

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

PASTORAČNÍ PÉČE NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ROMAN ČECH

Praha 2017

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

PASTORAČNÍ PÉČE NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ

Bakalářská práce

ROMAN ČECH

stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná zdravotní sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Praha 2017

SCAN SCHVÁLENÍ NÁZVU PRÁCE (BEZ NADPISU)



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

Čech Roman
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 3. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Pastorační péče u pacientů na standartním interním oddělení

Seelsorge für Patienten auf einer standardmäßigen Inneren Abteilung

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25. 1. 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval vedoucí této práce PhDr. Janě Hlinovské za cenné rady a vedení během celého studia i při vzniku této práce.

ABSTRAKT

Čech, Roman. *Pastorační péče na standardním interním oddělení* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská. Praha. 2016. 50 s.

Tato bakalářská se věnuje tématu Pastorační péče na interním standardním oddělení. Má devět kapitol, kdy se v každé kapitole chceme věnovat určitému tématu. V první kapitole jsou popsány potřeby pacienta, jejich definice, rozdělení. Ve druhé kapitole se zabýváme holismem a přístupem k pacientovi. Třetí kapitola popisuje vývoj ošetrovatelství v Českých zemích se zaměřením na pastorační péči. Ve čtvrté kapitole je definovaná pastorační péče jako taková. V páté kapitole potom osobnost všeobecné sestry. Šestá kapitola je věnovaná osobnosti Medeleine Leiningerové. Sedmá kapitola se zabývá nemocničním kaplanstvím. V osmé kapitole je definován a popsán multidisciplinární tým. Devátá kapitola se pak zabývá péčí o duši v pastorační péči.

Cíle byly v teoretické části stanoveny tři – shrnutí možností pastorační a duchovní péče na standardním interním oddělení v úrovni současného stavu řešeného tématu, specifikovat teoretická východiska a definování základních pojmů, mapovat roli všeobecné sestry a pastoračního asistenta v situaci spirituálních potřeb pacienta. V praktické části jsme pak stanovili tyto cíle - realizace empirického kvalitativního průzkumu klinické ošetrovatelské péče, diskuse nad analýzou dat ostatních autorů prací na obdobné téma, doporučení pro praxi.

Jako metoda kvalitativního průzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovory.

Cílem této práce je zmapování pastorační péče u pacientů na standardním interním oddělení.

Klíčová slova

Holistické ošetrovatelství. Nemocniční kaplanství. Ošetrovatelství. Pastorační péče. Potřeby. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

Čech, Roman. Seelsorge auf einer standardmäßigen Inneren Abteilung. Medizinische Hochschule, o.p.s. Qualifikationsgrad: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská. Praha. 2016. 50 S.

Diese Bachelorarbeit widmet sich dem Thema Seelsorge auf einer standardmäßigen Inneren Abteilung. Sie beinhaltet neun Kapitel, wobei in jedem Kapitel ein bestimmtes Thema behandelt wird. Im ersten Kapitel werden die Bedürfnisse der Patienten beschrieben, ihre Definition und Aufteilung angeführt. Im zweiten Kapitel beschäftigen wir uns mit dem Holismus und seiner Auffassung des Patienten. Das dritte Kapitel beschreibt die Entwicklung der Krankenpflege in den böhmischen Ländern, mit einem Schwerpunkt auf der Seelsorge. Im vierten Kapitel wird die Seelsorge als solche definiert, im fünften dann die Persönlichkeit der Gesundheits- und Krankenpfleger charakterisiert. Das sechste Kapitel widmet sich der Persönlichkeit von Madeleine Leininger. Im siebten Kapitel beschäftigen wir uns mit Krankenhausseelsorgern, der Seelsorge bei uns und in Europa. Im achten Kapitel wird ein multidisziplinäres Team definiert und beschrieben. Das neunte Kapitel befasst sich dann mit der Betreuung der Seele in der Seelsorge.

Im theoretischen Teil wurden drei Ziele festgelegt - Zusammenfassung der Möglichkeiten der pastoralen und spirituellen Betreuung auf einer standardmäßigen Inneren Abteilung auf dem heutigen Niveau der zu lösenden Frage, Spezifizierung der theoretischen Ansatzpunkte und Definition der grundlegenden Konzepte, Beschreibung der Rolle der Gesundheits- und Krankenpfleger und des pastoralen Mitarbeiters bei spirituellen Bedürfnissen der Patienten. Im praktischen Teil wurden dann folgende Ziele festgelegt: empirische qualitative Untersuchung der klinischen Krankenpflege,

Diskussion über die Analyse von Daten anderer Autoren von Werken mit einem ähnlichen Thema, Empfehlungen für die Praxis.

Als Methode der qualitativen Untersuchung wurden semi-strukturierte Gespräche ausgewählt.

Das Ziel dieser Arbeit ist die Beschreibung der Seelsorge für Patienten auf einer standardmäßigen Inneren Abteilung.

Schlüsselwörter:

Ganzheitliche Pflege. Krankenhausseelsorge. Pflege. Seelsorge. Bedürfnisse. Gesundheits- und Krankenpfleger.

Obsah

ÚVOD.....	10
1. POTŘEBY PACIENTA	14
1.1. RELIGIÓZNÍ/SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	19
2. HOLISMUS.....	21
2.1. PÉČE O NEMOCNÉHO Z HLEDISKYA VÍRY A DUCHOVNÍHO ROZMĚRU	23
2.2. MULTIKULTURNÍ ETIKA V OŠETŘIOVATELSTVÍ PRO 21. STOLETÍ....	24
3. VÝVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ V ČESKÝCH ZEMÍCH SE ZAMĚŘENÍM NA PASTORAČNÍ PÉČI.....	26
4. PASTORAČNÍ PÉČE	28
5. OSOBNOST SESTRY	31
5.1. VZDĚLÁVÁNÍ A FORMACE SESTER.....	34
5.2. VZTAH SESTRY A NEMOCNÉHO.....	36
6. MADELEINE LEININGER: TEORIE TRANSKULTURNÍ PÉČE.....	37
7. NEMOCNIČNÍ KAPLAN	39
8. MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	42
9. PÉČE O DUŠI V PASTORAČNÍ PÉČI	43
10. PROBLÉM PRŮZKUMU	44
10.1. CÍL PRŮZKUMU	44
10.2. METODOLOGIE A METODY PRŮZKUMU	45
10.3. CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU.....	45
10.4. ORGANIZACE PRŮZKUMU	46
10.5. ANALÝZA DAT	46
10.6. DISKUSE.....	59
11. ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
PŘÍLOHY	63

ÚVOD

Dle definice WHO je zdraví stav tělesné, sociální a duševní pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady (NEJEDLÁ, 2015). Zdraví člověka má tedy vícerozměrný charakter. Má svoji biologickou, psychickou a sociální stránku.

