii se tento stav nazývá existenciální frustrace, existenciální prázdnota či existenciální vakuum (FRANKL, 2006). Dle slovenského psychologa a teologa P. Tavela smysl není subjektivní, ale je mimo člověka, a proto je nezbytné tento smysl najít. Cílem je přesah (transcendence) člověka a smysl může být naplňován realizací tvořivých, zážitkových nebo postojových hodnot, které jsou zdrojem smyslu, což mohou být životní cíle, aktivity, činnosti či různá přesvědčení. Potřeba smyslu patří mezi potřeby vyšší, mezi metapotřeby. V. E. Frankl popisuje tři kategorie hodnot:

- hodnoty zážitkové
- hodnoty tvořivé
- hodnoty postojové

Vůle ke smyslu je touha člověka po smysluplnosti své existence a je to vůle vidět jednotlivé podněty jako smysluplné celky. Transcendenci lze poukázat na překročení hranic jakéhokoli celku nebo systému. Dle Frankla je transcendence to, co ve „výši“, nikoliv v „délce“ člověka přesahuje a dává životu smysl (TAVEL, 2007). *M. Palenčár (1995, s. 249) uvádí, že transcendence smyslu vyplývá ze samotného pojmu „mít smysl“. Cokoliv: slova, představy, myšlenky, věci, činnosti, život nebo svět jako celek má smysl tehdy, jestliže odkazuje na něco mimo sebe, jako je ono samo (PALENČÁR in TAVEL, 2007, s. 23).*

3.3 HODNOTY DLE VIKTORA EMILA FRANKLA

Psychiatr a neurolog Viktor Emil Frankl se velice zajímal o duchovní dimenzi lidského života a nejméně rozšířil medicínský a psychologický přístup k člověku z hlediska duchovní dimenze lidského bytí (KALVÍNSKÁ, 2007). Smysl je možno uskutečnit realizací tvořivé hodnoty. Dle B. Kosové je smyslem života prokazování své existence pomocí činů. Tím, že člověk něco vytváří, překonává sám sebe. Lidská tvorba nabývá smyslu a hodnoty, pokud je dílem pro společenství. Jedinečnost spočívá v tom, kdo a jak to dělá, ne v tom, co dělá. Všechno, co člověk dělá, spadá do kategorie uskutečňování tvořivých hodnot. Například umělecké dílo, zájmy, sport, ale zejména práce. Franklovo pojetí sebetranscendence jako „hodnota nad hodnoty“ (TAVEL, 2007). *Smysluplné pojetí hodnot vychází z pojetí cílesměrné aktivity člověka (KŘIVOHLAVÝ, 2006, s. 35).*

Záleží na člověku, jak je zralý či nezralý, a dle toho si volí určité hodnoty a tyto hodnoty následně ovlivňují buď jeho další cestu zrání, nebo utrpení. Dle psychologů se jedná o kruhovou, cirkulární kauzalitu. Smysl je možno vyplnit i realizací zážitkové hodnoty. Zážitkovými hodnotami lze prožívat hluboké emocionální záchvěvy, radost a zálibu a obohacují náš lidský život (KŘIVOHLAVÝ, 2010). Realizace zážitkové hodnoty je takový zážitek, který člověka obohacuje. Může to být zážitek nějakého artistického díla, rozmanitost přírody či úspěch lidského výkonu. Prožíváním člověk realizuje zážitkové hodnoty. Láska je nejhodnotnějším lidským zážitkem a často zvyšuje vnímavost vůči plnosti hodnot (TAVEL, 2007). Realizací hodnoty postoje se může také naplnit smysl, což je schopnost trpět.

Postojové hodnoty jsou takové hodnoty, kdy člověk zaujme ke svému zdravotnímu postižení úctyhodný postoj (KŘIVOHLAVÝ, 2010). Při utrpení člověk může naplnit ten nejhlubší smysl a může uskutečnit tu nejvyšší hodnotu. Až tehdy, kdy člověk není schopen svůj život utvářet, může realizovat postojové hodnoty a snášení nezměnitelné situace, je dle Frankla výkon (TAVEL, 2007).

3.4 OD PSYCHOANALÝZY K EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZE

Franklova „logoterapie“ („logos“ zde znamená „smysl“) je terapeutickou metodou, která je vůlí ke smyslu zaměřena na duchovní stránku lidské existence (KALVÍNSKÁ, 2007). Logoterapie je směr psychoterapie a navzájem se tyto metody (terapeutické přístupy) doplňují. Zároveň je doplňkem somatoterapie. Psychoanalýza (systém psychoterapie) usiluje o to, aby se duševní stalo vědomým. Logoterapie se ale snaží ukázat, aby se vědomým stalo duchovní. Musí se rozlišovat duševno od duchovna, protože to jsou dvě podstatně rozdílné oblasti.

Lidská existence člověka se projevuje osobní svobodou, odpovědností za své činy a úkolem existenciální analýzy je přivést člověka zvláště k vědomí odpovědnosti – jako substanciálnímu základu lidské existence, kdy člověk nachází jedinečný smysl svého života (FRANKL, 2006). Franklova logoterapie a existenciální analýza zaujala (upoutala) hodně terapeutů a zdá se/je možné, že bychom mohli jeho jazykem seznamovat z hlediska lidského a profesionálního ostatní zdravotnický personál pro ně srozumitelným způsobem (KALVÍNSKÁ, 2007). Je dobré vědět, že logoterapie není náhražkou za psychoterapii, ale může velice dobře (logoterapie) pomoci k opětovnému polidštění psychoterapie (FRANKL, 2006).

Podle Frankla má každý člověk duchovní rozměr a dle připravenosti může druhému člověku pomoci i v této duchovní oblasti, např. logoterapií. První význam logoterapie označuje smysluplnost v prožívání takových zkušeností a činů, které jsou vnímány člověkem jako hodnotné. V tomto případě je „smysl“ – prožívání jeho uskutečnění nebo jeho ztráty a to už bývá předmětem logoterapie. Druhý význam logoterapie je chápán jako smysl života člověka vůbec, odkazuje k otázkám po jeho základních hodnotách a jeho účelu, což dle Frankla lze pochopit jako „nadsmysl“, kdy smysl svého života jako takový lze pochopit pouze vírou, ať už obsáhlejší vírou ve smysl nebo vírou, která člověka přesahuje, které říkáme Bůh (KALVÍNSKÁ, 2007).

Cílem lékařské péče o duši je uzdravení duše a cílem duchovní péče o duši je její spasení. Franklův negativní názor na psychoterapii spočívá v tom, že má depersonalizující a dehumanizující tendence, které vznikají z psychologismu. Frankl tvrdí, že hlubší pochopení existence člověka, jeho jedinečnosti, lze pouze překročením (mez) hranic psychologie (TAVEL, 2007).

3.5 KVALITA ŽIVOTA

Ujasnění si smysluplnosti vlastního života se projevuje ve zlepšení zdraví psychického i fyzického. Jsou různé definice kvality života vytvořené v ošetřovatelství. Např. zmírnění nebo zabránění tělesnému nebo duševnímu distresu, udržování tělesných a duševních schopností, subjektivní pocit pohody apod. (GURKOVÁ, 2011). Je velké množství metod, kterými se měří kvalita života. Jedná se o metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba (zdravotník) nebo kde hodnotitelem je sama daná osoba (pacient) či existují metody smíšené, které jsou kombinací předešlých metod (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Další měřicí techniky (nástroje), které měří kvalitu života, jsou generické nástroje (generic instruments) nebo specifické nástroje (disease-specific instruments). Další nástroje jsou individuální, vztahující se k různým onemocněním. Rozvoj konceptuálních modelů HRQoL byl registrován až v devadesátých letech. Bylo to v období, ve kterém bylo využíváno rozmanité spektrum specifických a generických nástrojů HRQoL (GURKOVÁ, 2011).

Duchovní kvalitu života, tedy nalezení „životního smyslu“, lze změřit např. dle dotazníku „logo-test“ Elisabeth Lukasové. Výsledkem je, že člověk ve svém životě prožívá existenciální frustraci či naopak existenciální smysl. Lékaře by mělo zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti a jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Kvalita života závisí na člověku, jaký má postoj k životu. Pro každého člověka je kvalitní život něco jiného, protože každý z nás má jiné priority hodnot a dle nich si utváří způsob života. Harmonie, fatalismus, propojenost, aktivita, autonomie, city, růst, morální hodnoty, prostředí a další mohou charakterizovat kvalitní život. Dle jedné hypotézy zhoršení kvality života způsobuje dlouhodobý konflikt hodnot (PAYNE, 2005).

Měly by být použity nástroje, které začleňují oblast spirituality. Jedná se o nástroje měření kvality života, které obsahují doménu spirituality. Dle taxonomie 2 se jedná o doménu „životní principy“. Mezi tyto nástroje měření kvality života řadíme:

- Quality of Life Profile
- WHOQOL- 100 (Group)
- The City of Hope Medical Center
- Quality of Life Survey
- Quality of Life Index
- Personal Wellbeing Index (GURKOVÁ, 2011)

4 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Obsahem této kapitoly je stručně rozpracovaný ošetřovatelský proces, při kterém je důležitá zejména spirituální anamnéza a ošetřovatelské diagnózy, vztahující se k doméně 10 - Životní principy. Také je kladen důraz na pravidla efektivní komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem. V popředí stojí etika, kde jsou uvedeny základní principy moderní lékařské etiky.

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je metodou ošetřovatelské péče. Má tyto základní fáze: ošetřovatelskou anamnézu, diagnózu, plánování, realizaci a vyhodnocení.

Ošetřovatelská anamnéza

V rámci celkové anamnézy sestra získává údaje o duchovním přesvědčení pacienta. E. Stoll navrhuje průvodce duchovní anamnézou na získání informací ve čtyřech oblastech:

- 1. pacientova koncepce Boha či Božstva*
 - 2. jeho zdroj naděje a síl*
 - 3. pro něho významné religiózní praktiky a rituály*
 - 4. vztah mezi jeho zdravotním stavem a individuálními duchovními přesvědčeními*
- (ŠPIRUDOVÁ, 2006, s. 95)

E. Stoll také upozorňuje, že každý z nás má právo o svých duchovních potřebách nemluvit. Na spirituální záležitosti je nejvhodnější se ptát až na konci anamnézy, když si již sestra vytvořila vztah s pacientem a má o pacientovi dostatek informací. Sestra se může ptát pacienta, jestli má nějaké náboženské praktiky, jaký má pro něj smysl víra, zda mu víra v nemoci pomáhá, jestli si přeje návštěvu nemocničního kaplana či duchovního apod. (ŠPIRUDOVÁ, 2006)

4.1 SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Péče o spirituální potřeby pacienta je v mnoha zemích častou záležitostí. Spirituální anamnéza se začala používat v amerických nemocnicích a časem se rozšířila i do Evropy. Důležité je taktní jednání, proto je potřeba seznamovat zdravotnický personál se spiritualitou. Spiritualitu lze zjistit třemi způsoby:

- Počkat, zda pacient bude mít sám zájem.
- Zeptat se pacienta, jestli vyplní dotazník zaměřený na spirituální péči.
- Nechat aktivitu na zdravotníkovi, aby sám zrealizoval rozhovor o duchovní službě, duchovních potřebách.

V různých státech se používají nejčastěji návody Fica a Hope při odebírání spirituální anamnézy. Lékařka Christina Puchalski se přes dvacet let zaobírá zařazením spirituální péče do zdravotní péče a vytvořila dotazník Fica, kdy jednotlivá písmena představují oblasti, na které je důležité se zaměřit při odebírání anamnézy. (viz Příloha G)

- F (Faith and Belief) – víra, důvěra, náboženství
- I (Importance) – důležitost
- C (Community) – společnost
- A (Address in Care) – zařazení spirituality do péče (PTÁČEK et al., 2011)

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k doméně 10 – Životní principy:

- *Snaha zvýšit naději (00185) – Vzorec očekávání a tužeb pro mobilizaci energie člověka, který je dostatečný pro well-being a lze jej posílit. Třída 1: Hodnoty (HERDMAN, 2013, s.411)*
- *Snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu), (00068) – Vzorec prožívání a integrace významu a smyslu v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou anebo se silou větší, než je vlastní, který je dostatečný pro well-being a lze jej posílit. Třída 2: Přesvědčení (HERDMAN, 2013, s.412)*
- *Morální strádání (00175) – Reakce na neschopnost provést zvolené etické/morální rozhodnutí/činnost. Třída 3: Soulad hodnot/přesvědčení/jednání (HERDMAN, 2013, s.417)*

- *Zhoršená religiozita (00169) – Zhoršená schopnost spolehnout se na náboženská přesvědčení anebo účastnit se rituálů podle tradice konkrétní víry. Třída 3: Soulad hodnot/přesvědčení/jednání (HERDMAN, 2013, s.421)*
- *Snaha zlepšit religiozitu (00171) – Vzorec spolehnutí se na náboženská přesvědčení anebo účast na rituálech konkrétní tradice víry, který je dostatečný pro well-being a lze jej posílit. Třída 3: Soulad hodnot/přesvědčení/jednání (HERDMAN, 2013, s.424)*
- *Riziko zhoršené religiozity (00170) – Riziko zhoršené schopnosti spoléhat se na náboženská přesvědčení anebo účastnit se rituálů podle tradice konkrétní víry. Třída 3: Soulad hodnot/přesvědčení/jednání (HERDMAN, 2013, s.426)*
- *Duchovní strádání (00066) – Zhoršená schopnost prožít a začlenit význam a smysl v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou anebo se silou větší, než je vlastní. Třída 3: Soulad hodnot/přesvědčení/jednání (HERDMAN, 2013, s.429)*
- *Riziko duchovního strádání (00067) – Riziko zhoršení schopnosti prožít a začlenit význam a smysl v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou anebo se silou větší, než je vlastní. Třída 3: Soulad hodnot/přesvědčení/jednání (HERDMAN, 2013, s. 431)*

V případě neuspokojení spirituálních potřeb hrozí pacientovi stav duchovní tísně. Stav duchovní tísně je *stav, při kterém dochází k poruše základních životních principů, které pronikají celým lidským životem – jeho existenci tělesnou i duchovní – a přesahují jeho biologickou a psychologickou podstatu. Příčinou může být mimo jiné i přerušení náboženských vazeb* (HOLUBÍKOVÁ, 2009, s. 30).

V příloze (viz Příloha K) uvádíme dříve užívanou diagnózu.

Ošetrovatelské plánování

Někteří pacienti vyžadují návštěvu duchovního jejich církve či nemocničního kaplana. Jiní požádají o pomoc sestru, které se dokážou svěřit. Někdy je potřeba, aby sestra sama vyzorovala, že pacient má zájem o duchovní radu. Týká se to hlavně lidí, kteří se stydí požádat o duchovní pomoc. Sestra by měla respektovat pacientova přání (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

V plánování by měla být zahrnuta také výsledná kritéria v těchto oblastech a vždy s ohledem na individualitu pacienta:

- Pacient ukazuje, že je spokojený se svou vírou.
- Pacient se účastní spirituálních obřadů dle jeho zdravotního stavu.
- Pacient vyjadřuje menší pocit provinění.
- Pacient souhlasí s morálním rozhodnutím.
- Pacient se cítí pozitivně.
- Pacient nachází (objevuje) pozitivní vlastnosti ve vlastní existenci a v současné situaci.
- Pacient neobviňuje transcendentně sebe a ostatní.
- Pacient hovoří o lepším vztahu k Bohu.
- Pacient cítí, že mu bylo odpuštěno.

(ŠPIRUDOVÁ, 2006)

Realizace plánovaných činností

Aby tyto činnosti byly efektní, všeobecná sestra by si sama měla ujasnit své duchovní hodnoty či názory. Jestliže se sestra necítí dobře v duchovní záležitosti pomoci pacientovi, měla by taktním jednáním doporučit jiného duchovního. Sestra by měla nejdříve zaměřit pozornost na vnímání duchovní potřeby pacienta při snižování duchovní tísně. Zároveň si nesmí myslet, že pacient nemá žádné spirituální potřeby, i když má v dokumentaci označené, že je bez vyznání (HOLUBÍKOVÁ, 2009).

Většina velkých nemocnic zaměstnává duchovní či kaplany nebo externě kněží, kteří poskytují duchovní službu. Některá zdravotnická zařízení mají speciální prostory pro vykonávání náboženských obřadů, kterých se mohou zúčastnit jak pacienti, tak zdravotnický personál. V nemocnicích mohou být také Místnosti ticha (Prostor ticha), které jsou určené pro meditaci, duchovní radu nebo pro bohoslužby.

Vyhodnocení účinnosti ošetrovatelské péče

V závěru všeobecná sestra zhodnotí, zda došlo ke splnění všech vytčených ošetrovatelských cílů. Je důležitá vzájemná spolupráce sestry a duchovního v celém ošetrovatelském procesu. Všeobecná sestra pacienta pozoruje při komunikaci, všímá si, co pacient říká a zda je v duchovní pohodě (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

4.2 PRAVIDLA EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE

Efektivní komunikace má jasně stanovené cíle, umožní pochopení problémů klienta/pacienta či jejich vyřešení vzájemnou aktivitou. Navozuje vztah důvěry mezi sestrou a pacientem. V rámci správné komunikace je důležité naplnění sedmi bodů – „Sedmi C“:

- Credibility – Důvěryhodnost
- Context – Kontext (odpovídající danému sdělení)
- Content – Obsah (důležité je, aby rozhovor měl pro pacienta význam odpovídající jeho hodnotám)
- Clarity – Jasnost (stručné a jednoduché sdělení)
- Continuity and consistency – Kontinuita a konzistence
- Channels – Komunikační kanály
- Capability – Schopnost veřejnosti (znát schopnost komunikace příjemce)

Aktivním nasloucháním se všeobecná sestra snaží aktivně porozumět obsahu daného sdělení, porozumět souvislostem a pomoci pacientovi nalézt správný postup k řešení problémů. Jedná se o aktivní naslouchání druhé osoby. Pacient by měl sám zaujmout postoj, dle kterého by mohl dosáhnout správného postupu k řešení problému/ů (POKORNÁ, 2009). Sestra by měla dávat pacientovi na vědomí osobní zájem, sympatie a náklonnost. Pro nemocného je podstatné vědět, že na své problémy není sám a že má podporu celého zdravotnického týmu. Důležité je zaujmout lidský přístup, aby pacient získal naši důvěru. Zdravotníci by měli být korektní také vůči sobě navzájem. Je nezbytné předcházet stavu tzv. informační nouze, kdy výsledkem je čirá manipulace s nemocným, který není schopen spolupracovat se zdravotníky.

Odlidštění neboli dehumanizovaná medicína je často problémem naší doby. Proto je potřeba zdůraznit, že celková péče o bio-psycho-sociální, popřípadě spirituální pohodu by měla být samozřejmostí (HAŠKOVCOVÁ, 1998).

Lidská důstojnost

Slovo důstojnost pochází z latiny – dignus, dignita, což znamená respekt, úcta k člověku. Z anglického překladu – být úctyhodný, vážený, ctihodný a ctěný. Respekt k lidské důstojnosti je jednou z podmínek poctivě dosaženého úspěchu (HEŘMANOVÁ, 2012). Lidská důstojnost je součástí lidské přirozenosti, má svůj původ v existenci Božího obrazu v člověku, nelze ji ztratit (např. dlouhodobou chorobou, věkem) ani ji nelze získat či jinému

člověku vzít (ŠTEFKO, 2003). Na lidskou důstojnost má právo každý člověk, i takový, který je duševně nemocný, starý, umírající či dementní. Ctnost lze vidět při respektování vlastní lidské důstojnosti i důstojnosti druhých lidí. Princip lidské důstojnosti je základní součástí práv nemocných a povinností zdravotníků. Pojem důstojnost lze najít v dokumentu Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné – ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících – z roku 1999. Zdravotnický personál by měl stimulovat projevy svébytnosti neboli pomáhat při realizaci této potřeby (potřeby „být svůj“). Potřeba seberealizace, sebeúcty a potřeba přijetí jsou na vrcholu Maslowovy pyramidy (HEŘMANOVÁ, 2012).

Dalším důležitým dokumentem je Konvence o biomedicíně, což je mezinárodní legislativní dokument o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny, která byla přijata výborem ministrů Rady Evropy ve Štrasburku v roce 1996. Byla předložena členským státům Rady Evropy a ČR konvenci ratifikovala v roce 2001. Vznikla v souvislosti na Norimberský proces.

4.3 ETIKA

Etika jako vědecká disciplína

Etika je věda o mravnosti a je samostatnou filozofickou disciplínou. Pojem lékařská etika označuje etické problémy v lékařství. Součástí oboru lékařské etiky je deontologie, což je nauka o povinnostech lékařů vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. V roce 1991 byla lékařská etika ustanovena samostatným lékařským oborem a rok poté došlo k povinné výuce lékařské etiky na všech lékařských fakultách v České republice. V roce 1996 se stala lékařská a zdravotnická etika povinným předmětem na vyšších zdravotnických školách a začala se na doporučení rozvíjet i na středních zdravotnických školách. Výuka lékařské etiky není ustálena nikde na světě, a proto její výuka je tak nutná a žádoucí, jako je systematická a cílevědomá výchova (HAŠKOVCOVÁ, 1998). Je určitý rozdíl mezi etikou a morálkou, zejména v praktické aplikaci. Etika je souhrnem různých principů, hodnot a také norem, které vytváří etické teorie. Morálka je použití hmatatelné (skutečné) etické teorie v praxi (HUMPL et al., 2013).

Základní principy zdravotnické etiky, vycházející z lékařské etiky

Již ve starověku lze najít základy medicínské etiky. Už Sokrates (469–399 před Kr.) chtěl, aby člověk skutečně poznal sám sebe a že toto poznání je pravdivé. Sokratovým žákem byl Platon, který učil, že být dobrým znamená vytvářet kladné hodnoty.

Vyvrcholením medicínské etiky bylo Hippokratovo učení (460–377 před Kr.). Hippokrates kladl důraz na celkovou osobnost lékaře a dal dohromady dosavadní poznatky medicíny. Vznikla tak Hippokratova přísaha. Uvádí se základní principy moderní lékařské etiky: (ŠTEFKO 2003), (HUMPL et al., 2013).

1. princip dobřečinění (beneficence)
2. princip neškození (nonmaleficence)
3. princip spravedlnosti (justice)
4. princip autonomie

T. L. Beauchamp a J. F. Childress poté rozvinuli princip respektu k lidem, zejména ve významu podpory jejich autonomie a od principu dobřečinění srozumitelněji rozčlenili princip neškození (nonmaleficence). Jejich dílo „Principles of Biomedical Ethics“ má léta významnou ozvěnu. Soudili, že čtyři základní *prima facies* principy (dobřečinění, neškození, respekt k autonomii a spravedlnost) budou vítány všemi, nezávisle na kultuře či náboženství. Tyto principy je nutné vždy uznávat (MUNZAROVÁ, 2005a), (MUNZAROVÁ, 2005b).

Zakladatelem moderní lékařské etiky je Paul Ramsey, který zastává názor, že lékařská etika je v souznění s etikou širšího lidského společenství. Představitelé „náboženské etiky“ byli vždy přítomni při tvorbě Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, jejichž názory byly respektovány s velkou úctou a s patřičnou vážností. I při řešení lékařsko-etických problémů mají jejich tvrzení určitou váhu. Mezi nejzákladnější principy zdravotnické etiky patří: respekt k důstojnosti každého člověka a k jeho právům, komplexní ošetrovatelská péče všech jeho dimenzí a zdravotník by měl vždy stát na straně nemocného (MUNZAROVÁ, 2005a).

5 DUCHOVNÍ PÉČE O NEMOCNÉ V JEDNOTLIVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH

V této kapitole je vysvětlená pastorační péče a její užití v praxi a jsou zde popsány náboženské zvyky u vybraných náboženství. V rámci spirituální péče funguje kaplanská služba v některých nemocničních zařízeních a velkou zásluhu fungování spirituální péče v různých nemocnicích mají nemocniční duchovní (kaplani).

Vztah náboženské víry a smyslu života

Dle V. E. Frankla v otázce smyslu života není podstatný teistický či ateistický názor. Samotný úkaz víry není chápán dle V. E. Frankla jako víra v Boha, ale jako rozsáhlejší víra ve smysl (TAVEL, 2007). Křesťanská víra je vírou, kterou se nelze ani naučit ani ji kompenzovat trvalejším imitováním. Uvěřit znamená vstoupit osobně do vztahů k Trojjedinému Bohu: přijmout Ježíše jako svého spasitele, Otce v trojičném (nikoliv jen lidském významu) jako cíl života a nakonec přijmout víru v Ducha svatého a život v Duchu. Což vše očekává přijímání konspektu evangelia. Věřit znamená osvojit si, zamilovat si a společně s druhými uskutečňovat základní souhrn křesťanství. Přijetí víry znamená přijetí nového mravního kodexu, někdy pro přicházejícího nepochopitelného, ale určitě v každém případě náročného (OPATRŇÝ, 1996).

5.1 PASTORAČNÍ PÉČE

Duchovní péče je velice rozsáhlý pojem, který je součástí praktické teologie. Pastorační péče je pojem, který se používá v církvích. Rozumí se jí všeobecná křesťanská povinnost péče o duchovní potřeby lidí (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Okolí musí akceptovat duchovní stránku nemocného, musí naplňovat jeho duchovní potřeby, aby mohl být realizován duchovní rozměr péče o pacienta. V katolickém prostředí se jedná o pastorační péči a v evangelickém prostředí se hovoří častěji o pastýřské péči. Pastorační péčí o nemocné a trpící rozumíme takovou péči, kdy jedinečnost člověka respektujeme, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání z pozice věřících křesťanů. Pomáháme mu zvládnout důstojně jeho situaci, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry, které se musíme umět přizpůsobit (OPATRŇÝ, 2001), (KNOFLÍČKOVÁ, 2008).

Doprovázející by měl v nemocném vidět člověka, který je předmětem Boží péče a v náručí Boží lásky. Péče o duševní pohodu nemocných či trpících je součástí pastorační péče, kdy pastýřská činnost není omezena jen na věřící, ale i na ty, kteří se nehlásí k žádnému náboženství. Prakticky to znamená, že máme o nemocného zájem, dáváme mu povzbuzení, pomáháme mu v duchu lásky a milosrdenství. Zdravotníci by měli vždy nemocnému vyhovět a pokud si přeje duchovního, je na místě respektovat jeho žádost. Věřící si více rozumí s duchovním stejné dominance. Psychologie také uplatňuje některé složky praktické pastorační péče, ale nemusí být součástí spirituálního rozměru. U teologa je samozřejmostí, že uplatňuje některé psychologické poučky a dovednosti. Dle Milana Salajky lze spiritualitu chápat v širším spektru, tedy jako takový hodnotový postoj, který je osvojený a uskutečňovaný v životě, ovšem vycházející z křesťanské tradice (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Cílem pastorační péče je dle Matky Terezy udělat něco dobrého pro Boha, tím že budeme pomáhat nemocnému k lidsky důstojnému prožití jeho nemoci, utrpení a smrti. Pokud budeme nemocné doprovázet s vírou a láskou, „uděláme“ prospěch nejen nemocnému, ale i sobě a celé církvi (OPATRÝ, 2001).

Mnoho lidí nevěří v Boha, ale duchovní během rozhovoru zjistí, že přeci v něco věří. Většina z nás věří v nějaké hodnoty. Každý pastor (kazatel, kněz, farář) by měl být také dobrým psychologem a umět nabídnout pomoc i lidem, kteří se nehlásí k žádnému náboženství. Ve vyspělých západních zemích bývá ve zdravotnických zařízeních k dispozici tzv. spirituál (nemocniční kaplan nebo poradce), tedy člověk, který praktikuje hlavně službu lásky a je schopen základní pastorační péče. V Čechách chybí ustálené pojmenování/označení pro tuto činnost, i když se praxe duchovní péče pomalu rozvíjí (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Cíle a postoj pastýřského rozhovoru: vytvoření přátelské atmosféry, vzájemná důvěra, uvolnit vnitřní napětí, porozumět situaci, ve které se pacient nachází z hlediska evangelia, a připravit správnou cestu, která vede k evangeliu, nechat v rozhovoru pacientovi volný, svobodný prostor, umět naslouchat a zachovat úctu k pacientovi, pozitivně hodnotit pacienta, spolu-cítění, spolu-myšlení, spolu-bytí (KŘIVOHLAVÝ, 1991).

5.2 VYBRANÁ NÁBOŽENSTVÍ A NÁBOŽENSKÉ SPOLEČNOSTI

Je nutné zmínit vztah zdravotnické etiky a náboženství. Zdravotníci se setkávají s nemocnými, kteří zastávají a mají díky své víře určité mravní zásady a postoje, které mohou být odlišné od jejich vlastních postojů. Proto je nutné, aby zdravotnický personál a ostatní

pečující respektovali celistvost osoby ve všech dimenzích a měli určité znalosti v této oblasti (MUNZAROVÁ, 2005).

5. 2. 1 KŘESŤANSTVÍ

Křesťanství vzešlo z judaismu, proto se židovská a křesťanská morálka v určitých věcech shodují. Má tři hlavní formy: římskokatolické, řeckokatolické a protestantské. Křesťané, následovníci Ježíše Krista, věří, že každý člověk je stvořen k obrazu Božímu a nemůže milovat Boha, aniž by miloval svého bližního. Považují Ježíše za syna Božího a Mesiáše (Spasitele), který zemřel, aby svou smrtí všechny lidi vykoupil, což vtělení a vykoupení představuje důstojnost každého člověka (MUNZAROVÁ, 2005a). Nemocný si může přát duchovní rozhovor, pomoc při modlitbě, četbu z bible, nebo může vyslovit i přání přijmout nějakou svátost, přičemž římskokatolická církev má svátostí sedm (SVATOŠOVÁ, 2012).

Křest

Octne-li se v nebezpečí smrti člověk, který touží po křtu a není pokřtěn, může se nechat pokřtít, vyzná-li svou víru v Krista a touhu po křtu. Rozhodnutí ke křtu musí být dobrovolné. Pokud není dosažitelný duchovní katolické církve (kněz, biskup, jáhen), může křtít kdokoliv, pokud od křtěného přijme jeho víru a poté mu posvěcenou či přírodní vodou polije hlavu či jinou část těla se slovy: „*Já tě křtím ve jménu Otce, i Syna, i Duchu Svatého*“ (OPATRŇÝ, 2001, s. 27).

Eucharistie

Neboli svaté přijímání. Tato svátost se praktikuje nejčastěji. Méně častá je mše u lůžka v pokoji nemocného, častější je, když mu kněz svátost (hostii) z kostela přinese. Eucharistii nemusí donést jen kněz či jáhen, ale i pověřený křesťan – laik. Tato svátost je určena všem, kteří jsou pokřtěni, smíření s Bohem a lidmi a jsou v katolické církvi (SVATOŠOVÁ, 2012).

Pomazání nemocných

Je důležité zdůraznit, že se nejedná o „poslední pomazání“, čili poslední akci před smrtí. Udělovatelem této svátosti je kněz nebo biskup (ne jáhen). Svátost pomazání nemocných je posilou víry pro těžce nemocného. Tuto svátost lze přijmout i několikrát za

život a je důležité ji chápat jako pomoc v nemoci (ve stáří) a ne jako bezprostřední přípravu na smrt (SVATOŠOVÁ, 2012).

Svätost pokání

Tato svátost je jedna z nejvýraznějších pomoci, které se může nemocnému dostat. Někdy vlivem nemoci ji pacient není schopen vykonat. Důvěra v odpouštějícího Krista a lítost nad hříchy jsou předpoklady k této svátosti (OPATRNÝ, 2001).

Svätostná služba laiků

Nemocnému může laik pomoci dvěma svátostmi: křtem a eucharistií. Laici musí být vyškoleni a musí svou službu konat v rámci farní nebo nemocniční duchovní správy, tedy ve spolupráci s nemocničním kaplanem, farářem či jiným duchovním (OPATRNÝ, 2001).

5. 2. 2 JUDAISMUS

Židovská lékařská etika je zakotvena v bohaté tradici židovského Zákona, jehož nejvíce povolanými mluvčími jsou rabíni. Je třeba těmto lidem umožnit modlitbu, případně je zkontaktovat se členy náboženské obce. Je důležité znát, že ortodoxní žid nejí vepřové, požívá potraviny připravené podle rituálních pravidel a svěť sobotu. Většina věřících židů chce účast pohřebního bratrstva u zesnulého (SVATOŠOVÁ, 2012).

5. 2. 3 ISLÁM

Šaria je zdrojem islámského zákona, což jsou kanonické zákony islámu, jejichž obsah je v textech Korán, Sunna a Ijtihad. Islám je náboženstvím sociálním, ale individualita není potlačena. Každý má zodpovědnost před Bohem (Alláh). Islám zastává základy mravních principů, jako je respekt k mentální a fyzické integritě a respekt k zachování genealogie a následné možnosti určení otcovství (MUNZAROVÁ, 2005a). U muslimů je důležité respektovat základní prvky zbožnosti: denní modlitby směrem k Mekce, očista, zákaz konzumace vepřového masa či předpisy postního měsíce Ramadánu, kdy probíhá půst od úsvitu do západu slunce. Dbát na větší respekt studu při různých vyšetřeních (SVATOŠOVÁ, 2012).

5. 2. 4 SVĚDKOVÉ JEHOVOVI

Tito lidé se nehlásí k žádným křesťanům (evangelíkům, pravoslavným, katolíkům) – dle nich jsou to „nepraví“ křesťané. Neznají svátosti v křesťanském pojetí, pouze křest ponořením. Odmítají krevní transfuzi při léčbě (OPATRŇÝ, 2001).

5.3 KAPLANSKÁ SLUŽBA V NEMOCNICÍCH

Na půdě ERC v ČR vznikla potřeba zavést spirituální péči (duchovní podporu) do nemocnic a různých zdravotnických zařízení. Inspirací zavést tento projekt byly zahraniční zkušenosti z USA a zemí Evropské unie. Spirituální péče v nemocnicích je důležitou součástí celkové komplexní péče o pacienta (MACHÁČKOVÁ, 2011).

Dne 20. listopadu 2006 došlo k podepsání Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Ekumenickou radou církví (ERC) a Českou biskupskou konferencí (ČBK) v České republice. Byla uzavřena Dohoda o vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků do různých nemocničních zařízení, cílem je pomoc nemocným v těžkých chvílích bez ohledu na jejich vyznání. Byly schváleny také kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana (SVATOŠOVÁ, 2012).

V České republice není (ucelené, jednotné) přesné pojmenování pro osoby, které praktikují spirituální péči v nemocnicích. Často se užívají názvy poskytovatel spirituální péče, pastorační asistent/pracovník nebo kaplan. (V Motole, kde tato péče vznikla, jsou to nemocniční duchovní). V praxi jsou nemocničními duchovními lidé, kteří nejsou vysláni církví, ale jsou placení nemocnicí. Ten, kdo je vyslán církví a je uzavřena určitá smlouva mezi danou církví a nemocničním zařízením, se nazývá nemocniční kaplan. Existuje Sekce spirituální péče Společnosti lékařské etiky.

Smysl práce nemocničního kaplana

Nemocniční kaplan je osoba, která poskytuje duchovní podporu/péči nejen pacientům a příbuzným, ale i zdravotnickému personálu. Má na starosti práci (řízení) dobrovolníků v oblasti duchovní péče a dle přání pacienta může zajistit setkání s duchovními ostatních církví. Dobrovolníci jsou pod vedením nemocničního kaplana. Nemocniční kaplan by měl být členem multidisciplinárního týmu, popřípadě i členem etické komise nemocnice a dodržovat

etické zásady, musí mít teologické vzdělání a měl by mít také základní znalosti z psychologie a z lékařské a zdravotnické etiky (SVATOŠOVÁ, 2012). (viz Příloha C)

Nemocniční duchovní musí působit na spirituální úrovni, zahrnující sociální, psychologickou, etickou a duchovní úroveň a pacient určuje otevřenost a hloubku komunikace s duchovním. Nemocniční kaplani (na rozdíl od farářů) se snaží pomoci všem lidem, nejen skupinám církevně příslušných pacientů. Pomáhají lidem najít „správný“ spirituální rozměr a zlepšit psychiku a vnitřní pohodu klienta a celkovou kvalitu života. Hlavním pracovním nástrojem kaplana je empatické naslouchání, být nemocnému oporou a respektovat hodnotu a důstojnost každého člověka (MACHÁČKOVÁ, 2011), (MATĚJKOVÁ, 2012).

Současný stav kaplanské služby

V České republice je péče o spirituální potřeby klientů v různých zdravotnických zařízeních na velmi rozdílné úrovni. V některých nemocnicích pracuje buď odborný pastorační pracovník, který se věnuje pouze církevním pacientům, nebo nemocniční duchovní, který pomáhá všem lidem, jinde nemocniční kaplan nefunguje (MACHÁČKOVÁ, 2011). Z článku zveřejněného Evou Kalvínskou v časopise *Praktický lékař pod názvem Rozvíjení spirituální péče ve FN v Motole vyplývá, že podle statistik zpracovaných v letech 2008–2009 zájem o tuto službu ze strany pacientů, příbuzných, ale i zdravotníků velmi stoupá* (MACHÁČKOVÁ, 2011, s. 39).

Akreditace nemocnic a spirituální péče

Nemocnice, které jsou akreditovány dle „Mezinárodních nemocničních akreditačních standardů“ stanovených „Joint Commission International“, musí zajistit (službu) uspokojování spirituálních potřeb pacientů. Každá nemocnice (zdravotnické zařízení), která je akreditovaná, musí na žádost pacienta či jeho příbuzných poskytnout odborníka, který uspokojí jejich náboženské či spirituální potřeby (MACHÁČKOVÁ, 2011). Existuje také Spojená akreditační komise – SAK, která vznikla v roce 1998. Trvalé zlepšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditačních zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit je posláním této komise. Od 21. 6. 2012 je Spojená akreditační komise, o. p. s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče pro druhy zdravotní péče podle ust. § 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb., dle omezení udělení oprávnění dle vyhlášky č. 102/2012 Sb. (SAK, 2012).

Patronát nad Asociací nemocničních kaplanů

Vznikly dvě Asociace nemocničních kaplanů, které by měly spolupracovat s manažery různých nemocnic. Jan Potměšil převzal patronát nad Asociací nemocničních kaplanů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU

PRŮZKUMNÝ CÍL

Posoudit informovanost všeobecných sester o spirituálních potřebách pacientů a zmapovat jejich zájem o rozvoj v této oblasti.

PRŮZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Jaké jsou zkušenosti všeobecných sester s uspokojováním spirituálních potřeb pacientů?

Jaká je informovanost všeobecných sester o možnostech uspokojování spirituálních potřeb?

Jaký zájem mají všeobecné sestry o další rozvoj/vzdělávání v oblasti spirituálních potřeb?

HYPOTETICKÁ TVRZENÍ

Tvrzení 1: Předpokládáme, že více než 50 % všeobecných sester nemá zkušenosti s problematikou spirituální péče.

Tvrzení 2: Předpokládáme, že více než 50 % všeobecných sester není informováno ve věci spirituálních potřeb pacientů.

Tvrzení 3: Předpokládáme, že více než 50 % všeobecných sester nemá zájem o další rozvoj v problematice spirituálních potřeb.

VEDLEJŠÍ HYPOTETICKÁ TVRZENÍ

Tvrzení 1: Předpokládáme, že většina všeobecných sester přikládá spirituálním potřebám minimální prioritu.

Tvrzení 2: Předpokládáme, že se dotazníkového šetření zúčastní výrazně méně mužů než žen, a tudíž nebude možné zabývat se vlivem pohlaví na odpovědi.

Tvrzení 3: Předpokládáme, že věkové rozdělení respondentů nebude rovnoměrné, a zároveň očekáváme, že budou převažovat věkové kategorie nad 50 let.

Tvrzení 4: Vzhledem k předpokládané věkové kategorii očekáváme, že bude převažovat střední odborné vzdělání.

Tvrzení 5: Předpokládáme, že většina respondentů nevyznává žádné náboženství.

Tvrzení 6: Předpokládáme, že většina respondentů se nejvíce přiklání v otázce volby poskytovatele spirituálních potřeb k duchovnímu a nejméně se přiklání k možnosti každý člověk, který může pomoci v uspokojování spirituálních potřeb u pacientů.

Tvrzení 7: Předpokládáme, že respondenti nebudou vnímat vliv spirituality na zdravotní stav pacienta jako negativní, přestože většina z nich nevyznává žádné náboženství.

Tvrzení 8: Předpokládáme, že největší četnost výskytu spirituálních potřeb u umírajících a onkologicky nemocných je vyrovnaná.

Tvrzení 9: Předpokládáme, že spiritualita pomáhá člověku při překonávání zdravotních obtíží pouze zřídka.

Tvrzení 10: Předpokládáme, že většinu respondentů vede setkání s úmrtím pacienta k přemýšlení o smrti a smyslu života.

Tvrzení 11: Předpokládáme, že respondenti nepřikládají důležitost duchovního ve vztahu k nástupu syndromu vyhoření.

METODIKA PRŮZKUMU

Zvolili jsme průzkum nestandardizovaný, tedy kvantitativní. Vytvořili jsme dotazník, který je složen z 25 otázek. Časové rozmezí průzkumu bylo stanoveno na listopad až prosinec 2014. Výzkum jsem prováděla sama a souhlas s provedením průzkumu jsem získala od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Motol.

PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Průzkum byl cílený. Průzkumný soubor tvořily všeobecné sestry z LDN – Centrum následné péče FN Motol v Praze. Počet řádně vyplněných dotazníků byl 53.

TECHNIKA DOTAZNÍKU

Dotazník byl rozdán všem všeobecným sestřím z LDN – Centrum následné péče FN Motol v Praze v období měsíce listopadu a prosince 2014. Dotazník obsahoval 25 otázek a byl složen z identifikačních, uzavřených a polouzavřených otázek. U některých otázek bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Dotazníků bylo rozdáno 96. Jejich návratnost byla větší než 50 %, což bylo 63 s tím, že 10 dotazníků bylo nevyplněných. Veškerá data byla zpracována a vyhodnocena formou statistické metody pomocí Excelu a Wordu, kdy byly použity tabulky, grafy a komentáře v textu. V tabulkách je uvedena absolutní četnost a relativní četnost v %. Grafy znázorňují relativní četnosti.

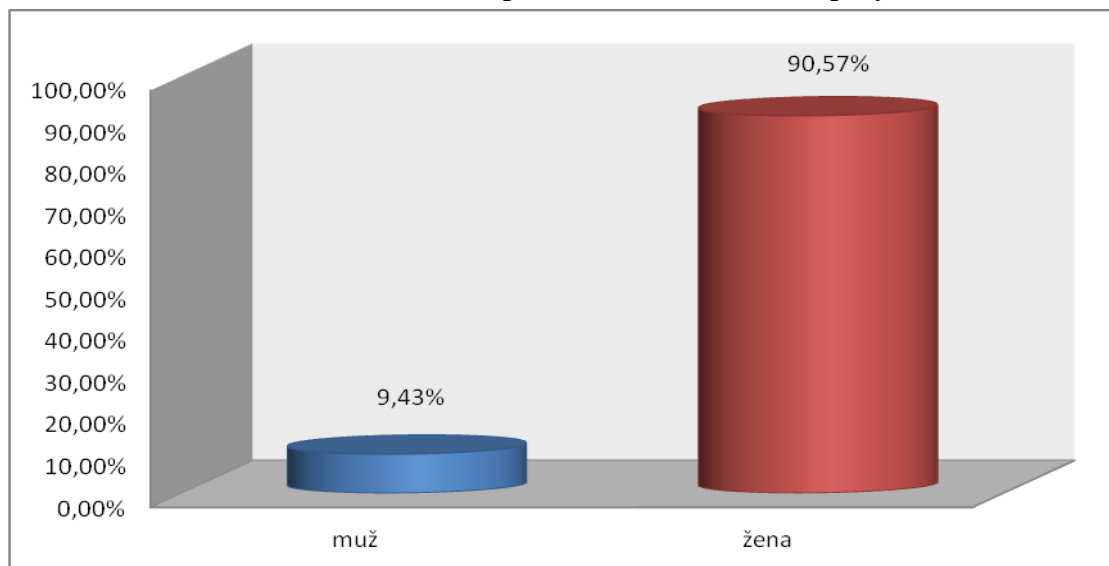
1.1 INTERPRETACE DAT

Položka 1 – Pohlaví

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů sledované skupiny

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
muž	5	9,43 %
žena	48	90,57 %
Celkem	53	100 %

Graf 1 – Pohlaví respondentů sledované skupiny



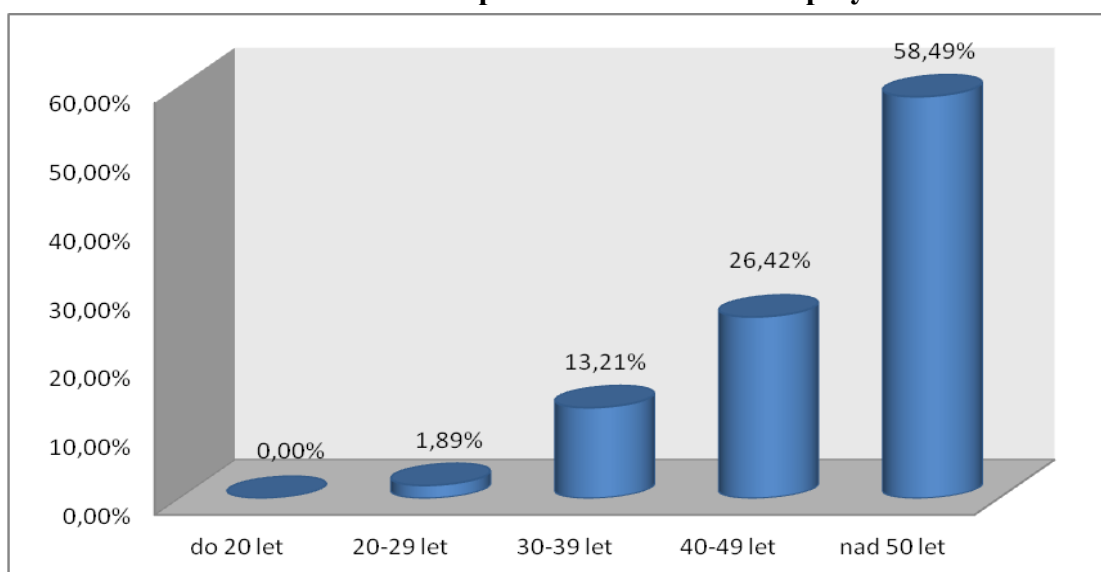
Z celkového počtu 53 respondentů bylo 48 (90,57 %) žen a 5 (9,43 %) mužů.