Motivací k volbě tématu této práce nám byl právě stav duševní pohody pacienta. V době stále progresivnějšího vývoje zdravotnictví, objevování nových metod a postupů, kdy role všeobecné sestry není jen rolí pečovatelky či ošetřovatelky, ale je i rolí vysoce vzdělané a erudované specialistky, bychom se rádi v této práci zastavili u jedné ze základních potřeb nemocného a tou jsou jeho duchovní (spirituální) potřeby.

Už v 15. století přichází Juan Ciudad, známý také jako Jan z Boha a zakladatel církevního řádu Milosrdných bratří s heslem „Per corpus ad animam“, tedy „tělem k duši,“ kde je zahrnuto vše. Tedy to, že zdravotníci by neměli léčit jen nemoc a jejich příčiny a důsledky, ale stejně důležitou péči by měli věnovat i psychice a duchovním potřebám.

Cílem této práce je zmapování pastorační péče u pacientů na standartním interním oddělení.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Shrnutí možností pastorační a duchovní péče na standardním interním oddělení v úrovni současného stavu řešeného tématu

Cíl 2: Specifikovat teoretická východiska a definování základních pojmů

Cíl 3: Mapovat roli všeobecné sestry a pastoračního asistenta v situaci spirituálních potřeb pacienta

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Realizace empirického kvalitativního průzkumu klinické ošetrovatelské praxe

Cíl 2: Diskuse nad analýzou dat ostatních autorů prací na obdobné téma

Cíl 3: Doporučení pro praxi

Vstupní literatura

HAŠKOVCOVÁ, Helena. c.2007. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262471-3

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. Povídej-naslouchám. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. Malý duchovní život. ISBN 978-80-7195-405-7

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2

OPATRŇÝ, Aleš. 2014. Pastorage zvláštňích skupin. Červený Kostelec: Pavel Mervalt. ISBN 978-80-7465-116-8

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

Popis rešeršní strategie

Pro tuto práci s názvem Pastorační péče na standartním interním oddělení byly vyhledány a následně použity odborné publikace. Jako klíčová slova byla zvolena duchovní péče, nemocniční kaplan, ošetrovatelská péče, pastorační péče, všeobecná sestra, spirituální potřeby, spirituální péče. Mezi základními prameny čerpání informací patří katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), jednotná informační brána (www.jib.cz), souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>), databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz), online katalog NCO NZO a volný internet.

V této práci je i citován Gogola z roku 2002, kdy pro dané téma nebyla doposud vydána aktuálnější literatura popisující problematiku řeholní formace.

Zvolená literatura byla vybrána na základě potřebných informací k dané problematice a dostupnosti.

1. POTŘEBY PACIENTA

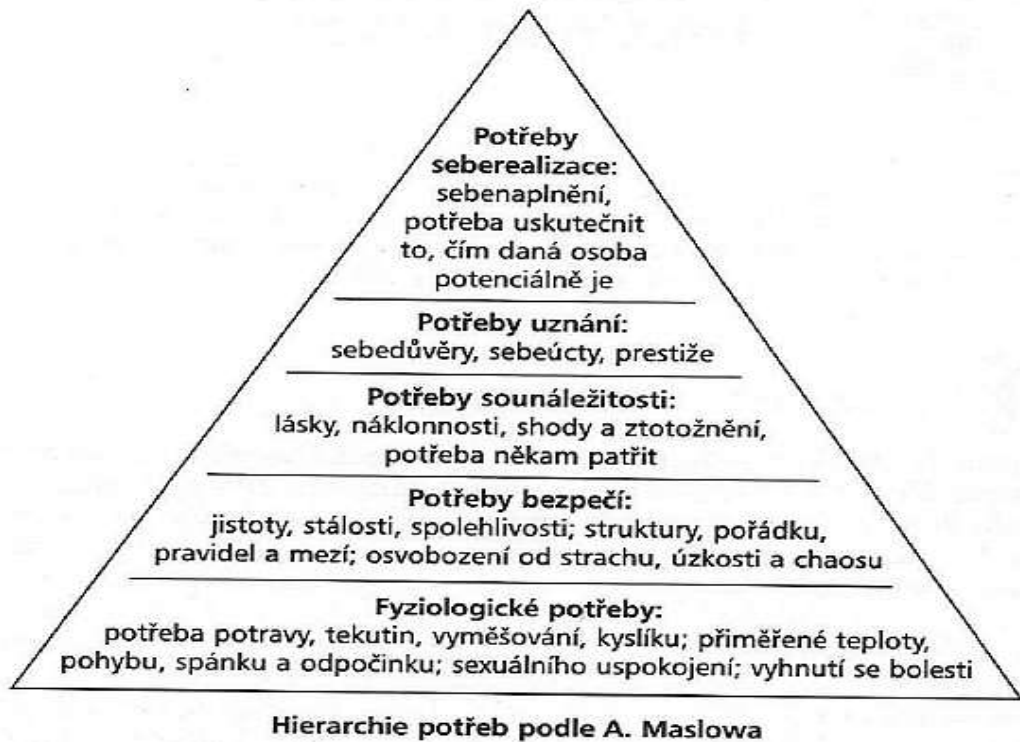
Pokud se v této kapitole chceme zabývat lidskými potřebami a jejich definicemi, je potřeba zmínit alespoň dva muže, kteří se definicí lidské potřeby zabývali, a kteří jsou zmiňováni hned v několika pramenech protože potřebám duchovním kladou stejný důraz, jako potřebám primárním.

Tedy dávají jasný důkaz o tom, jak důležité místo tyto potřeby zastávají a že jsou pro nás všechny důležité, ať již k nějaké náboženské konfesi patříme, či ne (ŠAMÁNKOVÁ, 2011).