Položka 2 – Váš věk

Tabulka 2 – Věk respondentů sledované skupiny

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 20 let	0	0,00 %
20–29 let	1	1,89 %
30–39 let	7	13,21 %
40–49 let	14	26,42 %
nad 50 let	31	58,49 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 2 – Věk respondentů sledované skupiny



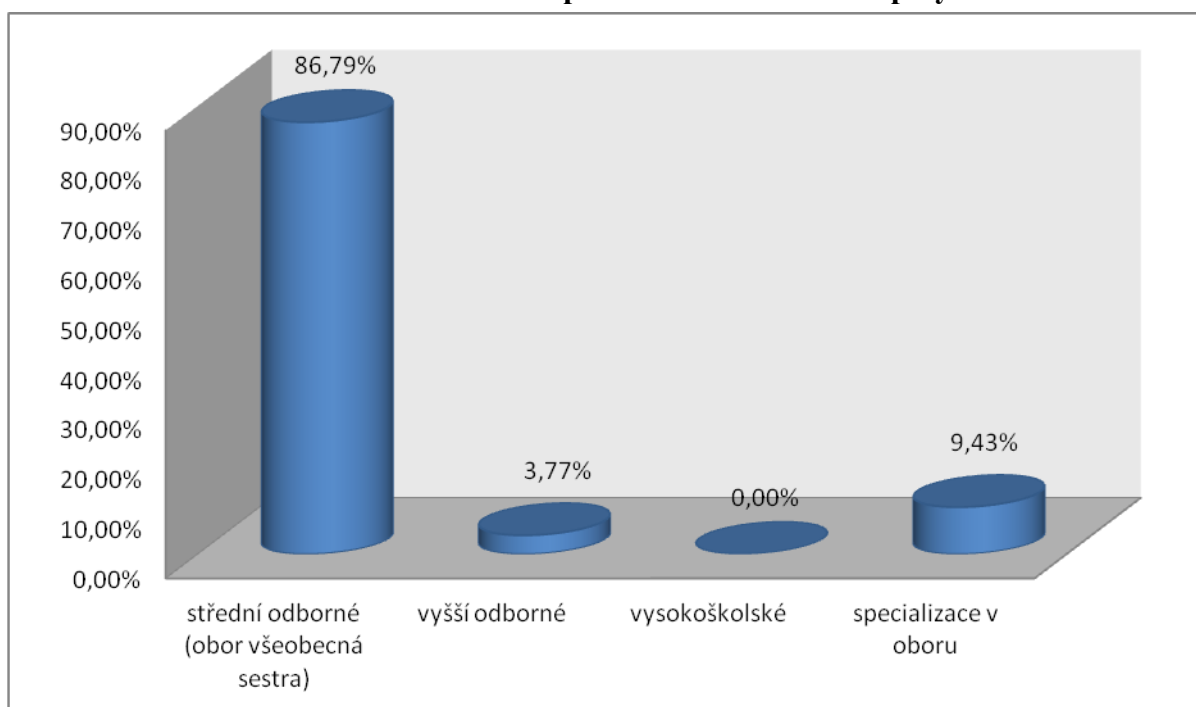
Průzkumu se zúčastnil pouze 1 (1,89 %) respondent ve věku 20–29 let, 7 (13,21 %) respondentů ve věku 30–39 let, 14 (26,42 %) respondentů ve věku 40–49 let, nejpočetnější věkovou skupinou byla kategorie nad 50 let v počtu 31 (58,49 %) všeobecných sester. Ve věkové skupině do 20 let se nikdo nezúčastnil.

Položka 3 – Vzdělání

Tabulka 3 – Vzdělání respondentů sledované skupiny

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
střední odborné (obor všeobecná sestra)	46	86,79 %
vyšší odborné	2	3,77 %
vysokoškolské	0	0,00 %
specializace v oboru	5	9,43 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 3 – Vzdělání respondentů sledované skupiny



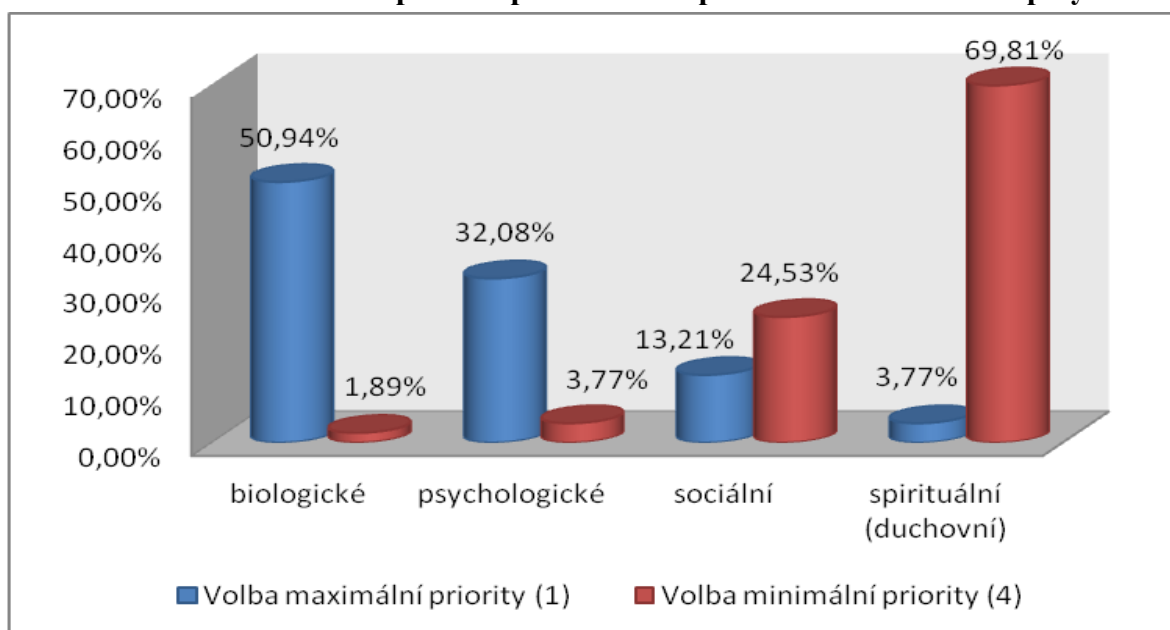
Z celkového počtu respondentů mělo 46 (86,79 %) střední odborné vzdělání, 2 (3,77 %) respondenti měli vyšší odborné vzdělání, pouze samotné vysokoškolské vzdělání neměl nikdo z respondentů, ale celkem 5 respondentů (9,43 %) mělo určitou specializaci v oboru, přičemž jeden respondent měl střední odborné vzdělání a ARIP (specializace v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči), druhý respondent měl střední odborné vzdělání a jako specializaci uvedl vnitřní lékařství, třetí respondent měl střední odborné vzdělání a jeho specializací byla všeobecná ošetrovatelská péče, čtvrtý respondent měl jako jediný vysokoškolské vzdělání a specializaci PSS (ošetrovatelská péče o geriatrické pacienty) a pátý respondent uvedl střední odborné vzdělání a PSS.

Položka 4 – Které potřeby jsou dle Vašeho názoru/smýšlení pro pacienty v době nemoci důležité/prvořadé? (Napište ke každé odpovědi číslo od 1 do 4 s tím, že 1 je max. prioritá)

Tabulka 4 – Max. a min. prioritá potřeb dle respondentů sledované skupiny

Potřeby	Volba maximální priority (1)		Volba minimální priority (4)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
biologické	27	50,94 %	1	1,89 %
psychologické	17	32,08 %	2	3,77 %
sociální	7	13,21 %	13	24,53 %
spirituální (duchovní)	2	3,77 %	37	69,81 %
Celkem	53	100,00 %	53	100,00 %

Graf 4 – Max. a min. prioritá potřeb dle respondentů sledované skupiny



V otázce 4 jsme zhodnotili maximální a minimální prioritú potřeb dle respondentů. Nejvíce respondentů celkem 27 (50,94 %) pokládá za maximální prioritú potřeb potřeby biologické. Celkem 17 (32,08 %) všeobecných sester řadí na druhé místo důležitosti potřeby psychologické, 7 (13,21 %) respondentů považuje za důležité potřeby sociální a pouze 2 (3,77 %) respondenti pokládají za prvořadé potřeby spirituální. V tabulce označující minimální prioritú potřeb celkem 37 (69,81 %) respondentů pokládá za nejméně důležité potřeby spirituální (duchovní).

Položka 5 – Co byste zařadili mezi spirituální potřeby pacientů? (Označte maximálně 3 možnosti, které jsou dle vašeho názoru pro pacienty prioritou, a pořadí opět označte dle důležitosti 1–3 s tím, že 1 je maximální priorita)

Tabulka 5 – výběr možností spirituálních potřeb u pacientů dle priority

spirituální potřeby	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) nebýt sama, mít někoho rád/a (přátelství, láska)	33	62,26 %
b) touha po smysluplnosti a naplnění života	8	15,09 %
c) mít pro co a pro koho žít	12	22,64 %
d) touha po vnitřní svobodě, vnitřní klid	9	16,98 %
e) nehlédět pouze na sebe a své egocentrické zájmy	2	3,77 %
f) touha překonat sama sebe	1	1,89 %
g) odpustit a vědět, že i mně bylo odpuštěno	20	37,74 %
h) být milosrdný k druhým lidem	4	7,55 %
i) být čestný, mít respekt, úctu k druhým lidem	7	13,21 %
j) žít v harmonii se světem	3	5,66 %
k) umět pomáhat druhým lidem	6	11,32 %
l) specifická náboženská vyznání	3	5,66 %
m) náboženské potřeby	9	16,98 %
n) znát odpovědi na existenciální otázky	14	26,42 %
o) mít naději a optimismus	10	18,87 %
p) fyziologické potřeby	18	33,96 %
q) jiné	0	0,00 %
Celkem odpovědělo	53	100,00 %

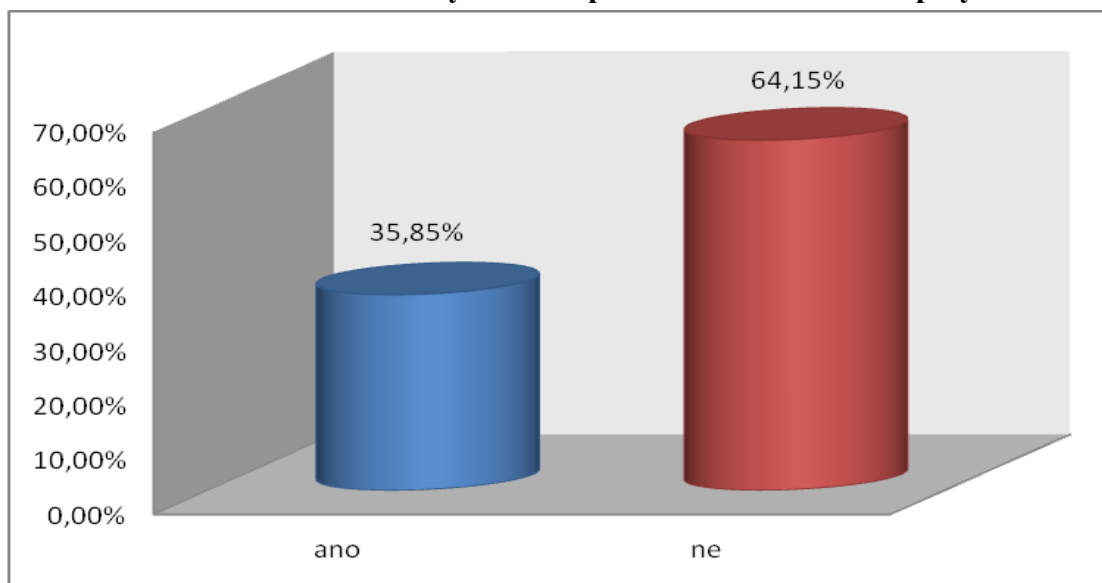
Největší absolutní četnost byla u odpovědi a) nebýt sama, mít někoho rád/a (přátelství, láska), což je celkem 33 (62,26 %). Druhou nejvyšší četnost měla odpověď g) odpustit a vědět, že i mně bylo odpuštěno, s absolutní četností 20 (37,74%). Jako třetí nejčastější volba byla možnost p) fyziologické potřeby, s absolutní četností 18 (33,96%). Celkem 23 lidí pouze označilo tři, pro ně důležité potřeby, ale už je chronologicky neseřadili, proto jsme se rozhodli to vyhodnotit podle četnosti a ne podle pořadí důležitosti, nebylo by to relevantní.

Položka 6 – Vyznáváte Vy sám/sama nějaké náboženství?

Tabulka 6 – náboženské vyznání respondentů sledované skupiny

Zvolené odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	19	35,85 %
ne	34	64,15 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 6 – náboženské vyznání respondentů sledované skupiny



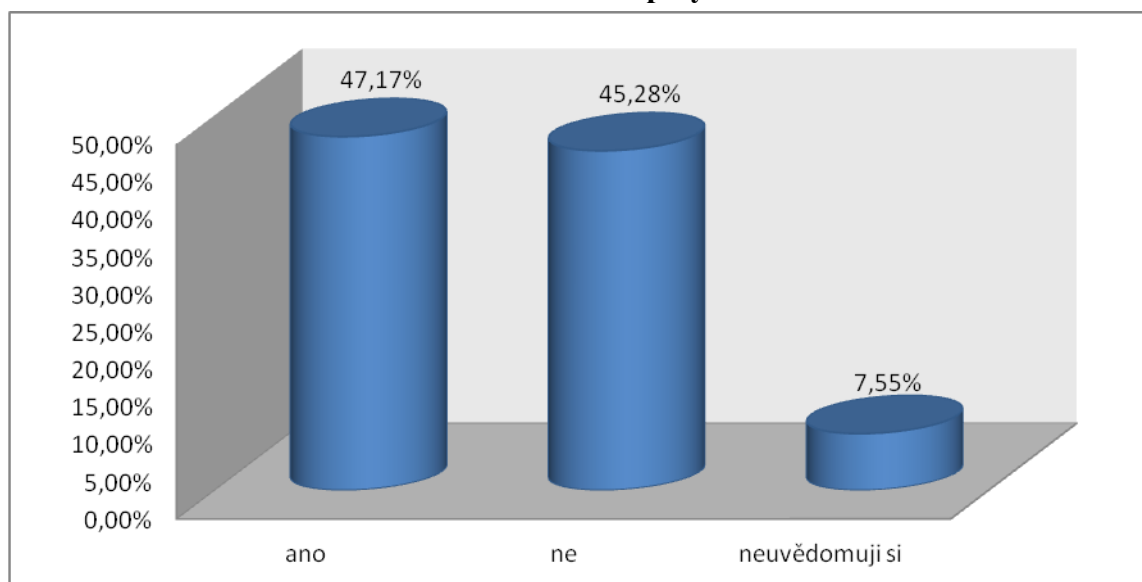
V otázce 6 jsme zjišťovali, jestli někteří z respondentů vyznávají nějaké náboženství, či nikoliv. Zjistili jsme, že z celkového počtu pouze 19 (35,85 %) respondentů vyznává nějaké náboženství a 34 (64,15 %) respondentů se k žádnému náboženství nehlásí.

Položka 7 – Měli jste někdy příležitost navštívit nějaké kurzy/semináře týkající se spirituality?

Tabulka 7 – možnost navštívení kurzu/semináře týkající se spirituality u respondentů sledované skupiny

Zvolené odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	25	47,17 %
ne	24	45,28 %
neuvědomuji si	4	7,55 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 7 – možnost navštívení kurzu/semináře týkající se spirituality u respondentů sledované skupiny



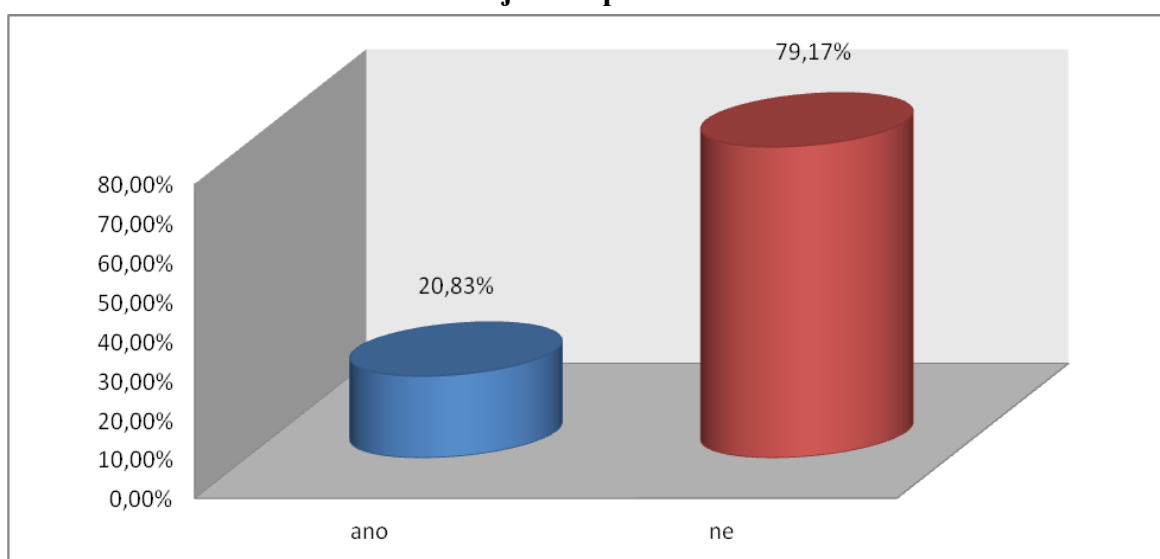
Otázka 7 zkoumala, jestli všeobecné sestry měly někdy možnost navštívit nějaké kurzy/semináře týkající se spirituality. Z uvedeného grafu 7 je patrné, že odpověď ano a odpověď ne jsou téměř vyrovnané, přičemž 25 (47,17 %) respondentů odpovědělo ano a 24 (45,28 %) respondentů odpovědělo ne. Pouze 4 (7,55 %) respondenti si neuvědomují, zda někdy navštívili nějaké kurzy/semináře týkající se spirituality.

Položka 8 – Jestliže ne, přivítala byste možnost takového kurzu?

Tabulka 8 – zájem respondentů o kurz

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	5	20,83 %
ne	19	79,17 %
Celkem	24	45,28 %

Graf 8 – zájem respondentů o kurz



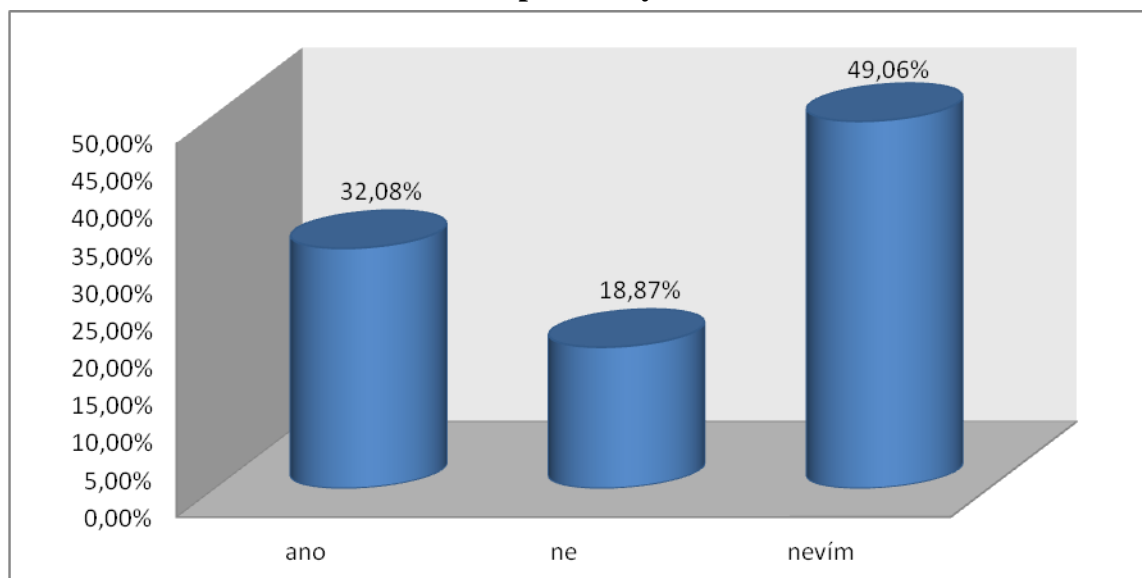
Otázka 8 navazuje na otázku 7, kdy měli respondenti odpovídat, pokud v předešlé otázce zodpověděli ne. Celkem bylo uvedeno 24 respondentů, z nichž pouze 5 (20,83 %) respondentů by mělo zájem se účastnit nějakého kurzu týkajícího se spirituality. Ostatní respondenti, kterých bylo 19 (79,17 %), nejevili žádný zájem. (17 respondentů špatně reagovalo na tuto otázku, většina z nich odpověděla v otázce 7 Ano či Neuvědomuji si a zároveň odpovídalo na otázku 8.)

Položka 9 – Myslíte si, že by pravidelné kurzy týkající se spirituality mohly pomoci všeobecným sestřám v duchovní sféře?

Tabulka 9 – názor respondentů sledované skupiny na pravidelné kurzy týkající se spirituality

Názor	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	17	32,08 %
ne	10	18,87 %
nevím	26	49,06 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 9 – názor respondentů sledované skupiny na pravidelné kurzy týkající se spirituality



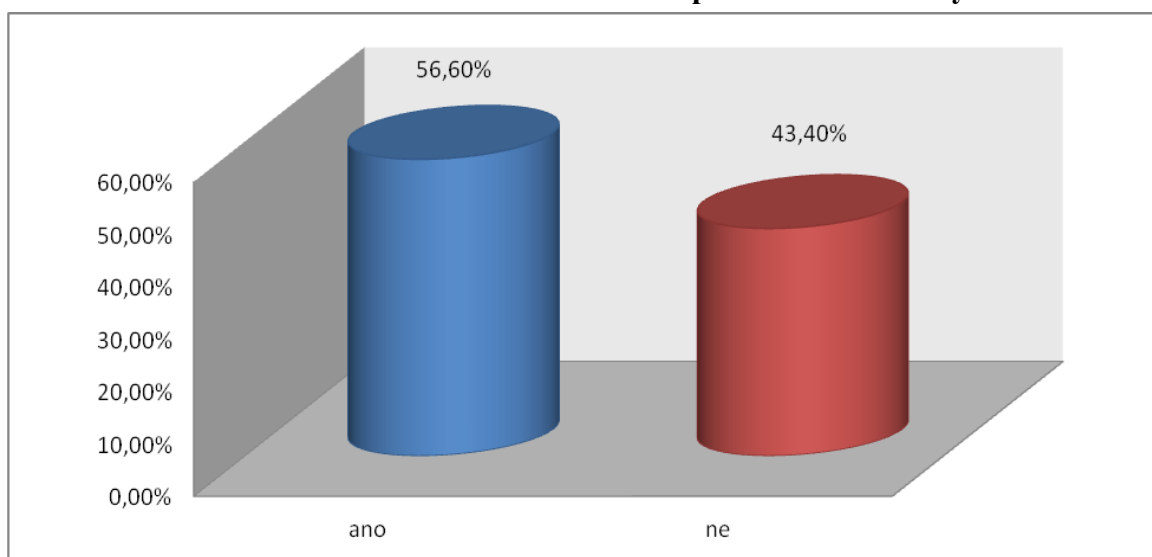
Tato položka byla zaměřena na názor všeobecných sester, jestli by pravidelné kurzy týkající se spirituality mohly pomoci v jejich duchovní sféře. Dozvěděli jsme se, že 26 (49,06 %) respondentů uvedlo nevím, 17 (32,08 %) respondentů uvedlo ano a 10 (18,87 %) respondentů odpovědělo ne, tedy nejsou přesvědčeni, že by jim tyto kurzy mohly nějak pomoci.

Položka 10 – Máte zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy v rámci ošetrovatelského procesu?

Tabulka 10 – zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	30	56,60 %
ne	23	43,40 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 10 – zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy



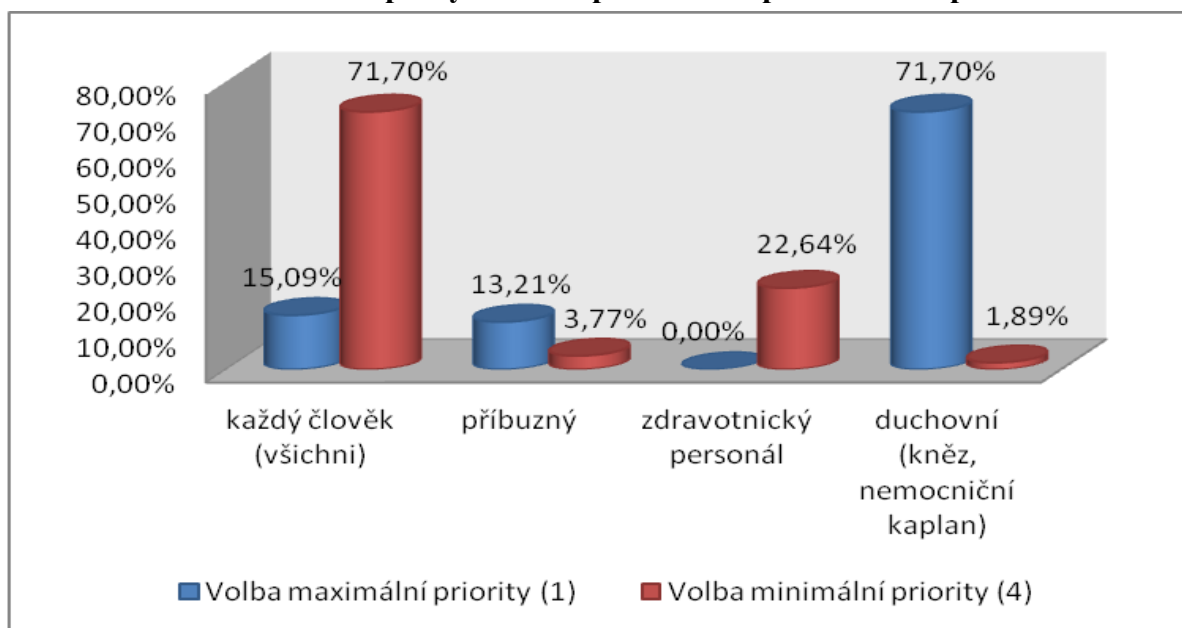
Zde jsme zjišťovali, jestli mají všeobecné sestry zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy v rámci ošetrovatelského procesu. Zjistili jsme, že 30 (56,60 %) respondentů má zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy a 23 (43,40 %) respondentů žádné zkušenosti nemá.

Položka 11 – Kdo si myslíte, že může pacientovi pomoci v jeho uspokojování spirituálních potřeb? (Označte číslicemi 1–4 v pořadí důležitosti s tím, že 1 je maximální priorita)

Tabulka 11 – prioritní poskytovatelé spirituálních potřeb dle respondentů

Poskytovatelé	Volba maximální priority (1)		Volba minimální priority (4)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
každý člověk (všichni)	8	15,09 %	38	71,70 %
příbuzný	7	13,21 %	2	3,77 %
zdravotnický personál	0	0,00 %	12	22,64 %
duchovní (kněz, nemocniční kaplan)	38	71,70 %	1	1,89 %
Celkem	53	100,00 %	53	100,00 %

Graf 11 – Prioritní poskytovatelé spirituálních potřeb dle respondentů



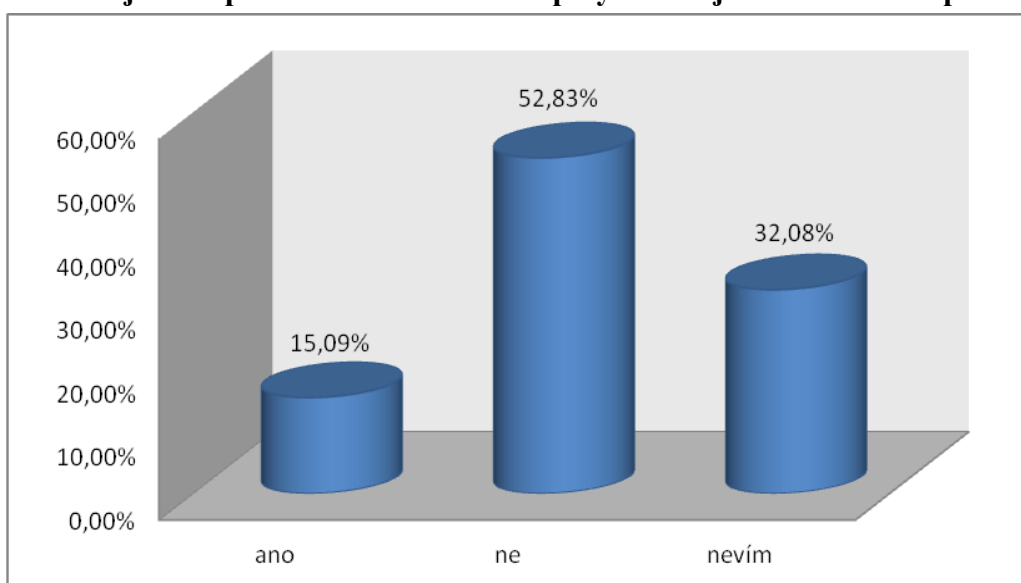
Předmětem této položky je zjistit od všeobecných sester, jak by prioritně zařadily z uvedených možností člověka, který může nejvíce pomoci v uspokojování spirituálních potřeb pacientů. Nejvíce respondentů, celkem 38 (71,70 %), pokládá za prioritního poskytovatele spirituálních potřeb duchovního (kněze, nemocničního kaplana). Celkem 38 (71,70 %) respondentů zvolilo jako minimální prioritu, která má nejmenší vliv na pomoc v uspokojování spirituálních potřeb u pacienta, položku každý člověk (všichni).

Položka 12 – Chtěli byste se rozvíjet či vzdělávat v oblasti spirituality?

Tabulka 12 – zájem respondentů sledované skupiny o rozvíjení se v oblasti spirituality

Zvolené odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	8	15,09 %
ne	28	52,83 %
nevím	17	32,08 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 12 – zájem respondentů sledované skupiny o rozvíjení se v oblasti spirituality



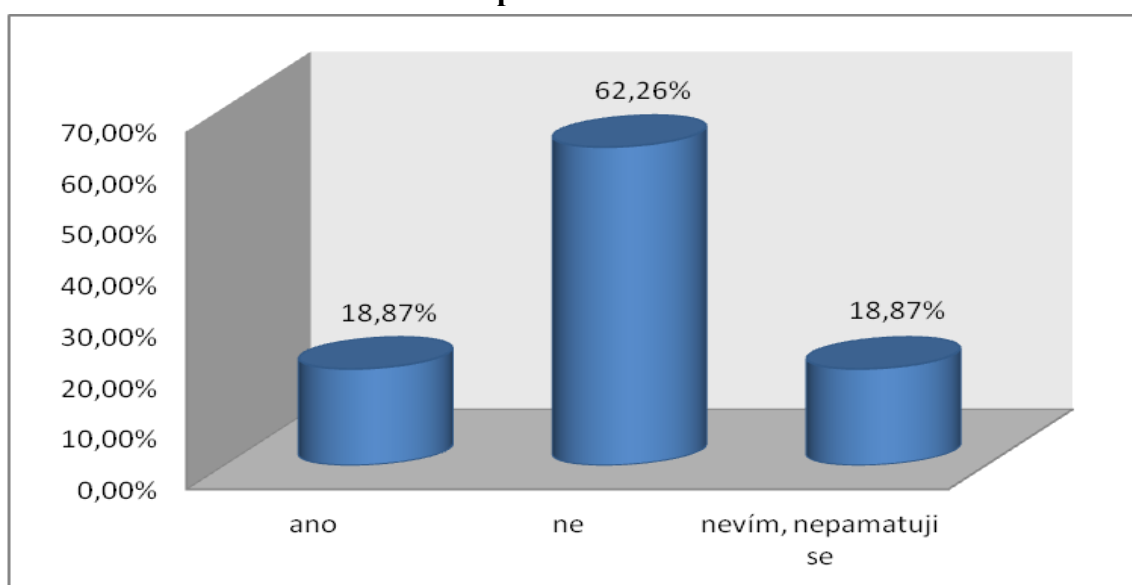
Zde jsme zjišťovali, jestli by se všeobecné sestry chtěly vzdělávat v oblasti spirituality. Nejvíce respondentů 28 (52,83 %) odpovědělo ne, další respondenti celkem 8 (15,09 %) by měli zájem se rozvíjet či vzdělávat v oblasti spirituality. Zbývá část respondentů 17 (32,08 %) nevěděla, jestli se vzdělávat v oblasti spirituality, či nikoliv.

Položka 13 – Setkali jste se při studiích s problematikou spirituální péče?

Tabulka 13 – seznámení respondentů sledované skupiny s problematikou spirituální péče při studiích

Zvolené odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	10	18,87 %
ne	33	62,26 %
nevím, nepamatuji se	10	18,87 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 13 – seznámení respondentů sledované skupiny s problematikou spirituální péče při studiích



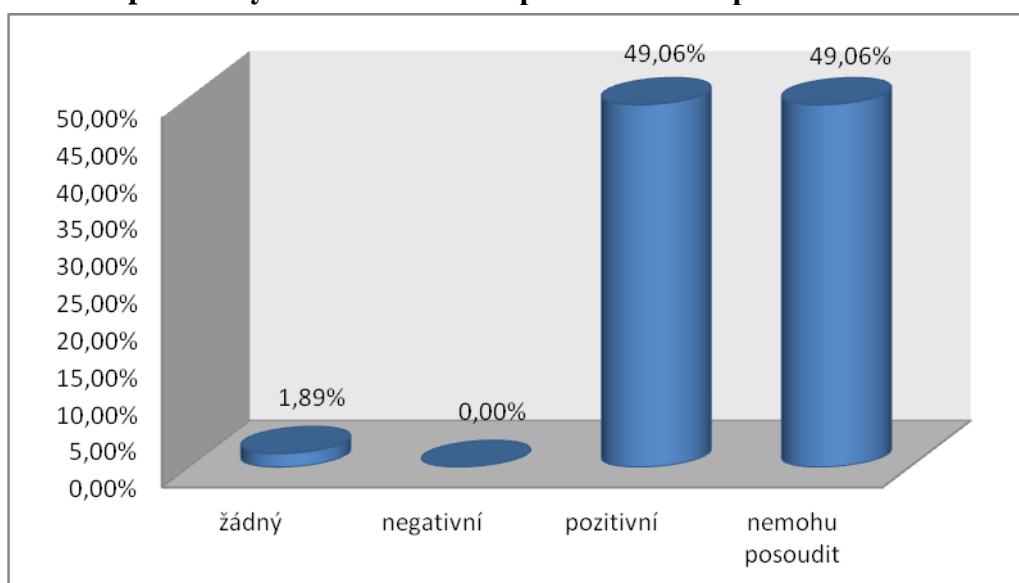
Otázka 13 zkoumá, jestli se všeobecné sestry někdy setkaly při studiích s problematikou spirituální péče. Zde můžeme vidět, že odpověď ano společně s odpovědí nevím, nepamatuji se, jsou vyhodnoceny procentuálně stejně. Tedy 10 (18,87 %) respondentů tvrdí, že se setkali při studiích s problematikou spirituální péče a 10 (18,87 %) respondentů neví, zda se vůbec s touto problematikou setkali. Nejvíce 33 (62,26 %) respondentů se nikdy s problematikou spirituální péče při studiích nesetkalo.

Položka 14 – Jaký má dle vašeho názoru vliv spiritualita na zdravotní stav pacienta?

Tabulka 14 – vliv spirituality na zdravotní stav pacienta dle respondentů sledované skupiny

Zvolené odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
žádný	1	1,89 %
negativní	0	0,00 %
pozitivní	26	49,06 %
nemohu posoudit	26	49,06 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 14 – vliv spirituality na zdravotní stav pacienta dle respondentů sledované skupiny



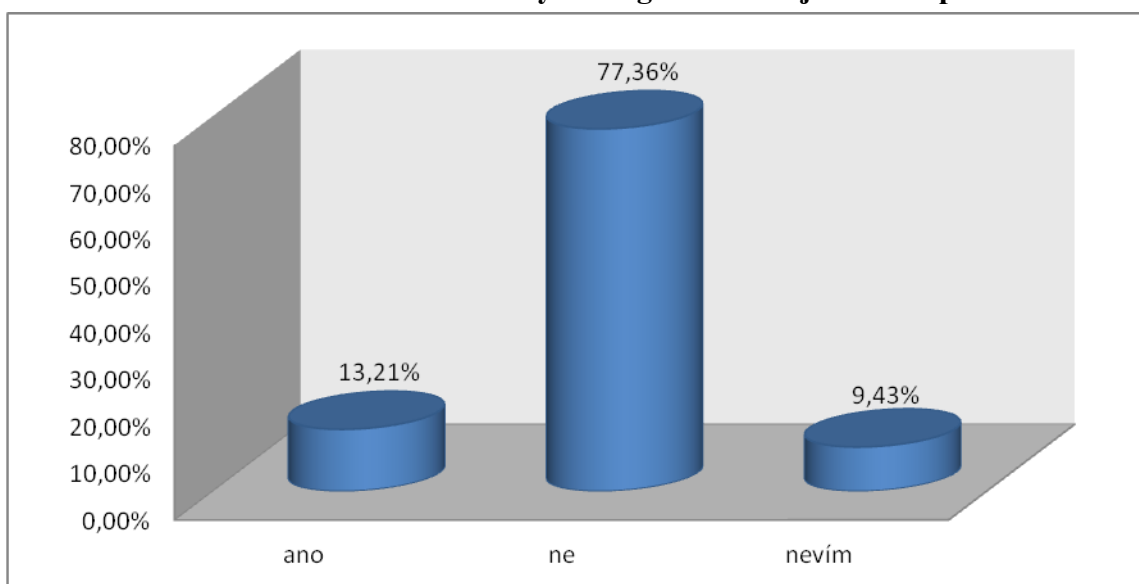
V této položce se zaměřujeme, jaký má vliv spiritualita na zdravotní stav pacienta dle názoru všeobecných sester. Opět se setkáváme s procentuální shodou, kdy 26 (49,06 %) respondentů tvrdí, že spiritualita má pozitivní vliv na zdravotní stav pacienta, a stejný počet respondentů, tedy 26 (49,06 %), nemůže posoudit, jestli má spiritualita nějaký vliv na zdravotní stav pacienta. Pouze 1 (1,89 %) respondent uvedl, že spiritualita nemá žádný vliv na zdravotní stav pacienta. Je zajímavé, že nikdo z respondentů nevěděl, že by mohla mít spiritualita negativní vliv na zdravotní stav pacienta.

Položka 15 – Stanovujete u Vás ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke spiritualitě?

Tabulka 15 – stanovení ošetrovatelských diagnóz vztahující se ke spiritualitě

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	7	13,21 %
ne	41	77,36 %
nevím	5	9,43 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 15 – stanovení ošetrovatelských diagnóz vztahující se ke spiritualitě



V otázce 15 zjišťujeme, zda všeobecné sestry stanovují ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke spiritualitě. Z tohoto grafu můžeme vyčíst, že téměř 41 (77,36 %) respondentů vůbec ošetrovatelské diagnózy nestanovuje, pouze 7 (13,21 %) respondentů tvrdí, že stanovuje ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke spiritualitě. Ostatní respondenti, 5 (9,43 %), neví, jestli ošetrovatelské diagnózy stanovují v oblasti spirituality.

Položka 16 – Jestliže stanovujete ošetřovatelské diagnózy, označte které?**Tabulka 16a – ošetřovatelské diagnózy, které respondenti stanovují**

Ošetřovatelské diagnózy	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) snaha zvýšit naději	3	42,86 %
b) snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu)	3	42,86 %
c) morální strádání	1	14,29 %
d) zhoršená religiozita	0	0,00 %
e) snaha zlepšit religiozitu	1	14,29 %
f) riziko zhoršené religiozity	0	0,00 %
g) duchovní strádání	0	0,00 %
h) riziko duchovního strádání	2	28,57 %
Celkem odpovědělo	7	13,20 %

Tabulka 16b – ošetřovatelské diagnózy, které respondenti stanovují (informativní)

Ošetřovatelské diagnózy	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) snaha zvýšit naději	7	63,64 %
b) snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu)	4	36,36 %
c) morální strádání	0	0,00 %
d) zhoršená religiozita	0	0,00 %
e) snaha zlepšit religiozitu	0	0,00 %
f) riziko zhoršené religiozity	0	0,00 %
g) duchovní strádání	0	0,00 %
h) riziko duchovního strádání	1	9,09 %
Celkem odpovědělo	11	20,75 %

Zde můžete vidět 2 tabulky, které jsme vytvořili pro lepší orientaci. Otázka 16 navazuje na otázku 15. Správně odpovědělo 7 (13,20 %) respondentů, kteří, dle předchozí otázky stanovují ošetřovatelské diagnózy vztahující se ke spiritualitě. Opět zde vidíme položky, které mají stejnou absolutní četnost, tedy 3 (42,86 %). Jedná se o položku a) snaha zvýšit naději, a o položku b) snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu). Odpověď c) morální strádání, a odpověď e) snaha zlepšit religiozitu, měli také stejnou absolutní četnost a to 1 (14,29 %). A na druhém místě měla nejvyšší absolutní četnost odpověď h) riziko duchovního strádání, což bylo 2 (28,57 %). V druhé tabulce, která je pouze informativní, je uvedeno 11 (20,75 %) respondentů, kteří neměli odpovídat na otázku 16, jelikož v otázce 15 odpověděli ne či nevím. Ale je možné, že přesně nevěděli, co si mají pod pojmem ošetřovatelská diagnóza týkající se spirituality představit. V tabulkách je vidět, že nejvíce se stanovují ošetřovatelské diagnózy: snaha zvýšit naději a snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu).

Položka 17 – U kterých pacientů se dle Vašich zkušeností spirituální potřeby vyskytují nejčastěji?

Tabulka 17a – stav pacientů, u kterých se nejčastěji vyskytují spirituální potřeby dle respondentů sledované skupiny

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) umírající	13	36,11 %
b) chronicky nemocní	8	22,22 %
c) onkologicky nemocní	15	41,67 %
d) pacienti s akutním strádáním	0	0,00 %
Celkem odpovědělo	36	67,92 %

Tabulka 17b – stav pacientů, u kterých se nejčastěji vyskytují spirituální potřeby dle respondentů sledované skupiny (informativní)

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) umírající	14	82,35 %
b) chronicky nemocní	10	58,82 %
c) onkologicky nemocní	14	82,35 %
d) pacienti s akutním strádáním	0	0,00 %
Celkem odpovědělo	17	32,07 %

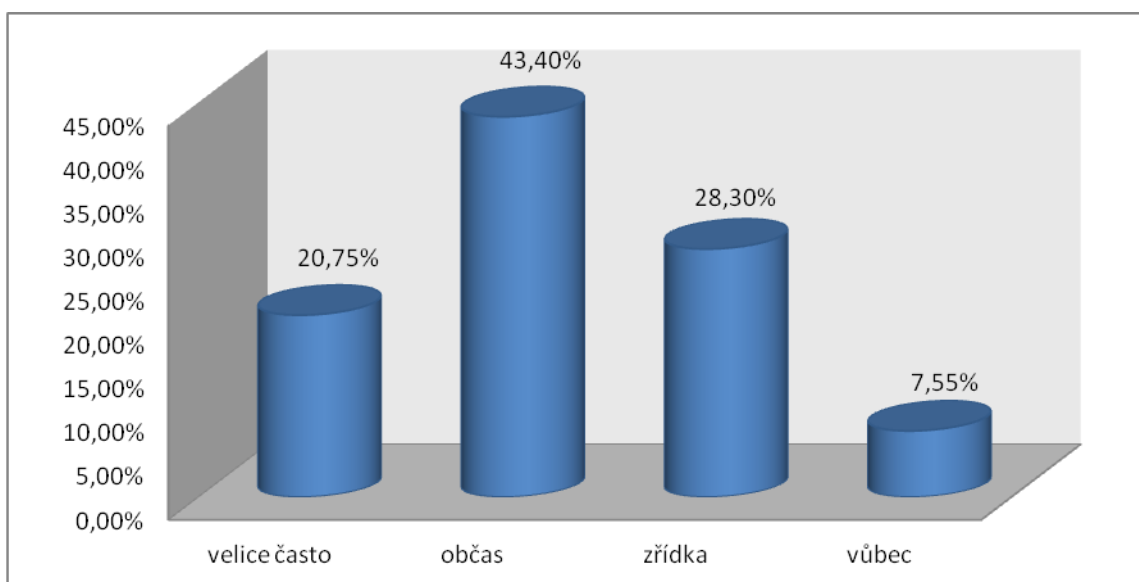
U 17 otázky jsme také vytvořili 2 tabulky, jelikož 17 (32,07 %) respondentů uvedlo více možností. V první tabulce odpovídalo celkem 36 (67,92 %) respondentů. Dle zkušeností všeobecných sester se spirituální potřeby vyskytují nejčastěji u onkologicky nemocných. Celkem je o tom přesvědčeno 15 (41,67 %) respondentů. V druhé tabulce je uvedena stejná hodnota, tedy absolutní četnost 14 (82,35 %) jak u možnosti a) umírající, tak také u možnosti c) onkologicky nemocní, protože každý z těchto 17 respondentů uvedl dvě či tři položky, které ukazují dle všeobecných sester, že spirituální potřeby se vyskytují často jak u onkologicky nemocných, tak i u umírajících.