ABRAHAM HAROLD MASLOW (1908 – 1970)

- americký psycholog, jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii
- jeho teorie tvrdí, že lidé jsou motivováni určitými potřebami a že tyto potřeby tvoří hierarchickou strukturu na základě dvou hlavních skupin potřeb:
 - o odstranění nějakého nedostatku
 - o dosažení hodnoty bytí

Původní teorie byla od svého vzniku v roce 1943 jejím autorem postupně doplňována a rozšiřována – pětiúrovňový model, ve kterém byla pouze seberealizace, se změnil na současný osmiúrovňový, používaný sporadicky.



Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb

Dostupné na: <http://www.otevrene-vyucovani.cz/ov/vychodiska/vychodiska.htm>

Maslowova hierarchie vcelku výstižně popisuje základní lidské pohnutky, které ovlivňují chování a prožívání v západní společnosti. (Plháková, 2006)

STEPHEN COVEY (1932 – 2012)

- uznávaný lektor a trenér leadershipu
- přednášející na univerzitě Jon M. Huntsman School of Business v Utahu, USA
- autor bestselleru 7 návyků skutečně efektivních lidí



Obrázek 2 - Systémový model STEPHENA COVEYE

Dostupné:<https://books.google.cz/books?id=0DXq3qx3y78C&pg=PA27&lpg=PA27&dq=syst%C3%A9mov%C3%BD+model+stephena+covey&source=bl&ots=PMILXp7--r&sig=uchdEPHlnhE0NyjofgnSlfnTgzI&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjenoG9q3SAhUDEpoKHesKD98Q6AEILDAC#v=onepage&q=syst%C3%A9mov%C3%BD%20model%20stephena%20covey&f=false>

V systémovém modelu, který nám Covey nabízí, by mělo docházet k uspokojování potřeb fyzických, mentálních, sociálních a duchovních vždy harmonicky.

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení k změněné rovnováhy – homeostázy. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi

úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života. Množství a intenzita potřeb inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech. Každá z nich je podle něj životně důležitá a každá z nich, není-li uspokojena, významně snižuje kvalitu života. Každá část ovlivňuje zbývající části i celek současně. (MASTILIAKOVÁ, 2014)

Zacharová uvádí, že vědomé vnímání potřeby vzniká na základě:

- pocitu nedostatku naplnění té které potřeby (biologické, materiální, duchovní nebo sociální strádání)
- pocitu nadbytku té které potřeby
- závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na jeho pocitu něčeho dosáhnout

Zásadní dělení potřeb podle obecných kritérií – toto dělení je mnohem podrobnější a obsáhlejší, vždy podle pohledu: osob, kterých se týkají, obsahu, ekonomického pohledu, naléhavosti, času, atd. My se však budeme soustředit na dělení podle podstaty člověka:

- biologické: vyplývají z podstaty člověka jako živé bytosti (potřeba potravy, tekutin, oděvu, spánku)
- psychické: jsou odvozovány a vyjadřovány prožíváním psychických stavů a jevů, vycházející z individuálního prožívání a vnímání světa
- estetické: odvíjí se od vyspělosti jedince a jeho požadavků na krásno
- sociální: společenské potřeby
- sociální a kulturní: jsou spojeny s kulturou jako produktem lidské společnosti
- sebevyjádření: touha pochopení, schopnost pojmenovat svá přání
- duchovní: jsou spojeny s duchovním zaměřením jedince, religiózním, filozofickým, psychologickým zaměřením a cítěním, smysluplnost existence, utrpení, smrti, hodnotový systém, cíl života, respektování víry, přijímání svátostí, praktikování náboženských rituálů, odpuštění. (BOROŇOVÁ, 2010)

Ať se však podíváme na potřeby z jakékoliv perspektivy, vždy platí, že každý člověk potřebuje mít pro svůj zdravý vývoj uspokojeny všechny druhy potřeby jejich uspokojování je nutné pro zachování života. (TÓTHOVÁ, 2014)

1.1.RELIGIÓZNÍ/SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

Pojem spiritualita má dlouhé a bohaté dějiny. Odvozuje se od latinského spiritus – duch, dech, niternost. Má mnoho významů, při jejichž výběru je rozhodující, z jakého úhlu k němu přistupujeme.

Obecně lze říci, že spiritualita je to, oč člověku jde, kam má namířeno, co má pro něj nejvyšší hodnotu, co je smyslem jeho života. (KŘIVOHLAVÝ, 2006)

Z našeho každodenního života, ať soukromého či profesního, se stále můžeme přesvědčit

o tom, že spirituální potřeby jsou dodnes jakési tabu nebo zastřeny mylnými informacemi o tom, že návštěva duchovního je jen za účelem „posledního pomazání,“ dle staršího a zavádějícího označení. Toto označení se používalo cca od 12. stol. do 60. let 20. století, kdy jej nahradila Svátost nemocných, což je označení příznačnější.

Většina pramenů i autorů se shodne, že každý z nás má své spirituální potřeby, ať si je připouštíme či ne. Většina autorů či odborníků se shodne, že každý z nás, dříve či později, dospěje do stadia, kdy si je ochoten připustit existenci Boha a každý z nás by rád dospěl do stadia, kdy je mu vše odpuštěno a kdy i on sám může odpustit, kdy je vypořádán sám se sebou, se svým životem a svými blízkými s pocitem, že je milován.

Nenaplnění této potřeby smysluplnosti ústí ve stav duchovní nouze. Člověk tím trpí a toto může vyústit až v zoufalství, proto je potřeba mu ukázat, že se dá žít i umírat smysluplně.

Na základě tohoto zjištění docházíme k závěru, jak důležité je, aby spirituální potřeby byly u pacientů zjišťovány tak rychle, jak je to jen možné. Vzhledem k citlivé povaze těchto informací, se nelze na vše vyptat hned, při prvním kontaktu, ale dá se citlivě, v závěru rozhovoru, opatrně zeptat, zda si pacient přeje, abychom oslovili duchovního, či zeptat na jeho vyznání (toto je aktuální i k možným dietickým

opatření, které plynou z pacientova vyznání, přesvědčení i stylu jeho dalšího ošetřování).

Dále se můžeme k tomuto tématu vrátit během hospitalizace pacienta, vždy však citlivě, aby zůstalo respektováno pacientovo právo na soukromí, ale při drobných úkonech během ošetrovatelské péče nemocnému naznačit, že jsme tu pro něj a že je respektován.

Lékařská péče o duši se však nemůže stát žádnou náhradou za duchovní péči. Někteří psychoterapeuti si stěžují, že v psychoterapii je často nutné provádět zákroky vysloveně duchovní povahy i tam, kde to psychoterapie neumí. Psychoterapeut proto musí být dobře erudován ve spirituální psychologii, aby mohl klientovi také pomoci s jeho náboženskými problémy. (RABAN, 2008)

Rozdíl mezi klinickou psychoterapií a pastorační péčí je ten, že psychoterapii smí poskytovat jen k tomu pověřený lékař či psychoterapeut. Na rozdíl od pastorační péče a nemocničních kaplanů, je tato péče orientována na osobní prožitky, zatímco péče pastorační či přítomnost nemocničního kaplana je spíše orientovaná na osobní, blízký kontakt a vztah k bohu.

Dostupné na: <http://das-sorgentelefon.com/seelsorge/seelsorger>

2. HOLISMUS

Podle Pavlíkové (2010) jsou každý lidský čin, skutek, názor i postoj ovlivněny určitým filozofickým názorem a to bez ohledu na to, zda si jedinec tuto skutečnost uvědomuje nebo ne. Filozofie má vliv na život, chování, jednání a práci každého člověka.

Vztah filozofie, ošetrovatelství a medicíny je velmi úzce spojen. Ošetrovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným existovalo od nejstarších dob. Tradiční přístup k nemocným ovlivňovala humanistická filozofie, a proto bylo ošetrování spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým. V medicíně je možné za převládající filozofický směr označit racionalismus a humanismus. Medicína 20. století integrovala poznatky různých přírodních oborů, což dalo základ biomedicínskému zaměření, tzn. zaměření na biologickou podstatu zdraví a nemoci a na biologickou podstatu zdraví a nemoci a na biologické činitele, které je ovlivňují. Objektem medicínské pozornosti postupně přestávalo být zdraví člověka v jeho souvislostech, ale stala se jím nemoc či nemocný orgán.

Snaha o zachování rovnováhy mezi technickým rozvojem a potřebami jedince vedla v ošetrovatelství k uplatnění holistického přístupu k člověku. Holistický přístup vyžaduje orientaci na biologické, psychické, sociální a spirituální aspekty ve zdraví a v nemoci.

Holizmus je termín odvozený z řeckého slova holos – celý, úplný, neporušený. Jde o filozofický směr vycházející z idealismu (idealismus je filozofický směr vycházející z teze, že prvním, čili tím, na čem je závislé všechno ostatní je něco ideálního nebo duchovního). Vyzdvihuje prvenství celku v poměru k částem. Filozofie celostnosti vnikla ve 20. letech 20. století.

Holistická filozofie se zabývá celkem a celostností. Celek nedegraduje na souhrn částí, ale vidí mezi nimi vzájemný vztah a ovlivnitelnost. Změna jedné části celku následně vyvolá změny v celku jako takovém a tím se celek mění. Všechny živé organismy jsou chápány jako jednotné celky ve vzájemné interakci, které jsou takto více než pouhý součet jejich částí.

Holisticky chápané zdraví zahrnuje celého jedince, jeho celistvost a všechny stránky životního stylu, tělesnou zdatnost, primární prevenci tělesných a emocionálních stavů, zvládnání stresu, reakce na prostředí, sebekoncepci a duchovno.

Holistická ošetrovatelská péče akceptuje práva klienta, která jsou integrální součástí ošetřování a léčebného procesu. Neoddělitelnou součástí holistického ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, který představuje systémový přístup s komplexní řešení problémů klienta; vždy je zaměřen na celého člověka, nejen na vlastní nemoc.

V psychologii je holismus spjatý s takovým pohledem, i přístupem k věci, kdy není oddělováno fyzické, mentální a spirituální a vše je nahlíženo v jednotné celistvosti. To platí pro tělo, psychiku, vědomí, ale i události a situace. V jakékoliv tísni je především nutná změna ve vědomí (uvědomování), které vede prostřednictvím změněné psychiky k uzdravení těla (obnovení zdraví) a potom následně k „uzdravení“ situace. (KRYMOVÁ, 2011)

Holistická ošetrovatelská péče akceptuje jednotlivce (rodinu, komunitu) jako nedílnou součást komplexní péče v rámci ošetrovatelského procesu. Cílem holistického ošetrovatelství je napomoci uzdravování a léčení jedince od narození až do jeho smrti. (BOROŇOVÁ, 2010)

2.1. PÉČE O NEMOCNÉHO Z HLEDISKYA VÍRY A DUCHOVNÍHO ROZMĚRU

Chceme-li vidět člověka jako plnou lidskou bytost, potom jej nevidíme jen jako více či méně fungující organismus, ale vnímáme jeho osobní historii, vidíme ho v síti vztahů, tedy v dimenzi sociální, a také v rozměru hloubek jeho nitra, jeho vnitřních jistot a v těch vztazích, které mohou jít dál, než jsou pracovní vztahy k lidem a k věcem, tedy v rozměru duchovním.

Za duchovní rozměr můžeme označit to, co tvoří základ, o který se opíráme, a to tak hluboký a zásadní, že není likvidován nějakou dlouhodobou nemohoucností člověka, jeho vyřazením z aktivní činnosti. Jinak řečeno, jde o základ, který není tvořen aktivitami člověka, jeho výkonem, ale na kterém spíš celý aktivní výkon člověka spočívá.

Druhý přístup je ten, že za duchovní rozměr člověka označíme právě to nepodmíněné a těžko pojmenovatelné, co do plnosti života chybí. Tímto je mněno to podstatné, co nelze koupit, zhotovit, vykonat, ale to, po čem člověk uvědoměle touží.