Položka 18 – Jak často se setkáváte s tím, že spiritualita (či religiozita) pomáhá člověku při překonávání zdravotních obtíží?

Tabulka 18 – časové zařazení spirituality pomáhající člověku při překonávání zdravotních obtíží

Zvolené odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
velice často	11	20,75 %
občas	23	43,40 %
zřídka	15	28,30 %
vůbec	4	7,55 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 18 – časové zařazení spirituality pomáhající člověku při překonávání zdravotních obtíží



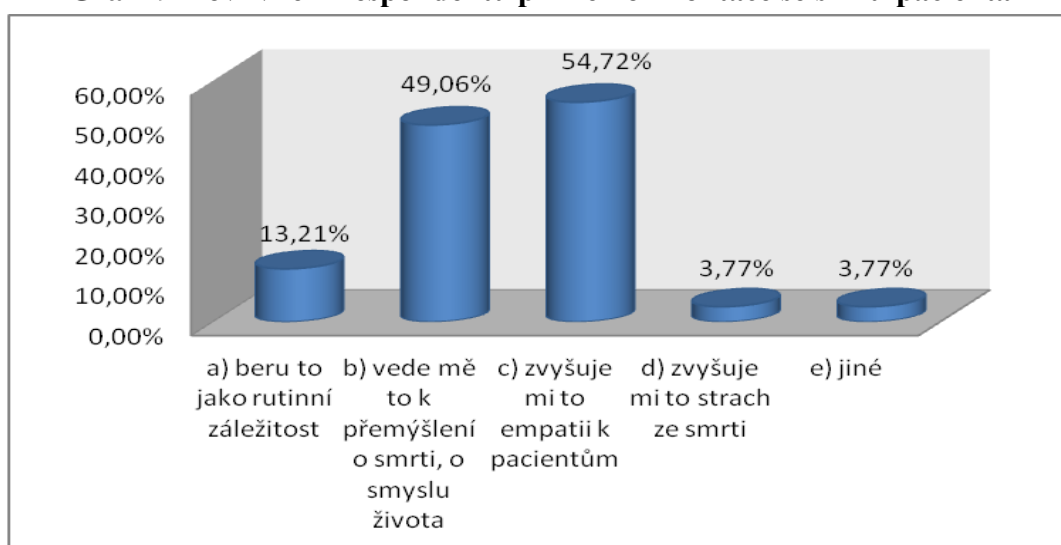
V otázce 18 jsme zjišťovali, jak často se všeobecné sestry setkávají s tím, že spiritualita (či religiozita) pomáhá člověku při překonávání zdravotních obtíží. Nejvíce respondentů 23 (43,40 %) uvedlo, že se občas setkává s tím, že spiritualita (či religiozita) pomáhá člověku v období nemoci. Celkem 15 (28,30 %) respondentů se zřídka setkává, že by spiritualita (či religiozita) mohla pomoci člověku překonávat zdravotní obtíže. Pouze 11 (20,75 %) respondentů uvedlo, že se velice často setkávají s tím, že spiritualita má velký vliv při překonávání zdravotních obtíží. Zbylá část respondentů, dohromady 4 (7,55 %), se vůbec nesečkala s tím, že by spiritualita (či religiozita) mohla pomoci člověku při překonávání zdravotních obtíží.

Položka 19 – Jak Vás ovlivňuje přímá konfrontace se smrtí (úmrtí pacienta)? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

Tabulka 19 – ovlivnění respondentů přímé konfrontace se smrtí pacienta

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) beru to jako rutinní záležitost	7	13,21 %
b) vede mě to k přemýšlení o smrti, o smyslu života	26	49,06 %
c) zvyšuje mi to empatii k pacientům	29	54,72 %
d) zvyšuje mi to strach ze smrti	2	3,77 %
e) jiné	2	3,77 %
Celkem odpovědělo	53	100,00 %

Graf 19 – ovlivnění respondentů přímé konfrontace se smrtí pacienta



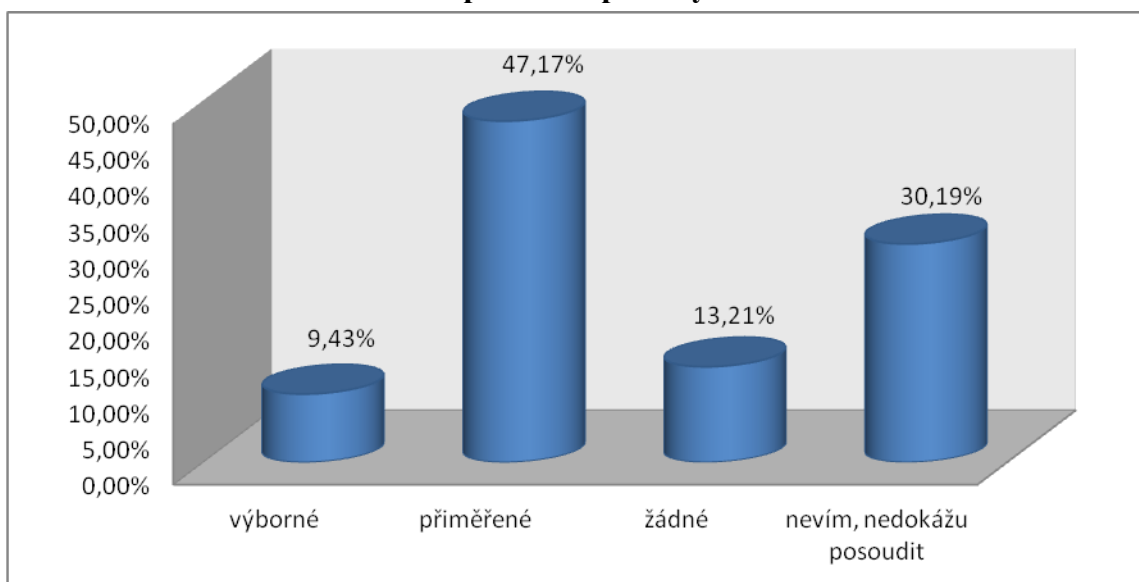
Z položky 19 zjišťujeme, jak všeobecné sestry ovlivňuje přímá konfrontace se smrtí (úmrtí pacienta). Celkem odpovědělo 53 respondentů, z nichž 10 všeobecných sester uvedly dvě či více odpovědi. Nejvyšší absolutní četnost, 29 (54,72 %), byla uvedena u možnosti c) zvyšuje mi to empatii k pacientům. Na druhé místo všeobecné sestry zařadily odpověď b) vede mě to k přemýšlení o smrti, o smyslu života, kdy absolutní četnost byla 26 (49,06 %). Na třetím místě uvedli respondenti odpověď a) beru to jako rutinní záležitost, kdy absolutní četnost byla 7 (13,21 %). Opět zde máme stejnou absolutní četnost, tedy 2 (3,77 %), u možnosti d) zvyšuje mi to strach ze smrti, a e) jiné. U položky jiné odpověděli celkem dva respondenti, z nichž první uvedl, že smrt je pro pacienta vysvobozením, a druhý respondent řekl, že smrt patří k životu, tak jako narození, je to jen osvobození a další cesta.

Položka 20 – Jakou máte zkušenost s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby?

Tabulka 20 – zkušenosti respondentů sledované skupiny s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby

Zvolené odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
výborné	5	9,43 %
přiměřené	25	47,17 %
žádné	7	13,21 %
nevím, nedokážu posoudit	16	30,19 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 20 – zkušenosti respondentů sledované skupiny s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby



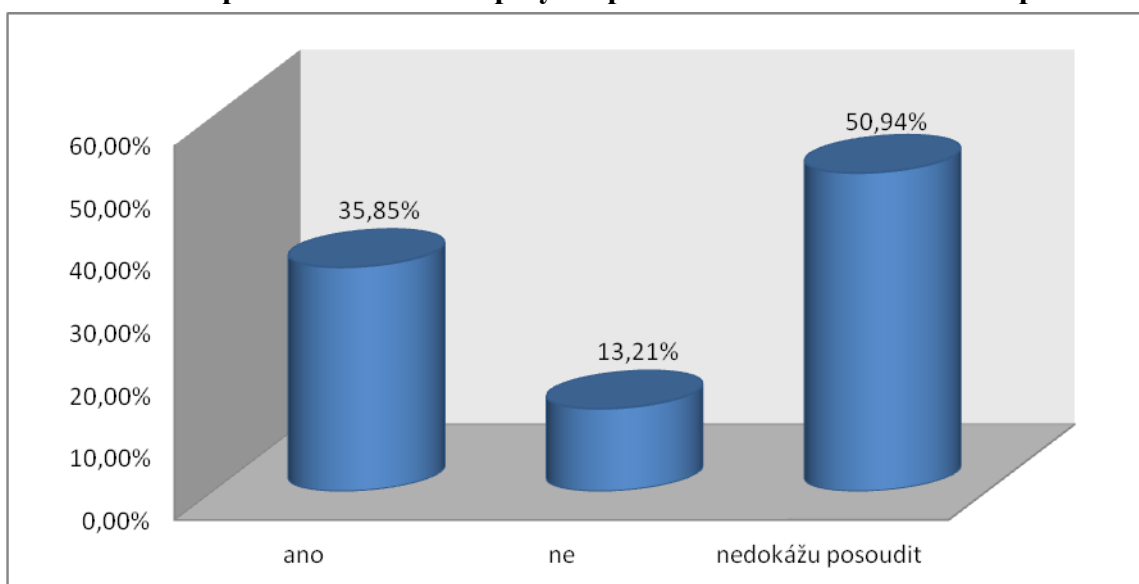
Otázka 20 zkoumala, jakou mají všeobecné sestry zkušenost s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby. Většina z nich uvedla, celkem 25 (47,17 %), že mají přiměřenou zkušenost. Dohromady 16 (30,19 %) respondentů nevědělo či nedokázalo posoudit, jakou mají zkušenost s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby. Žádnou zkušenost potvrdilo 7 (13,21 %) respondentů. Je zajímavé, že pouze 5 (9,43 %) respondentů má výbornou zkušenost s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby.

Položka 21 – Jste schopni/a rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta?

Tabulka 21 – schopnost sledované skupiny rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	19	35,85 %
ne	7	13,21 %
nedokážu posoudit	27	50,94 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 21 – schopnost sledované skupiny rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta



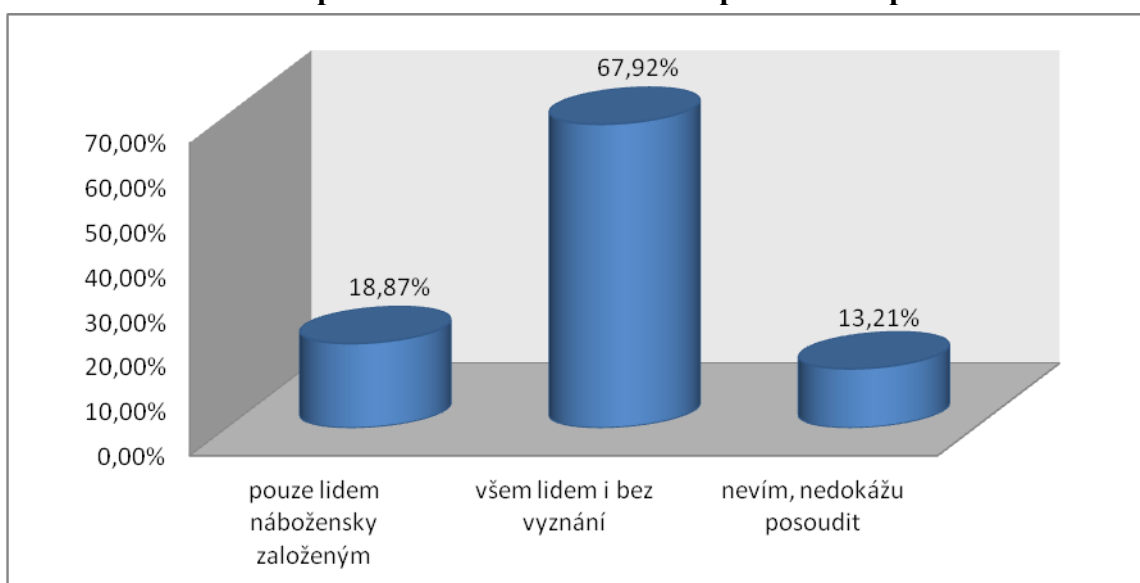
U této otázky jsme se zabývali, jestli jsou všeobecné sestry schopné rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta. Většina 27 (50,94 %) respondentů nedokáže posoudit, zda rozpozná stav duchovní nouze u pacienta. Méně než polovina, tedy 19 (35,85 %), respondentů dokáže rozpoznat duchovní nouzi u pacientů a pouze 7 (13,21 %) respondentů není schopno rozpoznat tento stav.

Položka 22 – Komu může duchovní dle Vašeho názoru (nemocniční kaplan) pomoci v oblasti spirituálních potřeb?

Tabulka 22 – pomoc duchovního v oblasti spirituálních potřeb

Názory	Absolutní četnost	Relativní četnost
pouze lidem nábožensky založeným	10	18,87 %
všem lidem i bez vyznání	36	67,92 %
nevím, nedokážu posoudit	7	13,21 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 22 – pomoc duchovního v oblasti spirituálních potřeb



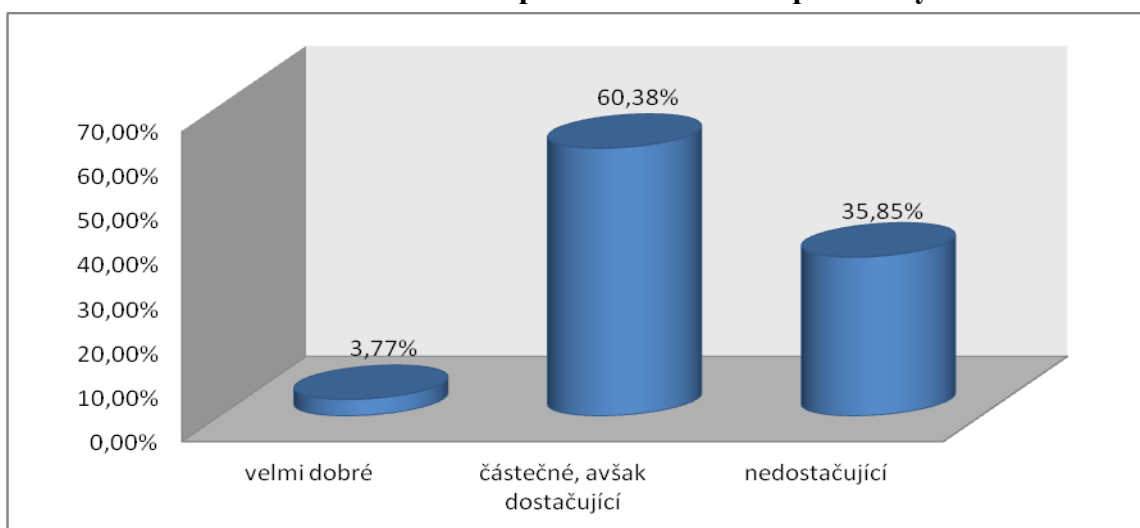
Zde zjišťujeme, komu může duchovní (nemocniční kaplan) dle všeobecných sester pomoci v oblasti spirituálních potřeb. V této otázce respondenti nejčastěji volili variantu druhou, tedy všem lidem i bez vyznání. Tuto variantu zvolilo 36 (67,92 %) všeobecných sester. Celkem 10 (18,87 %) respondentů uvedlo variantu první, pouze lidem nábožensky založeným. Zbýlých 7 (13,21 %) dotazovaných neví či nedokáže posoudit, komu může duchovní pomoci v oblasti spirituálních potřeb.

Položka 23 – Jaké znalosti dle Vašeho názoru máte v oblasti spirituality?

Tabulka 23 – znalosti respondentů v oblasti spirituality

Znalosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
velmi dobré	2	3,77 %
částečné, avšak dostačující	32	60,38 %
nedostačující	19	35,85 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 23 – znalosti respondentů v oblasti spirituality



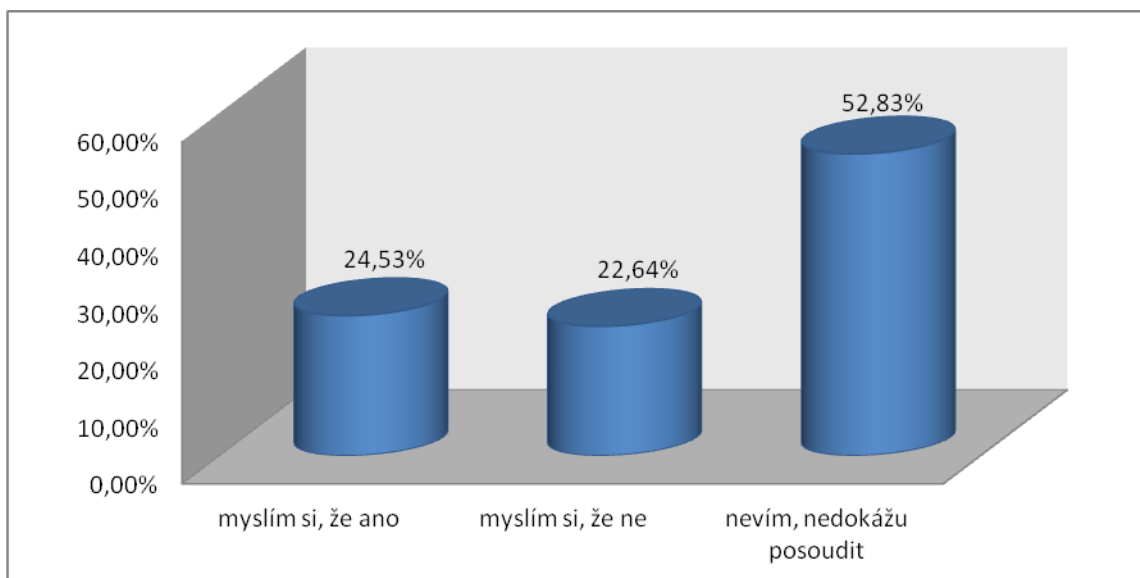
V této položce se zaměřujeme, jaké znalosti mají všeobecné sestry v oblasti spirituality. Většina respondentů 32 (60,38 %) se domnívá, že mají částečné, avšak dostačující znalosti, 19 (35,85 %) respondentů si myslí, že mají spíše nedostačující znalosti, a pouze 2 (3,77 %) respondenti jsou přesvědčeni, že mají velmi dobré znalosti v oblasti spirituality.

Položka 24 – Myslíte si, že pomoc duchovního může oddálit nástup syndromu vyhoření u všeobecných sester?

Tabulka 24 – oddálení nástupu syndromu vyhoření u všeobecných sester s pomocí duchovního

Názory	Absolutní četnost	Relativní četnost
myslím si, že ano	13	24,53 %
myslím si, že ne	12	22,64 %
nevím, nedokážu posoudit	28	52,83 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 24 – oddálení nástupu syndromu vyhoření u všeobecných sester s pomocí duchovního



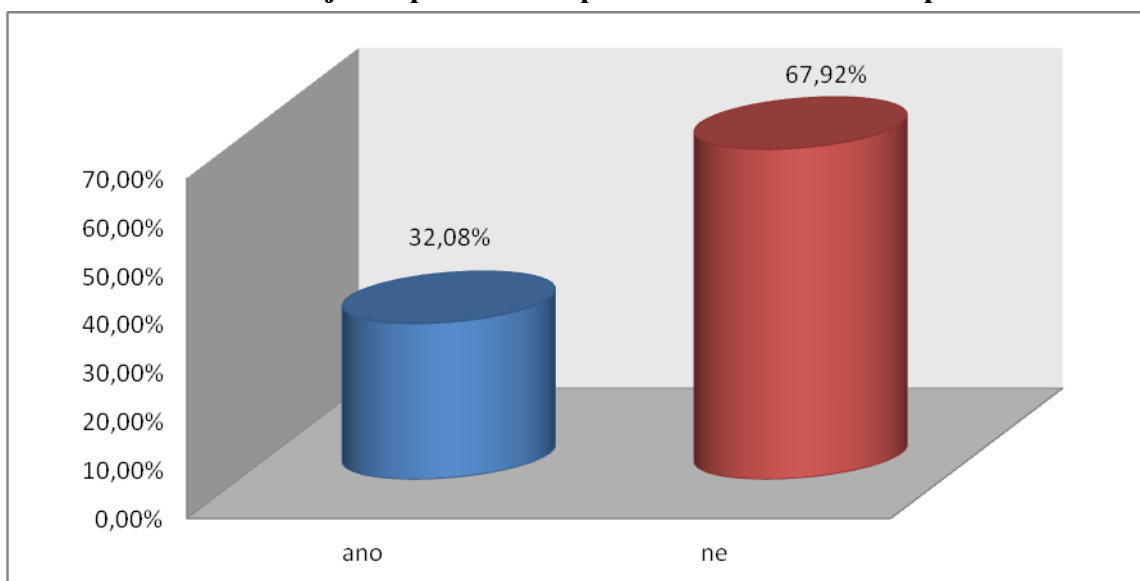
Otázka 24 zkoumá, jestli dle respondentů může pomoc duchovního oddálit nástup syndromu vyhoření. Většina, tedy 28 (52,83 %) respondentů neví či nedokáže posoudit, jestli duchovní může oddálit nástup syndromu vyhoření u všeobecných sester. Variantu myslím si, že ne zvolilo 12 (22,64 %) respondentů a téměř stejný počet 13 (24,53 %) všeobecných sester si myslí, že pomoc duchovního může oddálit nástup syndromu vyhoření.