Mnozí si myslí, že nemocný potřebuje především prvotřídní ošetření, léky a klid. Jistě, je to také pravda, ale nezapomeňme, že každá nemoc znamená větší či menší izolaci – od světa zdravých, od vlastní práce, koníčků. Čím pak je budoucnost nemocného nejistější, v tím větší izolaci se může cítit. A tak nemocný potřebuje především člověka. Spíše člověka naslouchajícího a chápajícího, než vševěda, všeuměla nebo skvělého humoristu. Někdy také člověka, na kterého přenesse svoji agresi, strach, nevoli, špatnou náladu a on se neurazí. Nemocný zpravidla nepotřebuje, aby mu jeho situaci někdo umně vysvětlil, ale potřebuje, aby nebyl ve své situaci zcela sám. Aby ho někdo chápal, dělal mu společníka v jeho otázkách, zajišťoval mu spojení se světem, z něhož je nemocí vyřazen. (OPATRŇÝ, 2000)

Dostupné: http://www.knihovna.net/KNIHA/0051_t.htm

2.2. MULTIKULTURNÍ ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ PRO 21. STOLETÍ

Koncepce péče je založena na etice, která považuje za morální jednání sestry, jímž chrání a podporuje lidskou důstojnost pacientů. Péče je založena na morálním ideálu lidské důstojnosti zakořeněné v našich představách, proto by sestra měla vykonávat péči o obnovu zdraví v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny.

Ošetřování, ošetřovatelství je rovněž kultura. Péče o člověka ve zdraví a nemoci patří ke kulturním projevům dané společnosti. Každá kultura má vlastní hodnoty, zvyky, způsoby léčby a tradiční péče, které je potřeba zjistit, pochopit a využívat při poskytování péče lidem z odlišného kulturního prostředí.

Péče je definována jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou úmrtí. Sestra má usilovat hlubokou znalostí problematiky a ochotou dále se učit a sledovat prospěch klienta.

Současné ošetřovatelství požaduje holistický přístup v péči o nemocné. Mluvíme o uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocných.

Nemocnému můžeme pomoci v oblasti uspokojování spirituálních potřeb tím, že budeme:

- respektovat víru nemocného
- získáme informace o duchovních potřebách nemocného
- informujeme nemocného a příbuzné o bohoslužbách ve zdravotnickém zařízení
- podle přání nemocného zprostředkujeme návštěvu kněze, rabína, pastora

- zprostředkujeme návštěvu jiných věřících

Nemocný člověk vnímá priority svých potřeb mnohdy odlišné od zdravotnického

personálu. Spirituální potřeby mohou u některých lidí v určité fázi nemoci nabýt priority před potřebami biologickými. Je potřeba s nemocným a jeho potřebách komunikovat, aby se nestaly neřešitelným problémem. Saturace spirituálních potřeb je pomocí při naplňování pacientova smyslu života, a to i v situaci, že jeho horizont je krátkodobý. Základním kamenem spirituální péče je duchovní opora a schopnost naslouchat.

Filozofický základ slova lze hledat v hebrejském „rauch“ nebo latinském „spiritus,“ což znamená v dnešním slova smyslu „duchovní či vůdčí duch“ nebo také „duch“ nějakého počínání. Původně znamenal nejen dech, ale také vánek. Tento dech, vánek, vítr má však určitý směr vanutí. Je možné se domnívat, že obdobně lze rozlišovat různé směry i v zaměření v životě člověka. Pak mluvíme o směřování člověka. Toto směřování je podstatnou charakteristikou nejen charakteru člověka, ale i kvality jeho života.

Duchovní oblast je možno definovat jako ta kritéria, podle nichž provádíme výběr a hierarchizaci hodnot. Spirituální je z tohoto hlediska pak to, co nás inspiruje, motivuje a udává směr našemu životu (OPATRŇÝ, 2014, MASTILIAKOVÁ 2014, KUTNOHORSKÁ 201).

3. VÝVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ V ČESKÝCH ZEMÍCH SE ZAMĚŘENÍM NA PASTORAČNÍ PÉČI

Zárodky organizovaného ošetřování nemocných můžeme v českých zemích sledovat už v 10. století za vlády knížete Boleslava (935 – 967). V té době začaly na území Prahy vznikat první hospice, které sloužily jako útulky pro chudé, nemajetné a nemocné jedince. Civilní sestry zde poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách. Rovněž i některé církevní řády a kongregace viděly své poslání ve službě nemocným a trpícím.

Významnou postavou raného ošetřovatelství v Českých zemích byla Anežka Přemyslovna, zakladatelka klášterů v Praze. Nejstarším byl klášter i se špitálem u sv. Halštala, založený r. 1233. Založila také řád Křížovníků s červenou hvězdou a současně s ním vypracovala pravidla, jimiž se bylo nutno řídit při ošetřování a opatrování chudých a nemocných. Anežka Přemyslovna byla později považována za zakladatelku českého ošetřovatelství. Roku 1989 byla svatořečena.

Dalšími řády či kongregacemi, které poskytovaly ošetřovatelskou a opatrovnickou péči, byly boromejky, johanitky, alžbětky, milosrdní bratři. Diakonky, příslušnice protestantských řádů, poskytovaly péči nejen jedincům ve špitálech a lazaretech, ale také v terénu, kdy docházely za nemocnými do jejich domovů. Návštěvní opatrovnictví se tehdy uplatňovalo zejména při infekčních onemocněních. Opatrovnická služba ve špitálech a domácnostech byla namáhavá a odměna za ní byla nepatrná, proto byla vykonávána zpravidla s velkým zaujetím.

Tato charitativní ošetřovatelská péče/řádové opatrovnictví se zaměřovalo především na uspokojování nejzákladnějších potřeb života – zajištění přístřeší, poskytnutí stravy, na hygienu, duchovní podporu a později na léčivou péči.

Ošetřovatelství se do poloviny 19. století utvářelo ruku v ruce s rozvojem medicíny. Ve druhé polovině 19. století bylo ošetřovatelství v českých zemích ovlivněno silným emancipačním ženským a národnostním hnutím. Na rozvoj rakousko-uherského ošetřovatelství měla vliv činnost Florence Nightingale. Počátky ošetřovatelství a jeho vývoj do poloviny 20. století jsou úzce spojeny s charitativní

péčí a přirozenou snahou člověka pečovat o sebe a své blízké. Je úzce spojeno s dobovým pojetím smyslu života a posláním člověka zde na zemi. Do osvícenské doby pojetí péče o člověka velmi ovlivňovala církev. V 18. století dochází k zakládání špitálů a do ošetřování nemocných vstupuje světská moc. Církev si udržuje dominantní postavení pomocí prostřednictvím řádových sester u lůžka nemocného a altruistickou péčí o něj (POSPÍŠILOVÁ, 2014).

4. PASTORAČNÍ PÉČE

Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme jej v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.

Duchovní péče je velmi široký pojem, který spadá do oblasti praktické teologie. Jednoduše lze říci, že se jí rozumí všeobecná křesťanská povinnost péče u spirituální (duchovní) potřeby lidí. Každý pastor (kněz, kazatel) by měl být dobrý psycholog a měl by se postarat nejen o své ovečky, ale nabídnout pomoc i nevěřícím. V situaci vážné nemoci či v závěru života je násilné „obrácen na víru“ nepřípustné, ale nabídka víry je možná, a někdy i vhodná.

V současných příručkách pastorální teologie se úkoly církve zpravidla vyjadřují čtveřicí kerygma – hlásání, diakonia – služba potřebným, leiturgia – bohoslužba a koinonia – společenství. Pastorační péči můžeme rozumět uskutečňování těchto úkolů církve, a to tak, že v pastorační péči a činnosti jsou zpravidla zastoupeny všechny výše zmíněné složky, ovšem vždy v různém poměru. (OPATRŇY, 2014)

Pastorační péči proto můžeme rozdělit zhruba do těchto základních skupin:

a) jednání s člověkem

prvotní je zde kontakt s trpícím člověkem, který potřebuje druhého člověka či druhé lidi ke zvládnutí své situace.

b) Respektování jedinečnosti člověka

křesťan doprovázející nemocného, bude stále tísňen dvěma póly, mezi nimiž vede jeho cesta. Na jedné straně se bude chránit manipulace s nemocným, vnucování vlastních názorů a postojů, na druhé straně nebude chtít stát vůči nemocnému neutrálně tak, že by vlastně učinil své křesťanství neviditelným a neslyšitelným. Místo toho by měl jako výchozí pozici zvolit fakt, že oba, on i nemocný, jsou plnoprávní a zodpovědní lidé, kteří se setkávají v rovnocenné situaci. Oba se mají

respektovat, oba si mají co nabídnout, oba se mohou navzájem obohatit, a to tím, co jeden svobodně předá a druhý svobodně přijme.

c) Doprovázení v nemoci z pozice křesťana

toto slovo – doprovázet – vystihuje jak povinnost pomáhajícího (dokud doprovázím, tak neopouštím), tak respektování doprovázeného a také skutečnost, že nemocný nepřichází bez vlastní historie – jde svou životní cestou, na níž se k němu doprovázející přidružuje. Prakticky to znamená, že by měl v nemocném především vidět člověka Bohem milovaného, člověka, který je předmětem Boží péče. Dále to znamená, že se bude snažit mít nemocného rád bez ohledu na to, jak se má nemocný k němu.

d) Pomoc lidsky důstojně zvládnout situaci

Nemocný nemá jen svou nemoc, umírající nemá jen svou bolest a umírání. Člověk se nachází v životní situaci, která zahrnuje jeho minulost, jeho minulé a současné mezilidské vztahy, otázku náplně a smyslu života, otázky po budoucnosti, stav jeho nitra i fungování jak jeho psychiky, tak jeho tělesných funkcí, otázku konečné platné spásy. Lidsky důstojné zvládnutí situace znamená mnohem častěji třeba i dlouhý vnitřní boj, u kterého může doprovázející asistovat, který ale nemůže za nemocného vybojovat. Při tom všem má být respektována lidská důstojnost doprovázeného a má být podpořeno její zachování.

e) Pomoc na stupni víry, který je nemocnému dostupný

znamená, že nebudeme nynější stav víry podceňovat, ale naopak oceníme každou pravou jiskřičku víry a že s nemocným nebudeme jednat jako s člověkem, který má za povinnost stát se v co nejkratší době takovým, jak mu to my předepíšeme. Nakonec nesmíme zapomenout, že my nikdy neurčujeme, jak vysoká musí být úroveň víry., potřebná k tomu, aby se člověk dostal do nebe. Na nás jen je, abychom pomáhali doprovázenému na cestu, která jistě vede k cíli a abychom jej neopouštěli. (HAŠKOVCOVÁ, 2007; OPATRŇY 2014)

Duchovní péče nebo chceme-li klinická pastorační péče, dnes znamená mnohem víc, než jen rozhovor. Požadavky na nemocničního kaplana jsou dnes mnohem větší.

Nemocniční kaplan musí dnes zvládat nejen naslouchat a vést rozhovor, ale musí také umět zpracovat mnohé životní krize.

Dostupné na: <http://leben-braucht-mut.de/seelsorge/>

5. OSOBNOST SESTRY

Kutnohorská (2010) uvádí, že každá profese je náročná na určitou osobnostní výbavu. Ošetrovatelská profese je náročná fyzicky i psychicky.

Každý den jsou sestry svědky lidských neštěstí, umírání a okamžiků, které mění hodnoty člověka. Výbava sester a požadavky na ni jsou aktuální v celém historickém vývoji této profese.

Osobnostní výbavou sester se zabývala i Florence Nightingalová v Knize o ošetrování nemocných, která je i tímto v mnohém poučná a inspirativní pro současnost. Florence Nigthingalová v ní položila základy etickému kodexu ošetrovatelek. Zdůrazňuje v ní, že ošetrovatelka musí být:

- svědomitá, spolehlivá
- střídmá, počestná
- zbožná, pokorná
- rozhodná, klidná
- rozvážná, dobrý pozorovatel
- dobrosrdečná, empatická
- důvěryhodná

F. Nightingalová myslela především na blaho pacienta, zdůrazňovala, že ošetrovatelka musí věnovat pozornost zvláštnostem pacientů, že některý chce své utrpení snášet sám a jiný požaduje, aby u něho stále někdo seděl a litoval jej. Zdůrazňuje, že dobré pozorování dává ošetrovatelce zvláštní moc. Píše, že „ošetrovatelka musí být osobou, na kterou se lze spoléhat, a musí být důvěryhodná. K vlastnímu povolání musí mít úctu, neboť drahý dar života je často vložen do jejích rukou.“

Jarmila Roušarová – významná osobnost českého ošetrovatelství, pracovala v nemocnici Na Bulovce, byla činná v Českém červeném kříži, zabývala se osvětou v péči o matku a dítě, napsala první českou učebnici ošetrovatelství – uvádí ve své knize Pokyny k ošetrovatelské technice:

„Sestra je s nemocným nejdelší dobu, proto má dost příležitostí k pozorování jeho stavu. Může přispět k rychlejšímu stanovení diagnózy nebo k úsudku, zda léčba má žádoucí účinek. Vlastnosti, které musí mít k pozorování nemocného:

- individuální zájem o každého nemocného a snahu pomoci mu
- inteligenci a bystrost postřehu
- odborné ošetrovatelské znalosti a zkušenosti
- přesnost a spolehlivost při hlášení příznaků

Na počátku padesátých let 20. století pracovaly na některých odděleních ještě řádové sestry, které se po r. 1989 opět směly ke svému původnímu poslání a charismatu svých kongregací. Ty se vyznačují většinou obětavostí, laskavým a trpělivým vztahem k nemocným.