Položka 25 – Zajímali jste se někdy o práci či kompetence nemocničního kaplana?

Tabulka 25 – zájem o práci či kompetence nemocničního kaplana

Zájem	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	17	32,08 %
ne	36	67,92 %
Celkem	53	100,00 %

Graf 25 – zájem o práci či kompetence nemocničního kaplana



Zde se ptáme všeobecných sester, zda se někdy zajímaly o práci či kompetence nemocničního kaplana. Z grafu lze vyčíst, že 36 (67,92 %) respondentů se nikdy nezajímalo o práci či kompetence nemocničního kaplana a pouze 17 (32,08 %) respondentů se někdy zajímalo, jakou práci či kompetence má nemocniční kaplan.

1.2 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

V úvodu praktické části jsme si zvolili jeden cíl, tři průzkumné problémy, tři hlavní hypotetická tvrzení a celkem jedenáct vedlejších hypotéz.

PRŮZKUMNÝ CÍL

Posoudit informovanost všeobecných sester o spirituálních potřebách pacientů a zmapovat jejich zájem o rozvoj v této oblasti.

HYPOTETICKÁ TVRZENÍ

Tvrzení 1: Předpokládáme, že více než 50 % všeobecných sester nemá zkušenosti s problematikou spirituální péče. Hodnocení zkušeností sester s problematikou spirituální péče je postaveno na 5 otázkách, které se týkají stanovování ošetrovatelských diagnóz vzhledem ke spiritualitě, zkušenosti s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby, posuzování stavu duchovní nouze aj. Jedná se o dotazníkové otázky 15, 16, 20, 21 a 10.

Téměř 77,36 % všeobecných sester vůbec ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke spiritualitě nestanovuje a pouze 13,21 % respondentů tvrdí, že stanovují ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke spiritualitě. Zkušenosti respondentů s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby jsou ze 47,17 % přiměřené, z 9,43 % výborné, pouze 13,21 % všeobecných sester nemá žádné zkušenosti a zbylá část respondentů 30,19 % neví, či nedokáže posoudit své zkušenosti. Z odpovědí na otázku č. 21 vyplynulo, že 50,94 % všeobecných sester nedokáže posoudit, zda jsou schopné rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta, 13,21 % respondentů není schopno rozeznat stav duchovní nouze u pacienta a pouze 35,85 % všeobecných sester dokáže rozpoznat stav duchovní nouze u nemocných. Z odpovědí na otázku č. 10 se zjistilo, že 56,60 % respondentů má zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy v rámci ošetrovatelského procesu a zbylých 43,40 % respondentů tyto zkušenosti nemá.

Na základě těchto odpovědí lze říci, že tvrzení č. 1 se potvrdilo a více než 50 % všeobecných sester nemá zkušenosti s problematikou spirituální péče. Sestry sice ve většině případů (57 %) mají zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy a zároveň většina sester hodnotí své zkušenosti s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby jako výborné či přiměřené, zároveň však většina sester přiznává, že nedokáže posoudit stav duchovní nouze

u pacientů a že nestanovuje diagnózy vztahující se ke spiritualitě. Tyto výsledky tak nelze hodnotit jako většinovou zkušenost s problematikou spirituální péče.

Tvrzení 2: Předpokládáme, že více než 50 % všeobecných sester není informováno ve věci spirituálních potřeb pacientů. Posouzení informovanosti všeobecných sester proběhlo na základě dotazování na funkci a kompetence nemocničního kaplana, vlastní hodnocení znalostí v dané oblasti a na pokrytí této problematiky v rámci vlastního studia.

K tomuto průzkumnému tvrzení se vztahovaly položky č. 22, 23, 25. Položka č. 13 souvisí s touto hypotézou, ale není prioritní. Z odpovědí na otázku č. 22 bylo zjištěno, že 67,92 % všeobecných sester je přesvědčeno, že duchovní (nemocniční kaplan) může pomoci v oblasti spirituálních potřeb všem lidem i bez vyznání, 18,87 % respondentů si myslí, že duchovní může pomoci pouze lidem nábožensky založeným a zbylých 13,21 % všeobecných sester neví, či nedokáže posoudit, komu může přesně duchovní pomoci. Z odpovědí na otázku č. 23 vyplynulo, že 60,38 % respondentů má částečné, avšak dostačující znalosti v oblasti spirituality, 3,77 % všeobecných sester má velmi dobré znalosti a 35,85 % všeobecných sester má nedostačující znalosti v oblasti spirituality. U položky 25 vyšlo, že 67,92 % všeobecných sester se nikdy nezajímalo o práci či kompetence nemocničního kaplana, naproti tomu 32,08 % respondentů se někdy o tyto kompetence zajímalo. Z odpovědí na otázku č. 13 bylo zjištěno, že 62,26 % respondentů se nikdy nesetkalo při studiích s problematikou spirituální péče, 18,87 % respondentů se setkalo s touto problematikou a stejný počet, tedy 18,87 % respondentů neví či si nepamatuje, zda se vůbec setkali při studiích s problematikou spirituální péče. První 2 otázky tak spíše vyvracují stanovené tvrzení, zatímco další dvě otázky (zájem o práci a kompetence nemocničního kaplana, pokrytí problematiky v rámci studia) tuto hypotézu spíše potvrzují. Na základě těchto informací nelze potvrdit uvedené tvrzení, že většina všeobecných sester není informovaná ve věci spirituálních potřeb pacientů.

Tvrzení 3: Předpokládáme, že více než 50 % všeobecných sester nemá zájem o další rozvoj v problematice spirituálních potřeb.

K tomuto průzkumnému tvrzení se vztahuje položka č. 12 a další možné otázky č. 7, 8 a 9, které pouze nepřímo souvisejí s touto hypotézou. Z odpovědí na otázku č. 12 vyplynulo, že 52,83 % respondentů by se nechtělo rozvíjet či vzdělávat v oblasti spirituality, dalších 32,08 % respondentů neví, jestli by se chtělo vzdělávat, a pouze 15,09 % respondentů by mělo zájem se rozvíjet v oblasti spirituality. U položky č. 8 odpovědělo 24 respondentů,

z nichž 19 (79,17 %) respondentů by nemělo zájem navštívit nějaký kurz/seminář týkající se spirituality a 5 (20,83 %) respondentů by přivítalo možnost takového kurzu. Tyto odpovědi tak umožňují přijmout tvrzení, že více než 50 % všeobecných sester nemá zájem o další rozvoj v problematice spirituálních potřeb.

VEDLEJŠÍ HYPOTETICKÁ TVRZENÍ

Vedlejší tvrzení 1: Předpokládáme, že většina všeobecných sester přikládá spirituálním potřebám minimální prioritu.

Toto hypotetické tvrzení potvrzuje položka č. 4, kdy bylo zkoumáno od všeobecných sester, jaké potřeby jsou v době nemoci u pacientů důležité/prvořadé. Celkem 69,81 % respondentů pokládá za minimální prioritu potřeb potřeby spirituální (duchovní). Nejvíce respondentů, celkem 27 (50,94 %), pokládá za maximální prioritu potřeb potřeby biologické.

Vedlejší hypotetické tvrzení 1 se potvrdilo.

Vedlejší tvrzení 2: Předpokládáme, že se dotazníkového šetření zúčastní výrazně méně mužů než žen, a tudíž nebude možné zabývat se vlivem pohlaví na odpovědi.

K tomuto hypotetickému tvrzení se vztahuje položka č. 1, kdy se zjišťovalo pohlaví respondentů. Průzkumu se zúčastnilo 90,57 % žen a pouze 9,43 % mužů.

Vedlejší hypotetické tvrzení 2 se potvrdilo.

Vedlejší tvrzení 3: Předpokládáme, že věkové rozdělení respondentů nebude rovnoměrné a zároveň očekáváme, že budou převažovat věkové kategorie nad 50 let.

Tuto hypotézu potvrzuje položka č. 2, kdy se zjišťoval věk respondentů. Skutečně věkové rozdělení respondentů nebylo rovnoměrné, nejvíce převažovaly věkové kategorie nad 50 let, celkem 58,49 % respondentů, věkovou kategorii do 20 let nikdo neuvedl.

Vedlejší hypotetické tvrzení 3 se potvrdilo.

Vedlejší tvrzení 4: Vzhledem k předpokládané věkové kategorii očekáváme, že bude převažovat střední odborné vzdělání.

K tomuto průzkumnému tvrzení se vztahuje položka č. 3, kdy celkem 86,79 % respondentů uvedlo, že mají střední odborné vzdělání (obor všeobecná sestra).

Vedlejší hypotetické tvrzení 4 se potvrdilo.

Vedlejší tvrzení 5: Předpokládáme, že většina respondentů nevyznává žádné náboženství. K tomuto hypotetickému tvrzení se vztahuje položka č. 6, kdy z 53 respondentů uvedlo 64,15 %, že nevyznává žádné náboženství, a zbylá část respondentů, celkem 35,85%, se hlásí k nějakému náboženství.

Vedlejší hypotetické tvrzení 5 se potvrdilo.

Vedlejší tvrzení 6: Předpokládáme, že většina respondentů se nejvíce přiklání v otázce volby poskytovatele spirituálních potřeb k duchovnímu a nejméně se přiklání k možnosti každý člověk, kteří mohou pomoci v uspokojování spirituálních potřeb u pacientů. Tuto hypotézu zkoumá položka č. 11, kdy prioritním poskytovatelem spirituálních potřeb dle respondentů je duchovní (kněz, nemocniční kaplan), celkem 71,70 %, a nejméně se přiklání k možnosti každý člověk, tedy 15,09 % respondentů.

Vedlejší hypotetické tvrzení 6 se potvrdilo.

Vedlejší tvrzení 7: Předpokládáme, že respondenti nebudou vnímat vliv spirituality na zdravotní stav pacienta jako negativní, přestože většina z nich nevyznává žádné náboženství.

K této hypotéze se vztahuje položka č. 14, kdy zjišťujeme od respondentů, jaký má dle jejich názoru vliv spiritualita na zdravotní stav pacienta. Je velmi zajímavé, že nikdo z respondentů neuvedl, že by mohla mít spiritualita na pacienta nějaký negativní vliv. Celkem 49,06 % respondentů tvrdí, že spiritualita má na zdravotní stav pacienta pozitivní vliv.

Vedlejší hypotetické tvrzení 7 se potvrdilo.

Vedlejší tvrzení 8: Předpokládáme, že největší četnost výskytu spirituálních potřeb u umírajících a onkologicky nemocných je vyrovnaná.

K tomuto průzkumnému tvrzení se vztahuje položka č. 17, kdy všeobecné sestry měly uvést z daných možností, u kterých pacientů si myslí, že se spirituální potřeby vyskytují nejčastěji. Z 36 respondentů uvedlo 15 (41,67 %) respondentů odpověď c, onkologicky nemocní, a 13 (36,11 %) respondentů označilo odpověď a, umírající. Protože jsou výsledky velmi těsné, zařadili jsme ještě 17 respondentů, kteří se také vyjádřili k položce 17, ale označili více odpovědí. Byla uvedena stejná hodnota, tedy absolutní četnost 14 (82,35 %) jak u položky a, umírající, tak i u položky c, onkologicky nemocní. Z výsledků tedy vyplývá, že všeobecné sestry považují spirituální potřeby za stejně důležité jak u onkologicky nemocných

pacientů, tak i u umírajících, a tedy jsou přesvědčeny, že se tyto (spirituální) potřeby vyskytují nejčastěji u těchto pacientů.

Vedlejší hypotetické tvrzení 8 se potvrdilo.

Vedlejší tvrzení 9: Předpokládáme, že spiritualita pomáhá člověku při překonávání zdravotních obtíží pouze zřídka.

K tomuto hypotetickému tvrzení se vztahuje položka č. 18, kdy se zjišťuje, jak často se setkávají všeobecné sestry s tím, že spiritualita (religiozita) pomáhá člověku při překonávání zdravotních obtíží. Nejvíce respondentů celkem 23 (43,40 %) odpovědělo, že se občas setkává s tím, že spiritualita pomáhá člověku při překonávání zdravotních obtíží. O něco méně respondentů, tedy 15 (28,30 %), uvedlo, že se s touto problematikou (oblastí) setkává pouze zřídka.

Vedlejší hypotetické tvrzení 9 se nepotvrdilo.

Vedlejší tvrzení 10: Předpokládáme, že většinu respondentů vede setkání s úmrtím pacienta k přemýšlení o smrti a smyslu života.

K této hypotéze se vztahuje položka č. 19, kdy zjišťujeme, jak všeobecné sestry ovlivňuje přímá konfrontace se smrtí (úmrtím pacienta). Z výsledků vyplynulo, že největší četnost měla odpověď c), zvyšuje mi to empatii k pacientům, tedy relativní četnost 54,72 %, a o něco menší relativní četnost 49,06 % měla odpověď b), vede mě to k přemýšlení o smrti, o smyslu života.

Vedlejší hypotetické tvrzení 10 se nepotvrdilo.

Vedlejší tvrzení 11: Předpokládáme, že respondenti nepřikládají důležitost duchovního ve vztahu k nástupu syndromu vyhoření.

Tuto hypotézu zkoumá položka č. 24, kdy se ptáme respondentů, jestli si myslí, že pomoc duchovního může oddálit nástup syndromu vyhoření u všeobecných sester. Celkem 52,83 % respondentů neví či nedokáže posoudit, jestli pomoc duchovního může skutečně oddálit nástup syndromu vyhoření u všeobecných sester, 22,64 % respondentů si myslí, že pomoc duchovního nemůže oddálit nástup syndromu vyhoření u všeobecných sester, a pouze 24,53 % respondentů si myslí, že pomoc duchovního může mít (pozitivní) vliv na oddálení nástupu syndromu vyhoření u všeobecných sester.

Vedlejší hypotetické tvrzení 11 se potvrdilo.

DISKUZE

Předmětem zkoumání bylo posouzení informovanosti všeobecných sester o spirituálních potřebách pacientů a zmapování jejich zájmu o rozvoj v této oblasti. Odvětví spirituality je velmi rozsáhlá oblast, která se může uchopit z různých směrů, proto není zcela jednoduché porovnávat naši práci s jinými autory, kteří mohou mít jiný pohled na tuto problematiku.

Dosavadní výsledky spirituální péče v nemocnici FN Motol jsou velice zajímavé. Výzkum probíhal od března 2008 do konce roku 2013 a proběhlo celkem 28 920 konzultací, které se týkaly klientů, pacientů, příbuzných a personálu. Bylo zjištěno, že ženy vyhledávají podporu a pomoc častěji (70 %) než muži (30 %). Pomoc vyhledávají nejen pacienti (80 %), ale i jejich nejbližší (10 %) a personál (10 %). Nejvíce konzultací proběhlo na odděleních, kde je dlouhodobá hospitalizace, zejména v LDN-CNP (38 %), na interních klinikách (11 %) a na spinální jednotce (9,5 %); nicméně také v Prostoru ticha (13 %). Z výzkumu vyplynulo, že pacienti mají o tuto péči zájem bez ohledu na jejich vyznání, ale i věk či diagnózu.

V našem výzkumu jsme se zaměřovali na všeobecné sestry, zjišťovali jsme jejich informovanost a zkušenosti v oblasti spirituálních potřeb u pacientů a zmapovali jsme jejich zájem o rozvoj v této oblasti.

Většina všeobecných sester nemá zkušenosti s problematikou spirituální péče. Téměř 77,36 % všeobecných sester vůbec ošetřovatelské diagnózy vztahující se ke spiritualitě nestanovuje, 50,94 % všeobecných sester nedokáže posoudit, zda jsou schopny rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta, ale je zajímavé, že 56,60 % respondentů má zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy v rámci ošetřovatelského procesu. V porovnání s údaji bakalářské práce od Šárky Macháčkové (2011) bylo zjištěno, že z celkového počtu 133 respondentů plných 69 (52 %) všeobecných sester zjišťuje v rámci dokumentace spirituální či duchovní potřeby u pacientů. V průzkumu také zjistila, že více než 90 % sester považuje uspokojování spirituálních potřeb za důležité, ale zároveň uvedla, že sestry o uspokojování těchto potřeb nic nevědí a je možné, že ani nic vědět nechtějí (MACHÁČKOVÁ, 2011). I když v našem výzkumu vyšlo, že 47,17 % respondentů má přiměřené zkušenosti s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby, domníváme se, že se jedná pouze o zkušenost s odebráním spirituální anamnézy v rámci ošetřovatelského procesu, zatímco více zkušeností s problematikou spirituální péče dle našeho názoru respondenti nemají.

Dále jsme zjišťovali, jaká je informovanost všeobecných sester o možnostech uspokojování spirituálních potřeb. Zjistili jsme, že většina všeobecných sester je informovaná ve věci spirituálních potřeb pacientů. Z položky 22 je patrné, že 67,92 % respondentů je přesvědčeno, že duchovní může pomoci všem lidem i bez vyznání, což je velice překvapující, neboť více než polovina respondentů odpověděla správně. Dále jsme se dozvěděli, že 60,38 % respondentů má částečné, avšak dostačující znalosti v oblasti spirituality a 3,77 % respondentů má velmi dobré znalosti. U položky 25 můžeme vidět, že celkem 67,92 % respondentů se nikdy nezajímalo o práci či kompetence nemocničního kaplana.

Tato zjištění lze porovnat s prací Macháčkové (2011), která se zabývala tím, jak jsou pacienti o možnosti návštěvy kaplana informováni. Dle této práce sestra pacienty o možnosti služby kaplana informuje v 77 (36 %) případech, dle mínění 86 (41 %) sester získají pacienti nejvíce informací v této oblasti z nástěnek a letáků. Dále zjišťovala, jestli všeobecné sestry někdy kontaktovaly kaplana /spirituálního pracovníka pro pacienty osobně. Celkem 51 (38 %) respondentů odpovědělo možnost ano a 82 (62 %) respondentů odpovědělo záporně. Dle našeho názoru by všeobecné sestry měly mít alespoň základní informace o práci či kompetencích nemocničního kaplana.

Dále bylo zkoumáno, jaký mají všeobecné sestry zájem o další rozvoj/vzdělávání v oblasti spirituálních potřeb. Z odpovědí na položku 12 se zjistilo, že 52,83 % respondentů by se nechtělo rozvíjet či vzdělávat v oblasti spirituality, dalších 32,08 % respondentů neví, jestli by se chtělo vzdělávat a pouze 15,09 % sester by mělo zájem se rozvíjet v oblasti spirituality.

Tyto údaje můžeme porovnat s údaji, které uvedla Macháčková. Dotazovala se sester, jestli si myslí, zda je potřeba všeobecné sestry vzdělávat i v oblasti spirituálních/duchovních potřeb. Nejvíce respondentů, 65 (49 %), uvedlo, že další vzdělávání nechce. Se vzděláváním v oblasti spirituality souhlasilo 43 (32 %) respondentů a 25 (19 %) respondentů uvedlo jinou odpověď. Nejvíce se vyskytla odpověď, že je to práce kaplanů, nikoli sester 10 (40 %).

Tato zjištění jsou ve shodě s Macháčkovou (2011), která také poukazuje na pokles zájmu o další vzdělávání, a to na základě svého výzkumu ve srovnání se starší analýzou provedenou Komínkovou (2003).

V našem výzkumu v otázce č. 8 jsme chtěli zjistit, kolik všeobecných sester by mělo zájem navštívit kurz/seminář týkající se spirituality. Z celkového počtu 24 (45,28 %) respondentů by mělo zájem navštívit takový kurz pouze 5 (20,83 %) respondentů a většina, tedy 19 (79,17 %), respondentů by o tento kurz/seminář zájem neměla. Dle těchto výsledků

lze skutečně usoudit, že většina všeobecných sester nemá zájem se rozvíjet v oblasti spirituality.

Otázkou č. 4 zjišťujeme, jaké potřeby jsou dle názoru všeobecných sester pro pacienty v době nemoci důležité/prvořadě. Celkem 69,81 % respondentů považuje za minimální prioritu potřeb potřeby spirituální. Nejvíce respondentů, tedy 27 (50,94 %), pokládá za maximální prioritu potřeb potřeby biologické. Tyto údaje můžeme opět porovnat s údaji, které zjistila Macháčková. Její výsledky se od našeho průzkumu překvapivě lišily. Zajímala se, jestli všeobecné sestry považují zjišťování spirituálních či duchovních potřeb u pacientů za důležité. Z údajů bylo patrné, že 93 (70 %) respondentů považuje zjišťování spirituálních potřeb za důležité. Záporně odpovědělo celkem 17 (13 %) a 23 (17 %) respondentů odpovědělo nevim (MACHÁČKOVÁ, 2011).

Další hypotézu, kterou jsme do našeho výzkumu nezařadili, ale mohla by být potenciální součástí práce, je hypotéza, kdy předpokládáme, že všeobecné sestry vyznávající nějaké náboženství věnují více pozornosti spiritualitě při výkonu své profese. Z 53 respondentů celkem uvedlo 19 (35,85 %) všeobecných sester, že se hlásí k nějakému náboženství. Dle odpovědí jsme usoudili, že všeobecné sestry vyznávající nějaké náboženství věnují větší pozornost spiritualitě (spirituálním potřebám) při výkonu své profese, ale není to dle výsledků nějak markantní.

Přestože jsme očekávali, že většina respondentů nebude vyznávat žádné náboženství, tak v otázce č. 14 nikdo z respondentů neuvedl, že by mohla mít spiritualita nějaký negativní vliv na pacienta. Celkem 49,06 % sester tvrdí, že spiritualita má pozitivní vliv.

Vzhledem k získaným informacím, kdy jsme zjistili, že více než 50 % všeobecných sester nemá zkušenosti s problematikou spirituální péče a zároveň nemá zájem o další rozvoj/vzdělávání v oblasti spirituálních potřeb, jsme se rozhodli uvést několik doporučení pro praxi.

1.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle našeho mínění by bylo dobré zavést spiritualitu jako samostatný povinný předmět již na středních zdravotnických a sociálních školách a po dobu studia na vysokých školách zdravotnického, sociálního či medicínského oboru/odvětví. Do výuky zařadit celkovou problematiku spirituální péče, znalost ošetrovatelských diagnóz vztahujících se ke spiritualitě, vysvětlit význam spirituálních potřeb a umět je u pacientů uspokojit. Také bychom zavedli různé exkurze do nemocničních zařízení a seznámili studenty s duchovním/nemocničním kaplanem určité nemocnice, aby získali poznatky z praxe. Vyučující by měl mít dostatečnou kvalifikaci v této oblasti. V neposlední řadě je klíčové zajistit kvalitní literaturu pro výuku.

Dále bychom zavedli pro zdravotnický personál (lékaře, všeobecné sestry, sociální pracovníky, psychology aj.) povinné semináře/projekty týkající se spirituality v rámci každé nemocnice či jiného zdravotnického zařízení, aby se neustále v této oblasti vzdělávali. Vhodné by bylo zapojit do projektu i nemocniční kaplany, aby předali své zkušenosti z praxe a mohli také zdravotnický personál seznámit s kompetencemi nemocničního kaplana. Pokud by se chtěl někdo rozvíjet více v této oblasti, měl by mít možnost účastnit se zahraniční stáže umožňující rozšíření vědomostí v oboru spirituality.

Dle našeho názoru by všechna navržená doporučení umožnila všeobecným sestřám se celoživotně vzdělávat v oblasti spirituality a zároveň by sestry mohly získat větší zkušenosti s problematikou spirituální péče.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo posouzení informovanosti všeobecných sester o spirituálních potřebách pacientů a zmapování jejich zájmu o rozvíjení se v této oblasti. Zaměřili jsme se také na to, jaké jsou zkušenosti všeobecných sester s uspokojováním spirituálních potřeb pacientů.

V teoretické části jsme se snažili co nejlépe vysvětlit a popsat vliv spirituality na zdraví člověka, přiblížit význam spirituálních potřeb, vyzdvihnout důležitost spirituální péče, pochopit smysl této problematiky a seznámit všeobecné sestry s touto rozsáhlou oblastí.

Dané téma nás inspirovalo zejména z důvodu chybějící či jen velmi malé celospolečenské diskuse dané problematiky a faktu, že toto téma je neustále předmětem dalšího zkoumání. V naší práci jsme se snažili také podat základní informace o pastorační péči a objasnit smysl práce nemocničního kaplana.

Záleží na nás, z jaké stránky ke spiritualitě přistupujeme, protože má hodně významů. Psychologie, teologie, etika či sociologie nahlízejí na tuto hodnotu z různých úhlů a dle toho se spiritualita uplatňuje. Především jde o to, co je pro člověka vůbec smyslem života. Podle Christiny Puchalski spadá spiritualita k nejvyššímu cíli a smyslu života a má svoji klinickou hodnotu.

Spirituální potřeby neboli duchovní potřeby jsou důležité více či méně pro každého pacienta. Zejména u nevléčitelně nemocných, u nemocných s onkologickou diagnózou a často u nemocných v terminálním stádiu je potřeba se intenzivně spirituálními potřebami zabývat.

V praktické části jsme výsledky zkoumání zpracovali a následně vyhodnotili a na základě toho jsme je porovnávali s hypotézami, které jsme si určili. Průzkum šetření byl prováděn na LDN – Centrum následné péče FN Motol. Dotazník vyplnilo celkem 53 respondentů. Stanovili jsme si tři hlavní hypotetická tvrzení a celkem jedenáct vedlejších hypotéz. Ze tří hlavních hypotéz byly dvě přijaté a jedna hypotéza se nepotvrdila.

Hodnocení zkušenosti sester s problematikou spirituální péče je postaveno na 5 otázkách, které se týkají stanovování diagnóz vzhledem ke spiritualitě, zkušenosti s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby, posuzování stavu duševní nouze aj.

Na základě odpovědí lze říci, že se tvrzení č. 1 potvrdilo a více než 50 % všeobecných sester nemá zkušenosti s problematikou spirituální péče. Sestry sice ve většině případů (57 %) mají zkušenosti s odebráním spirituální anamnézy a zároveň většina sester hodnotí své

zkušenosti s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby jako výborné či přiměřené, zároveň však většina sester přiznává, že nedokáže posoudit stav duchovní nouze u pacientů a že nestanovuje diagnózy vztahující se ke spiritualitě. Tyto výsledky tak nelze hodnotit jako většinovou zkušenost s problematikou spirituální péče.

Posouzení informovanosti všeobecných sester proběhlo na základě dotazování na funkci a kompetence nemocničního kaplana, vlastní hodnocení znalostí v dané oblasti a na pokrytí této problematiky v rámci vlastního studia. Na základě získaných informací nelze potvrdit uvedené tvrzení, že většina všeobecných sester není informovaná ve věci spirituálních potřeb pacientů.

Náš průzkum ukázal, že většina všeobecných sester je informovaná ve věci spirituálních potřeb, ale zkušenosti s problematikou spirituální péče již většina nemá. Také bylo zjištěno, že většina všeobecných sester nemá zájem o další vzdělávání v oblasti spirituálních potřeb.

Na základě těchto výsledků jsme se rozhodli navrhnout doporučení pro praxi, které by mohlo zlepšit nejen informovanost, ale zejména zkvalitnit vědomosti v oblasti spirituality / spirituálních potřeb a zároveň získat větší zkušenosti s problematikou spirituální péče.

Dle našeho názoru je důležité začlenit zdravotnický personál (zejména všeobecné sestry) do spirituální péče a ukázat, že stejně jako ošetrovatelská péče je i spirituální péče velice důležitá pro zdraví pacientů.

V naší práci bylo dosaženo stanoveného cíle a všechny poznatky/cíle i teoretické části byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Akademický slovník cizích slov I. díl A-K. 1. vyd. Praha: Academia, 1995a, 445 s. ISBN 80-200-0523-4.

Akademický slovník cizích slov II. díl L-Ž. 1. vyd. Praha: Academia, 1995b, 834 s. ISBN 80-200-0524-2.

ALTRICHTER, Michal. *Příručka spirituální teologie.* 1.vyd. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2007, 141 s. Studijní texty (Centrum Aletti). ISBN 978-80-86715-71-1.

CUSKELLY, E. *Současná spiritualita: duchovní život z hlediska moderní psychologie.* Vyd. v KN 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994, 263 s. ISBN 8085527707.

DEMARAY, Donald E a Reginald JOHNSON. *Spiritual formation for Christian leaders.* Nashville: Abingdon Press, c2007, xi, 122 p. ISBN 0687495040-.

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy.* 1. vyd. Brno: Cesta, 2006, 237 s. ISBN 8072950851.

GRÜN, Anselm. *Smrt v životě člověka.* Vyd. v KN 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997, 71 s. ISBN 8071922218.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 9788024736259.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o etice a vstřícném chování: pro zdravotní laboranty, popřípadě laboratorní pracovníky.* 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 95 s. ISBN 8085824876.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti.* 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 8072624717.

Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 9788024743288.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024734699.

HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví.* Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 134 s. ISBN 9788070135624.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné.* Praha: Advent, 1991, 122 s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Mít pro co žít.* Vyd. 2., v KNA 1. rozš. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, 134 s. ISBN 9788071954040.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 8024701790.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 204 s. ISBN 8024713705.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi.* Vyd.1. Praha: Avicenum, 1989, 107s. ISBN-08-065-89.

KUBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání.* Vyd. 1. Turnov: Arica, 1993. ISBN-80-900134-6-5.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2005a, 153 s. ISBN 8024710242.

OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné,* 2. doplněná verze, Praha: Pastorační středisko Praha, 2001. ISBN neuvedeno.

OPATRŇY, Aleř. *Pastorační situace u nás: analýzy a výhledy*. Vyd. v KN 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996, 102 s. ISBN 80-7192-092-4.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 8072546570.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ořetřovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: Národní centrum ořetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 100 s. ISBN 9788070134665.

POMPEY, Heinrich. *Zomieranie*. Trnava: Dobrá kniha, 2004, 184 s. ISBN: 80-7141-462-X.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 9788071955801.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 9788024741079.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ořetřovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 802471213x.

ŠTEFKO, Aurel. *Důstojnost člověka v starobe chorobe a zomieraní*. 1. vyd. Trnava: Dobrá kniha, 2003. 145 s. ISBN 80-7141-429-8.

TAVEL, Peter. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla: potřeba smyslu života, přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 303 s. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7254-915-3.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ořetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2008, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE

BUŽGOVÁ, Radka. *Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči*. In: Časopis lékařů českých. [online]. 2012, roč. 151, č. 4, s. 190-195 [cit. 2014-12-10]. ISSN: 0008-7335, 1805-4420. Přístupné z: <<http://www.medvik.cz/link/bmc12019581>>

HAJNOVÁ, Erika a Radka BUŽGOVÁ. *Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie*. In: Ošetrovatelství a porodní asistence. [online]. 2013, roč. 4, č. 4, s. 708-714. [cit. 2014-11-17]. ISSN:1804-2740. Přístupné z: <<http://www.medvik.cz/link/bmc14058225>>

HOLUBÍKOVÁ, Anežka, 2009: *Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných: závěrečná práce* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií [cit. 2014-01-10]. Přístupné z: <https://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/8398/holub%C3%ADkov%C3%A1_2009_b_p.pdf?sequence=1>

KALVÍNSKÁ, Eva. 2007. *Spirituální péče v nemocnici z pohledu lékaře* [online]. Studijní texty pro studenty ETF UK pilotního projektu EU „Nemocniční kaplan“ [cit. 2014-01-02]. Dostupné na internetu: http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301_Kalvinska_spiritualni_pece.pdf.

KNOFLÍČKOVÁ, Zuzana: *Význam religiozity a spirituality ve stáří*. In: Kontakt. [online]. 2008. roč. 10, č.1, s.172-177 [cit. 2014-11-25]. ISSN:1212-4117, 1804-7122. Přístupné z: <<http://www.medvik.cz/link/bmc07512018>, název>

MATĚJKOVÁ, Miroslava Tobia a Petra KRUMPHOLCOVÁ: *Zajištění klinické pastorační péče ve Fakultní nemocnici Olomouc*. In: Medicína pro praxi.[online] 2012, roč. 9, č. 1, s. 36-38 [cit. 2014-10-21]. ISSN: 1214-8687, 1803-5310. Přístupné z: <<http://www.medvik.cz/link/bmc12007470>>

MACHÁČKOVÁ, Šárka, 2011: *Uspokojování spirituálních potřeb pacientů: závěrečná práce* [online]. Příbram: Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava,

pracovisko Příbram [cit. 2014-03-05]. Přístupné z:
<<http://www.umirani.cz/res/data/015/001721.pdf>>

MUNZAROVÁ, Marta: *Lékařský výzkum a etika* [online]. Praha: Grada, 2005b [cit. 2014-10-09]. Přístupné z:

<<http://books.google.cz/books?id=xllMUChNQYtYC&pg=PA16&lpg=PA16&dq=etick%C3%A9+principy+dle+beauchampa&source=bl&ots=w25YbBMNwQ&sig=7JeRifaRcGYoaBJ59eN0v6Hhfqc&hl=cs&sa=X&ei=fCE1VMLuD8WC7gak6YDYAQ&ved=0CC8Q6AEwAg#v=onepage&q=etick%C3%A9%20principy%20dle%20beauchampa&f=false>>

Spojená akreditační komise o. p. s. [cit. 2014-11-12]. Přístupné z: <<http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>>

Fakultní nemocnice Motol, 2015. Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka – poskytovatele spirituální péče vyslaného církví. In: [online]. Praha: Fakultní nemocnice Motol [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/1/267/eticky_kodex.doc

FN-Motol.cz, internetový portál Fakultní nemocnice v Motole [online]. Přístupné z:

<http://www.fnmotol.cz/>

PŘÍLOHY

Příloha A – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	I
Příloha B – Dotazník vlastní konstrukce	II
Příloha C – Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka	VII
Příloha D – Spiritualita a spirituální péče	IX
Příloha E – Propojení jednotlivých oblastí	X
Příloha F – Co je spirituální péče ve FN v Motole	XI
Příloha G – Odebírání spirituální anamnézy	XII
Příloha H – Otázky pro zdravotníky	XIII
Příloha CH – Otázky pacienta upozorňující na jeho stav duchovní nouze	XIV
Příloha I – Spirituální péče ve zdravotnictví	XV
Příloha J – Leták FN Motol	XVI
Příloha K – Duchovní tíseň – dříve užívaná diagnóza	XVIII
Příloha L – Vybrané dokumenty související s problematikou spirituální péče	XIX
Příloha M – Maslowova hierarchie potřeb	XX
Příloha N – Rešerže	XXI

Příloha A

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	AÐĚLA KORIŇKOVÁ	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3.
Téma práce	SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY PACIENTU	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	LDN - Centrum následné péče FN Motol	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro os. péči FN Motol

V. PRAZE dne 4. 11. 2014

Korínková
podpis studenta

Příloha B

SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY PACIENTŮ

Dobrý den,

dostává se Vám do rukou dotazník, který se věnuje problematice spirituálních potřeb pacientů. Dotazník je určen všem všeobecným sestřám z LDN – Centrum následné péče FN Motol a slouží ke zjištění jejich informovanosti o možnostech uspokojování spirituálních potřeb pacientů a k zmapování jejich zájmu o další informace v této oblasti. Dotazníkové šetření je zcela anonymní a všechny získané údaje nebudou žádným způsobem zveřejňovány ani zneužity a budou sloužit pouze ke studijním účelům a k přípravě bakalářské práce. Vyplnění zabere asi 7–10 min. Vámi vybrané odpovědi prosím zakroužkujte.

Děkuji Vám za strávený čas a energii nad vyplňováním tohoto krátkého dotazníku a za úplné a pravdivé informace.

Adéla Kořínková, studentka 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze

1. Pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. Váš věk

- a) do 20 let
- b) 20–29 let
- c) 30–39 let
- d) 40–49 let
- e) nad 50 let

3. Vzdělání

- a) střední odborné (obor všeobecná sestra)
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) specializace v oboru (uved'te/napište jaká, plus zakroužkujte stupeň Vašeho dokončeného vzdělání)

4. Které potřeby jsou dle Vašeho názoru/smýšlení pro pacienty v době nemoci důležité/prvořadé? (Napište ke každé odpovědi číslo od 1 do 4 s tím, že 1 je maximální priorita)

- ___ biologické
- ___ psychologické
- ___ sociální
- ___ spirituální (duchovní)

5. Co byste zařadili mezi spirituální potřeby pacientů? (Označte maximálně 3 možnosti, které jsou dle Vašeho názoru pro pacienty prioritou a pořadí opět označte dle důležitosti 1–3 s tím, že 1 je maximální priorita)

- a) nebýt sama, mít někoho ráda (přátelství, láska)
- b) touha po smysluplnosti a naplnění života (nacházet vyšší úroveň smyslu života)
- c) mít pro co a pro koho žít
- d) touha po vnitřní svobodě, vnitřní klid
- e) nehledět pouze na sebe a své egocentrické zájmy
- f) touha překračovat sama sebe
- g) odpustit a vědět, že i mně bylo odpuštěno
- h) být milosrdný k druhým lidem
- i) být čestný, mít respekt, úctu k druhým lidem
- j) žít v harmonii se světem
- k) umět pomáhat druhým lidem
- l) specifická náboženská vyznání
- m) náboženské potřeby
- n) znát odpovědi na existenciální otázky – odkud, kam jdu, kdo jsem, co bude po smrti?
- o) mít naději a optimismus
- p) fyziologické potřeby (potřeba dýchání, vylučování, spánku, přijímání potravy, vody.)
- q) jiné (vypište)

6. Vyznáváte Vy sám/sama nějaké náboženství?

- a) ano
- b) ne

7. Měli jste někdy příležitost navštívit nějaké kurzy/semináře týkající se spirituality?

- a) ano
- b) ne
- c) neuvědomuji si

8. Jestliže ne, přivítala byste možnost takového kurzu?

- a) ano
- b) ne

9. Myslíte si, že by pravidelné kurzy týkající se spirituality mohly pomoci všeobecným sestřám v duchovní sféře?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Máte zkušenosti s odebíráním spirituální anamnézy v rámci ošetřovatelského procesu?

- a) ano

b) ne

11. Kdo si myslíte, že může pacientovi pomoci v jeho uspokojování spirituálních potřeb?
(Označte číslicemi 1–4 pořadí důležitosti s tím, že 1 je maximální priorita)

- ___ každý člověk (všichni)
- ___ příbuzný
- ___ zdravotnický personál
- ___ duchovní (kněz, nemocniční kaplan)

12. Chtěli byste se rozvíjet či vzdělávat v oblasti spirituality?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Setkali jste se při studiích s problematikou spirituální péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nepamatuji se

14. Jaký má dle Vašeho názoru vliv spiritualita na zdravotní stav pacienta?

- a) žádný
- b) negativní
- c) pozitivní
- d) nemohu posoudit

15. Stanovujete u Vás ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke spiritualitě?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Jestliže stanovujete ošetrovatelské diagnózy, označte které?

- a) snaha zvýšit naději
- b) snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu)
- c) morální strádání
- d) zhoršená religiozita
- e) snaha zlepšit religiozitu
- f) riziko zhoršené religiozity
- g) duchovní strádání
- h) riziko duchovního strádání

17. U kterých pacientů se dle Vašich zkušeností spirituální potřeby vyskytují nejčastěji?

- a) umírající
- b) chronicky nemocní
- c) onkologicky nemocní
- d) pacienti s akutním onemocněním

18. Jak často se setkáváte s tím, že spiritualita (či religiozita) pomáhá člověku při překonávání zdravotních obtíží?

- a) velice často
- b) občas
- c) zřídka
- d) vůbec

19. Jak Vás ovlivňuje přímá konfrontace se smrtí (úmrtím pacienta)?
(Můžete zaškrtnout více variant)

- a) beru to jako rutinní záležitost
- b) vede mě to k přemýšlení o smrti, o smyslu života
- c) zvyšuje mi to empatii k pacientům
- d) zvyšuje mi to strach ze smrti
- e) jiné (vypište)

20. Jakou máte zkušenost s komunikací zaměřenou na spirituální potřeby?

- a) výbornou
- b) přiměřenou
- c) žádnou
- d) nevím, nedokážu posoudit

21. Jste schopen/a rozpoznat stav duchovní nouze u pacienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

22. Komu může duchovní dle Vašeho názoru (nemocniční kaplan) pomoci v oblasti spirituálních potřeb?

- a) pouze lidem nábožensky založeným
- b) všem lidem i bez vyznání
- c) nevím, nedokážu posoudit

23. Jaké znalosti dle Vašeho názoru máte v oblasti spirituality?

- a) velmi dobré
- b) částečné, avšak dostačující
- c) nedostačující

24. Myslíte si, že pomoc duchovního může oddálit nástup syndromu vyhoření u všeobecných sester?

- a) myslím si, že ano
- b) myslím si, že ne
- c) nevím, nedokážu posoudit

25. Zajímali jste se někdy o práci či kompetence nemocničního kaplana?

- a) ano
- b) ne

Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka – poskytovatele spirituální péče vyslaného církví

Kodex vychází z mezinárodních i národních dokumentů. Mezinárodní deklarace a úmluvy o lidských právech vytvářejí obecné standardy a poukazují na práva, která jsou globální společností akceptována.

Spirituální péči v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřících křesťanů, věnujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.

Pracovníci, kteří o něj v různých zdravotnických zařízeních pečují, se mu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby snaží zprostředkovat zdroje víry, kulturní hodnoty i podporu společenství.

Nemocniční kaplani a dobrovolníci 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 smiřující sílu náboženské víry
- 4) dbát na to, aby spirituálním potřebám lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení pacienta a i pracovníka
- 5) chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí nebo proselytismem;
- 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 a 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) chápání služby nemocničního duchovního je primárně neevangelizační

Zdroj: http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/1/267/eticky_kodex.doc, 2015

SPIRITUALITA A SPIRITUÁLNÍ PÉČE

ODLIŠENÍ OD NÁBOŽENSTVÍ

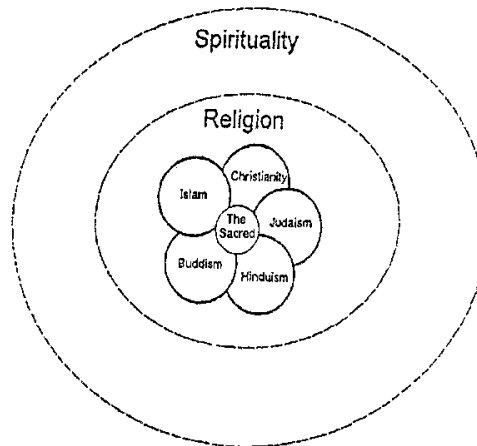


FIGURE 1.1 Schematic diagram of distinctions between religion and spirituality.