V období socialismu patřily sestry k váženým profesím, i když musely poslušně sklánět hlavu a poslouchat. Postupně si získávaly vážnost a stávaly se nepostradatelnou pomocnicí lékaře. Rozvoj medicíny jim přinášel postupně i větší kompetence, což bylo spojeno s vyššími nároky na vzdělávání a na jejich osobnostní profil.

K osobnostnímu profilu sestry patří i snaha o neustálé prohlubování odborných znalostí a tím postupně zvyšování kompetencí. V rámci své kvalifikace a náplně činností se zajímá o novinky ve svém oboru, v systémech zdravotní a sociální péče. Je si vědoma, že ošetrovatelství není jen profese s technickou dovedností jednotlivých úkonů, ale také vědecká činnost, která předpokládá, že hodnotí zavedené stereotypy práce a vyhodnocuje je pro teorii ošetrovatelství.

Etické dimenze profese souvisí s obecnými principy morálky a morálního jednání. Ty jsou formulovány jako zásady chování, zakotvené v etických kodexech, které poskytují rámec, v jehož hranicích by se měl profesionál pohybovat. Etické principy chování sestry rámcově určují Etické normy v ošetrovatelském povolání.

Jaký osobností profil se požaduje od sestry 21. století?

K sestře patří přívětivost, pochopení, laskavost. Jako blízký člověk pacientů má být sestra lidská, odborně erudovaná, empatická.

Dále by měla:

- vytvářet příjemné prostředí v ordinaci, čekárně
- zjišťuje možnosti rodiny, eventuálně blízkého okolí
- aktivně komunikuje s pacientem, pomáhá odkrývat skryté příčiny obtíží nebo obtíže, které pacient podceňuje, a pro které by k lékaři nepřišel, ale je třeba, aby jim byla věnována pozornost

podporuje pacienty a dodává jim odvalu, aby se svěřili lékaři, obtíže, které se stydí říci, lékaři tlumočí, uklidňuje, edukuje, instruuje pacienty před vyšetřením a dodává jim sebevědomí.

Heřmanová (2012) uvádí, že empatie a soucit jsou rovněž velice důležité vlastnosti

a schopnosti všech zdravotnických pracovníků. Jaké otázky bude klást sestra, aby mohla podpořit ošetrovatelské diagnózy riziko duchovní nouze, riziko porušené religionizity? Jakou má sestra profesionální i lidskou přípravu k tomu, aby na základě stanovené diagnózy mohla plánovat vhodné a účinné intervence? Randall a Downie doporučují přistupovat k otázce psychosociálních a spirituálních potřeb podobně jako k léčbě fyzických potíží. Musíme zvažovat přínos a možná negativa psychosociální intervence z pozice principů respektu k autonomii, dobře činění a nepoškozování, i spravedlnosti. Psychosociální péče se má pacientům nabízet, ale ne vnucovat.

5.1. VZDĚLÁVÁNÍ A FORMACE SESTER

Kutnohorská (2010) uvádí, že ošetrovatelské vzdělávání a praxe prošly na přelomu

20. a 21. století změnami, které jsou výsledkem transformace zdravotnictví a zvyšující se profesionální přípravy, což se projevilo v kompetencích ošetrovatelky – všeobecné sestry.

Zásadní změnou ve vzdělávání sester v ČR bylo přijetí zákona č. 96/2004Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních. Odborná způsobilost k výkonu povolání oboru ošetrovatelství se začala získávat

- absolvováním zdravotnického bakalářského studijního programu, který musí splňovat stanovené minimální požadavky dané vyhláškou č. 39/2005 Sb.
- absolvováním tříletého studia na VOŠ

Vzdělávání je mimořádně silným nástrojem rozvoje kompetencí, a tím i zvýšení konkurenceschopnosti organizace, která chce udržovat krok se změnami technologie, ekonomiky

a prostředí vůbec. Svět se neustále mění a odborný pracovník se proto musí po celou dobu své pracovní kariéry neustále vzdělávat - mluvíme o celoživotním vzdělávání ve zdravotnictví. (PLEVOVÁ, 2012)

Nejvýznamnější změny, kterými na konci 20. století a na počátku 21. století prošla ošetrovatelská profese, lze zhruba vyjádřit následovně:

- ošetrovatelství se profiluje jako profese s přesně definovaným kompetencemi v rámci zdravotní péče
- ošetrovatelství se orientuje na péči ve zdraví a v nemoci
- ošetrovatelství se stává vědní disciplínou a výzkum v ošetrovatelství je součástí profesní výbavy nelékařských zdravotnických profesí

- úkoly, které stojí před ošetřovatelstvím v každodenní i dlouhodobé péči, jsou nekončícím procesem

Protože povolání všeobecné sestry patří mezi regulovaná povolání dané zákonem č. 55/2011Sb., jsou tento zákon povinny splňovat i řádové sestry, které vykonávají povolání všeobecné sestry. Mimo tento zákon, jsou pro ně zásadní ještě podmínky dle kanonického práva a formace dle vlastní řehole.

Řeholní formace je proces, jenž zahrnuje dobu od chvíle, kdy někdo poprvé projevil zájem o vstup do tohoto života, až do jeho dovršení. A proto je celý řeholní život nepřetržitým formačním procesem.

Celkově se formace dělí na počáteční a trvalou. Do období počáteční formace patří prenoviciát, noviciát a doba formace po dočasných slibech. Počáteční formace má zajistit, aby člověk získal dostatečnou samostatnost a mohl věrně prožívat své řeholní závazky.