Zdroj: Koenig a spol, Handbook of Religion and Health, 2001

Nursing Concepts for Health Promotion

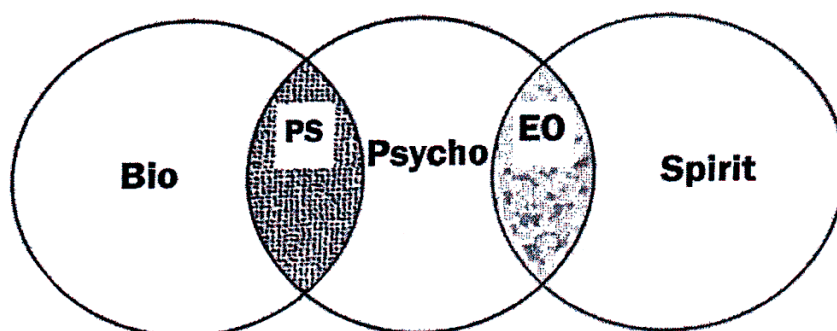
Spiritualita je hodnota, která **přesahuje náboženské začlenění**, jež usiluje o inspiraci, úctu, respekt, **smysl** a účel, dokonce i u těch, kteří nevěří v Boha. Spirituální rozměr se pokouší o to být v harmonii s univerzem, snaží se odpovídat na otázky ohledně nekonečnosti a dostává se **do popředí** především v obdobích **emočního stresu, fyzické i duševní nemoci, bolestné ztráty, či úmrtí**.

zdroj: R. Murray and J. Zenter, 1989

MUDr. Kalvinská

Zdroj: Soukromý archiv, MUDr. Kalvinská

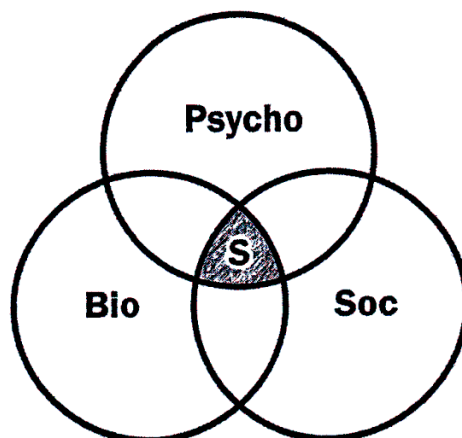
PROPOJENÍ JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ



©Kalvinská, 2007

Psychosomatika (PS)
Existenciální otázky (EO)

PROPOJENÍ JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ



zdroj: PRIME - Partnerships in International Medical Education, 2006

CO JE SPIRITUÁLNÍ PÉČE VE FN V MOTOLE

- Spirituální péče je – stručně řečeno - *doprovázení a podpora* nemocných a umírajících, jejich blízkých, ale i personálu; tedy všech, kteří se setkávají s utrpením, strachem z nemoci i s umíráním.
- Spirituální péče v nemocnici je *k dispozici každému člověku* bez ohledu na osobní přesvědčení; tedy *ne pouze lidem, kteří se hlásí k církvím*.
- *Potřebu této péče mívají zejména lidé, kteří prožívají stres a nejistotu ohledně budoucnosti, vyplývající z vážného zdravotního stavu svého nebo jejich blízkých.* V období vážné nemoci nebo umírání si začínají často pokládat otázky typu: „proč zrovna já?“, „jak žít dál?“, „co se mnou bude?“, „budou mne ještě milovat, když zůstanu zmrzačený nebo když budu chronicky nemocný?“, „nebudu jim na obtíž?“, „co bude po smrti?“ apod., na které dříve neměli čas a které je v předchozím shonu života ani nenapadaly. Nazýváme je existenciálními otázkami.
- *Pro věřící některých vyznání může zahrnovat* kromě rozhovoru také *modlitby, čtení z Bible, písně a svátosti*, které povzbuzují jejich víru a naději.
- Pokud pacientům hrozí úmrtí, *potřebují si potvrdit, že jejich život měl cenu, že za něco stál, že mělo smysl jej žít* apod. Často se *potřebují usmířit sami se sebou i se svým okolím*. K tomu často *potřebují pracovat s odpouštěním* – sobě i ostatním.
Pro samotného člověka je to velmi těžké a proto *potřebuje průvodce*, kterým můžeme být krátkou chvílí my – zdravotníci (můžeme si s nimi popovídat, vzít za ruku, pohladit, být laskaví, naslouchat jim nebo jen být přítomni apod...), ale většinou na to nemíváme dost času kvůli svým zdravotnickým povinnostem.
- Proto může být důležité pacientům i jejich blízkým nabídnout naše spolupracovníky – *nemocniční duchovní, kteří mají k doprovázení pacientů dostatek času a mohou je opakovaně podporovat na jejich cestě* – k uzdravení či umírání, aby nezůstali se svým utrpením a strachem sami.
- Vzhledem k tomu je *důležité vhodně volit při příjmu do nemocnice otázku*, kterou se ptáme *zda chtějí spirituální péči*. Je důležité, abyste se zeptali způsobem, ve kterém se Vy sami budete cítit dobře.
- Nenabízejte přímo kněze nebo faráře formou otázky: „chcete zavolat kněze?“ nebo „je tady farář“- ve většině pacientů může takto položená otázka vyvolat strach, že už je to s nimi tak špatné, že umírají – a to i u lidí církevních!

Uvedu možnosti:

„Můžeme vám nabídnout nějakou duchovní podporu?“

„Přál byste si nějakou duchovní podporu?“

„Přejete si duchovní podporu?“

„Přál byste si s někým hovořit o svých starostech, které vám nemoc přinesla?“

„Mohli bychom pro Vás něco udělat, např. po duchovní stránce?“

„Přejete si něco např. po duchovní stránce?“

„Máme tady člověka, který má dostatek času s Vámi hovořit, Vám naslouchat...“

„Chtěl byste, aby Vás navštívil někdo, kdo by si s Vámi popovídal o těžkostech, které Vám nemoc přinesla?“

Na jejich ot: „a s kým?“

„Součástí našeho týmu je i člověk/nemocniční duchovní, který poskytuje podporu všem lidem, nejen náboženským.“ Nebo „Na naše oddělení dochází i náš nemocniční duchovní, který poskytuje podporu všem lidem, nejen lidem z církví.“

Nebo např: „Chtěl byste si popovídat s našim nemocničním duchovním?“ apod. = dle svého založení.

Pokud máte dotazy, pošlete, prosím, mail nebo telefonujte:

MUDr. E. Kalvínská, koordinátorka psychosociální a spirituální péče FNM, mobil: 737237547.

E-mail: eva.kalvinska@fnmotol.cz ;

Zdroj: Soukromý archiv, MUDr. Kalvínská

ODEBÍRÁNÍ SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZY

Volně dle FICA (FAITH-IMPORTANCE-COMMUNITY-ADDRESS IN CARE)
= VÍRA-DULEŽITOST-SPOLEČENSTVÍ-ZAŘAZENÍ DO PÉČE)

FICA může pomoci strukturovat otázky při odebírání spirituální anamnézy zdravotnickým personálem

F – Faith and Belief - důvěra, náboženství, víra a názory, přesvědčení

- „Považujete se za spirituálního (duchovního) nebo náboženského člověka?“
- „Máte nějaké (spirituální) přesvědčení, které vám pomáhá zvládat stres?“

Pokud pac. odpoví „ne“, můžeme se zeptat:

- „Co dává vašemu životu smysl?“

Někdy pacient zareaguje odpovědí jako: rodina, povolání, příroda.....

I - Importace - důležitost, významnost

- „Jaký význam má vaše přesvědčení či víra ve vašem životě?“
- „Má vaše přesvědčení vliv na to, jak se o sebe staráte během své nemoci?“
- „Jakou roli hraje vaše přesvědčení ve vašem uzdravování?“

C – Community - společnost, přátelství

- „Jste součástí nějakého společenství?“ (zájmové, spirituální nebo náboženské komunity?)
- „Je pro vás podporou? Jak velkou?“
- „Existuje člověk nebo skupina lidí, které máte opravdu rád/a a kteří jsou pro vás důležití?“

Skupina stejně smýšlejících přátel nebo společnost lidí, kteří se scházejí v kostele, chrámu, svatyni, mešitě může sloužit některým pacientům jako silný podpůrný systém, zvláště v těžké nemoci.

A - Address in Care – zařazení do péče

- „Jak byste si přál, abych já - coby váš ošetřující - zařadil tyto skutečnosti do vaší zdravotní péče?“

Zpracovala MUDr. E. Kalvínská s laskavým svolením Christiny M. Puchalski, MD, která je ředitelkou The George Washington Institute for Spirituality and Health a profesorkou na Departments of Medicine and Health Care Sciences at The George Washington University School of Medicine, Washington, D.C.

Zdroj: Soukromý archiv, MUDr. Kalvínská

JAKÉ OTÁZKY MOHOU ZDRAVOTNÍCI KLÁST, aby zjistili situaci, ve které se pacient nachází:

- Co myslíte, že by pomohlo k Vašemu uzdravení?
 - Co pro Vás tato nemoc znamená?
 - Máte rád nějaké věci, knihy či hudbu, které Vám dodávají sílu a potěšení?
 - Jak vidíte svou budoucnost?
 - Máte nějaký vzor (ženu nebo muže), který Vás v něčem inspiruje?
 - Máte nějaké své místočko, kde se cítíte opravdu dobře a v bezpečí?
 - Věříte něčemu opravdů silně? Čemu?
 - Co dává Vašemu životu smysl a cíl právě nyní?
 - Kde hledáte zdroje další podpory/pomoci, když je život hodně těžký? (mají-li náboženskou podobu, v jaké formě?)
 - Chtěl byste, aby Vás navštívil někdo, kdo by si s Vámi o těchto věcech popovídal nebo Vám jen naslouchal v této chvíli, která není lehká? (nemusíte být nábožensky založen pro to, abychom ho zavolali/abyste s takovým člověkem mohl hovořit)
 - Meditujete nebo modlíte se někdy?
-
- Jak se vyrovnáváte se svou nemocí?
 - Co myslíte/doufáte, že pro Vás můžeme udělat?
 - Kde nacházíte sílu pro situace jako je tato?
 - Co je pro Vás teď nejdůležitější?
 - Věnujete se náboženským nebo duchovním aktivitám, které by mohly ovlivnit Vaši zdravotní péči?

Zpracovala MUDr. Kalvínská ze zdrojů: PRIME (Partnership International Medical Education), 2007

Zdroj: Soukromý archiv, MUDr. Kalvínská

OTÁZKY PACIENTA, KTERÉ NÁS MOHOU UPOZORNIT NA JEHO STAV DUCHOVNÍ NOUZE

- co se mnou bude?
- co asi bude po smrti?
- jak „tam“ bude mé dcerce, synkovi?
- co „tam“ s nimi bude?
- proč zrovna já? (moje rodina, dítě, žena...)
- kdo jsem?
- proč jsem tady?
- co bych měl dělat?
- kam směřuji?
- nemohu se přenést přes nebezpečí hrozící smrti....
- nemohu se přenést přes to, že mé manželce, (matce, dítěti) hrozí smrt...
- život se mi zdá prázdný a nesmyslný...
- nevím, co jsem udělal, že jsem si tohle zasloužil....
- nevím, jak tohle skončí...
- nevím, jak to vše vydržím....
- nevím, jak se mám chovat před svou rodinou...
- nevím, jestli mne ještě budou mít rádi/přijímat, když jsem takhle nemocný...
- co budu dělat?

Zpracovala MUDr. Kalvínková ze zdrojů: PRIME (Partnership International Medical Education), 2007

Zdroj: Soukromý archiv, MUDr. Kalvínková

<p>Spirituální péče ve zdravotnictví - 2. LF UK <small>MUDr. E. Kalvínská, Doc. A. Opatrný, ThD.</small></p> <p>Sekce spirituální péče Společnosti lékařské etiky ČLS JEP – (založena jako Sekce krizové asistence 2006) <small>webb: jep.cis.cz</small></p> <p>Členové: lékaři, sestry, psychologové, teologové, sympatizující</p> <p>Cíl: Podporovat rozvoj péče o spirituální potřeby pacientů, jejich příbuzných i personálu ve zdravotnických a sociálních zařízeních.</p> <p><small>Dotazy: veděcký sekretář oparny@nlf.cuni.cz předsedkyně: eva.kalvinska@fmotol.cz</small></p>	<p>Prohlášení WHO z roku 1998</p> <p>„Až donedávna postupovaly medicínské profese většinou podle modelu, který se snaží léčit pacienta tím, že se zaměřuje na léky a chirurgické postupy, a přisuzuje menší důležitost víře a naději v uzdravení, v lékaře samotného i ve vztah lékař - pacient. Tento redukcionistický či mechanistický pohled na pacienty již není dále udržitelný. Pacienti i lékaři si začínají uvědomovat význam víry, naděje i soucitu v procesu uzdravování.“</p>	<p>World Health Organisation Statement 1990:</p> <p>Spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům, přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoli pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality. Na spirituální rozmeer lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychologické a sociální složky života jedince. Často se spiritualita chápe jako zabývání se smyslem a účelem života a pro lidi na sklonku života je běžně spojována s potřebou ocpustění, usmíření a potvrzením jejich hodnoty a užitečnosti</p> <p><small>Zdroj: http://whqlibdoc.who.int/WHO_TRS_804.pdf</small></p>
<p>Nursing Concepts for Health Promotion</p> <p>Spiritualita je hodnota, která přesahuje náboženské začlenění, jež usiluje o inspiraci, účtu, respekt, smysl a účel, dokonce i u těch, kteří nevěří v Boha. Spirituální rozměr se pokouší o to být v harmonii s univerzem, snaží se odpovídat na otázky ohledně nekonečnosti a dostává se do popředí především v obdobích emočního stresu, fyzické i duševní nemoci, bolestné ztráty, či úmrtí.</p> <p><small>Zdroj: R. Murray and J Zenter, 1989</small></p>	<p>Spirituální péče</p> <p>Nemoc a umírání vedou k nelehavějšímu kladení otázek o smysluplnosti života, plnatnosti hodnot a důvěry v tyto hodnoty</p> <p>Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnosti pomoci porozumět příběhu života, lidský důstojně zvládat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence.</p> <p>Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty.</p> <p>Může obsahovat specifické náboženské prvky, přiměřeně zvyklým klientům</p> <p><small>zdroj: Sekce krizové asistence Společnosti lékařské etiky ČLS JEP, 2006, nyní Sekce spirituální péče - jep.cis.cz</small></p>	<p>Proč poskytovat spirituální péči</p> <ul style="list-style-type: none"> • každý člověk hledá smysl života (Puchalski, 2006) • spiritualita patří v životě člověka k nejvyššímu smyslu a cíli a má klíčovou důležitost především v situacích, kdy pacienti prožívají utrpení z vážné nemoci nebo umírání, i při rozhodování o léčbě (Puchalski a spol,2000) • je obecným lidským jevem (Culiford, 2002) • hluboké spirituální přesvědčení a duchovní potřeby může mít každý člověk, i nereligiózní (Speck, 2004); spiritualita může, ale nemusí být konfesi
<p>Vazby mezi stránkami lidského života</p> <p>TĚLESNÁ, DUCHOVNÍ, PSYCHICKÁ, SPIRITUÁLNÍ, SOMATICKÁ, „PROŽITKOVÁ“ „TRANSCENDENTNÍ“</p> <p>PSOM</p> <p>PSOM = PSYCHOSOMATICKÁ + SOMATOPSYCHICKÁ</p> <p>NOÚS</p> <p>NOÚS = NOETICKÁ „LIDSKÝ DUCHOVNÍ“</p> <p><small>Zdroj: doc. PhDr. Karel Balcar, CSc. dle P.T.P.Wong</small></p>	<p>DokUMENTY, PODPORUJÍCÍ SPIRITUÁLNÍ PÉČI VE ZDRAVOTNICTVÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Požadavky WHO na hodnocení kvality života (WHOOL-100) • Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice (Joint Commission International) • Charta práva a svobod starších občanů • Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ („Charta práv umírajících“) 	

Zdroj: Soukromý archiv, MUDr. Kalvínská



SPIRITUÁLNÍ PÉČE

VE FAKULTNÍ NEMOCNICI V MOTOLE



FAKULTNÍ NEMOCNICE
V MOTOLE

**Možnosti kontaktů
na nemocniční duchovní FNM:**

Osobně: v jejích pracovně, která se nachází
vedle „Prostoru ticha“ v přízemí vstupní haly
budovy pro dospělé ve FNM.

Telefonicky: 22443 9543
(lze zanechat vzkaz na záznamníku)
mobil: 739 244 352

Písemně: před pracovním nemocničním
duchovním se nachází schránka na vzkazy.

Elektronicky: duchovni@fmmotol.cz

**Koordinátorka psychosociální
a spirituální péče ve FNM:**
MUDr. Eva Kalvínská
telefon: 22443 1047, mobil: 737 237 547
e-mail: eva.kalvinska@fmmotol.cz

Tento ležák byl vytvořen za finanční podpory dotačního programu MZ ČR
„Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví“ 2008,
projekt č. 9954 „Zdravá nemocnice“

www.fmmotol.cz



*„Když najdeš
člověka, který ti
v klidu naslouchá,
který je duchem
přítomen, když mu
něco řikáš, který ti
neklade dvě otázky
najednou, ale napjatě
naslouchá, co se mu
na jeho otázku
odpoví, který tě
neprobodává očima
a tvému pohledu se
nevyhýbá, pak si
uvědom, že jsi našel
vzácný poklad
v poli – vzácnou
perlu.“*

Johann Kaspar Lavater

Programy v Prostoru ticha:

Rozhovory
o životě – jak se
vyrovnávat s trápením

Příležitost k osobním
rozhovorům

Rozhovory nad Biblií

Setkání
s pravoslavným
duchovním

Evangelické bohoslužby

Katolické mše svaté

Husitské bohoslužby

Pravoslavné pobožnosti

Aktuální rozpis programů
je uveden na nástěnce
vedle Prostoru ticha.

Pravidelný program v LDN:

Katolické mše svaté



**Spirituální péči ve FNM
nabízejí nemocniční duchovní
všem lidem jakéhokoliv
osobního přesvědčení.**

Pacientům, jejich blízkým i personálu.

Duchovní podporu a provázení:
nasloucháním, rozhovorem,
přítomností u lůžka

Na vyžádání kontaktují duchovní
z ostatních státem uznaných církví
a náboženských společností.

V průběhu vážné nemoci se mohou objevovat otázky:

Proč? Proč zrovna já?

Co se to se mnou děje?

Má to nějaký smysl?

Co chci ještě dokázat?

Co očekávám od života?

Budou mě ještě milovat?

Co se mnou bude?

Kde hledat naději?

Prostor ticha slouží každému, kdo potřebuje

být sám
odpočinout si
nabrat sílu
přeladit se
modlit se, meditovat
navštívit bohoslužbu



Duchovní tíseň – dříve užívaná diagnóza

Duchovní tíseň je častou ošetrovatelskou diagnózou vztahující se k problému duchovnosti:

Dle Keith O'Brien je duchovní tíseň subkategorizována takto (jako):

- Duchovní bolest – těžkosti při vyrovnávání se s velkým utrpením či se ztrátou milujícího člověka
- Duchovní úzkost – pochybnosti v různých názorech v rámci hodnotového systému (transfuze krve, chirurgické zákroky)
- Duchovní odcizení – odcizení se od náboženství
- Duchovní vina – selhání vůči náboženským předpisům
- Duchovní ztráta – problémy s hledáním duševní pohody v náboženství
- Duchovní hněv – neschopnost akceptace utrpení či choroby
- Duchovní zoufalství – lhostejnost o vlastní osobu

Carpenito předkládá etiologii neboli faktory k Nanda diagnóze duchovní úzkosti. Duchovní nouze ve spojitosti k:

- nemožnosti navštěvovat náboženské (církvní) obřady
- problému mezi náboženskými názory a léčebným režimem (např. transfuze)
- krizi, jejíž příčinou je choroba, utrpení či smrt

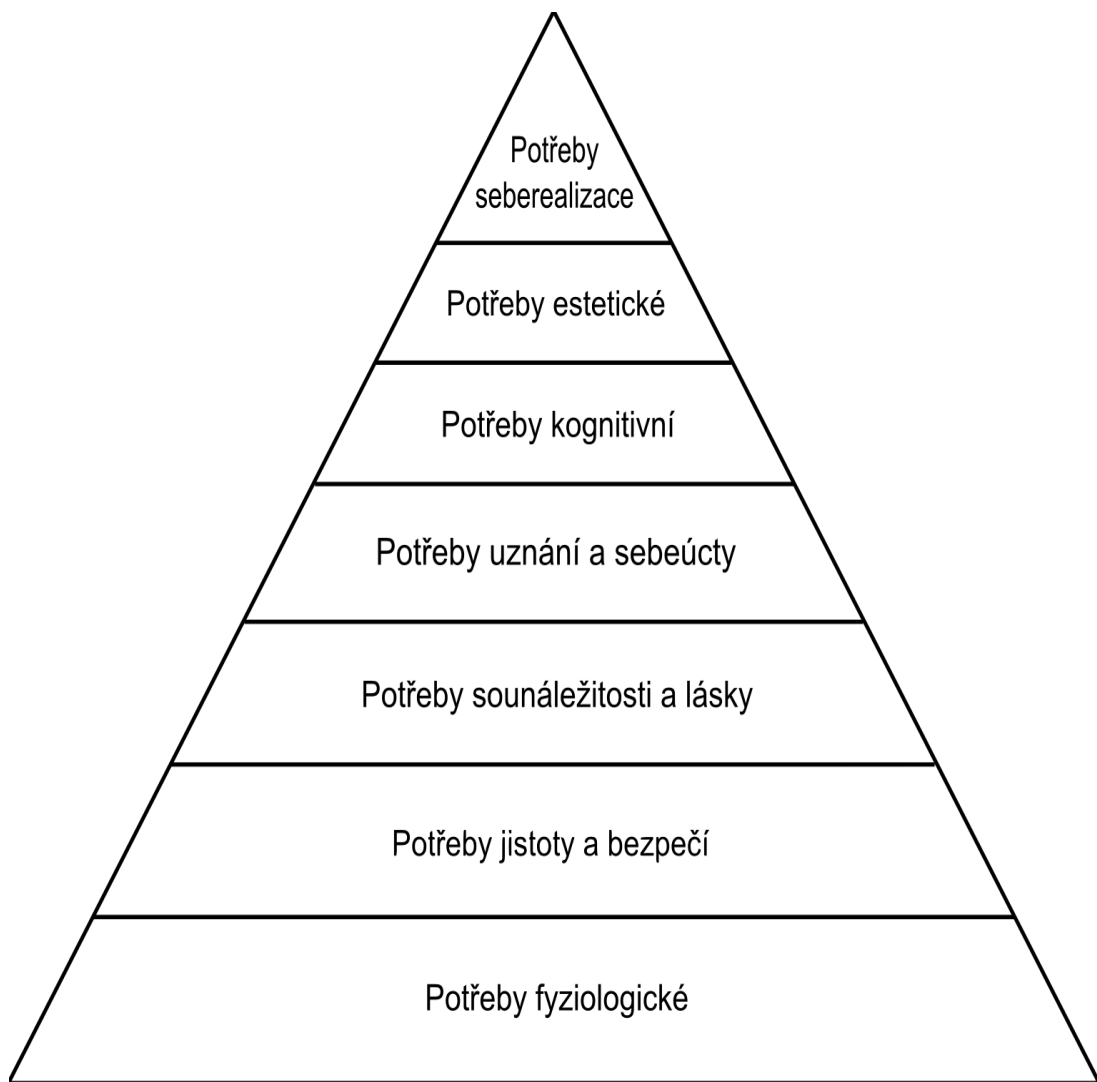
Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, 2006

Vybrané dokumenty související s problematikou spirituální péče

- Charta práv a svobod starších občanů
- Charta práv umírajících
- Sesterské etické kodexy (Etický kodex České asociace sester, Etický kodex Mezinárodní rady sester – International Council of Nurses)
- Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka – poskytovatele spirituální péče vyslaného církví
- Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí (ČBK) a Ekumenickou radou církví (ERC) v ČR
- Standardy Evropské sítě nemocničních kaplanů
- Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)
- Spojená akreditační komise – SAK
- Mezinárodní nemocniční akreditační standardy
- Sekce spirituální péče Společnosti lékařské etiky
- Listina základních práv a svobod

Zdroj: Vlastní zvážení důležitosti dokumentů, 2014

Příloha M



Maslowova hierarchie potřeb

Zdroj: TRACHTOVÁ et al., 2008, s. 15

SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY PACIENTŮ

Adéla Kořínková

Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

Klíčová slova: duchovní potřeby – spiritual needs, ošetrovatelská péče – nursing care, pacient – patient, smrt – death, spiritualita – spirituality

Časové vymezení: 2005–2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 23 (vysokoškolské práce: 1, knihy: 20, články a příspěvky ve sborníku: 0, elektronické zdroje: 2)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011

Základní prameny: katalog knihovny Vyšší odborné školy zdravotnické a Střední zdravotnické školy (WWW OPAC KpwinSQ)