Řeholní formace nekončí chvílí, kdy se složí věčné sliby, ale trvá celý život. Její etapa zahrnující dobu od složení věčných slibů do konce života je označena pojmem stálá, trvalá, permanentní formace. (GOGOLA, 2002)

5.2. VZTAH SESTRY A NEMOCNÉHO

Zacharová (2013) popisuje povolání sestry z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu jako velmi náročné, kdy objektem práce sestry je člověk. Sestra by měla brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především morální hodnoty. Mezi nejdůležitější patří úcta k člověku.

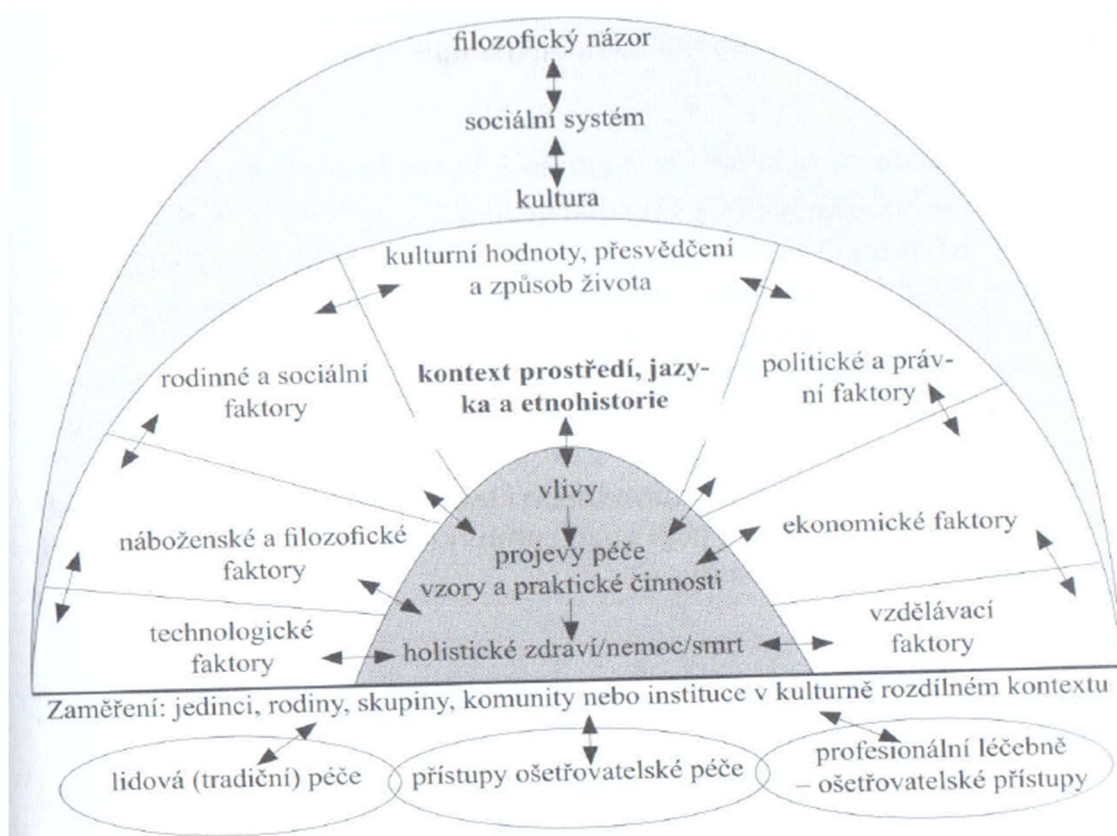
Sestra byla v očích nemocných vždy člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá s velkou tolerancí a laskavostí řešit. Má možnost poznat nemocného po psychologické stránce mnohdy lépe než lékař. Kromě profesionální schopnosti poskytuje nemocnému porozumění a oporu, pečuje o jeho emocionální stav. Měla by znát a chápat i osobní problémy nemocných a při jejich řešení postupně s lékařem.

6. MADELEINE LEININGER: TEORIE TRANSKULTURNÍ PÉČE

Získala základní ošetrovatelské vzdělání na St. Anthony's Nursing School v Denveru. V roce 1950 bakalářské vzdělání v biologii s vedlejším předmětem filozofie a humanismus na Benedicte College v Atchinsonu. V roce 1954 magisterské vzdělání v psychiatrickém ošetrovatelství na Catholic University of America ve Washingtonu D.C.. V roce 1960 poprvé definovala termín „transkulturní ošetrovatelství.“ Hostovala na 48 amerických a zahraničních univerzitách.

V polovině 50. let minulého století se M. Leininger začala zajímat o vliv kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. Zájem o vliv kultury na ošetrovatelství iniciovaly vlastní zkušenosti M. Leininger ze sesterské praxe. Ty souvisely s mnohonárodnostními, etnickou rozdílností a migrací obyvatelstva USA. Leininger si všimla odlišného chování příslušníků jednotlivých národností a etnik. Postupně si uvědomovala, že kultura má značný vliv nejen na životní styl, ale také na ošetrovatelskou péči. Tohoto faktu si v ošetrovatelské praxi a teorii dosud nikdo nepovšimnul. Teorie M. Leininger pevně zakotvila v ošetrovatelské vědě. (Pavlíková, 2010)

Na Leiningerovou navázaly Joyce Newman Giger a Ruth Davidhizar a jejich model se označuje jako Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče (1988).



Obrázek 3 - Model vycházejícího slunce

PAVLÍKOVÁ, S., Modely v ošetrovatelství v kostce. 69 s.

7. NEMOCNIČNÍ KAPLAN

Dle Katolické asociace nemocničních kaplanů v České republice je nemocniční kaplan mezinárodní osoba, která vykonává pastorační péči ve zdravotnických popř. sociálních zařízeních. Působí na základě pověření svou církví a smlouvy s nemocnicí. Nabízí svou službu průvodce v úzkosti, v hledání naděje a odpovědí na otázky po smyslu života, v prožívání víry v době nemoci, umírání a smrti. Kaplan nemocného přijímá v jeho současném stavu, a jak fyzických obtíží a psychosociálních problémů, tak v jeho emočních těžkostech a v hledání orientace v souvislosti s tím, co nemocný prožívá.

V náročných obdobích nemoci pomáhá hledat naději prostřednictvím osobního zaměření nemocného. Pomocí pastoračního rozhovoru napomáhá nemocnému k přijetí obtíží souvisejících s nemocí a utrpením a k smíření se sebou samým, s druhými lidmi, s Bohem.

Standardně se se službou kaplanů v České republice setkáváme v armádě a vězeňství. Ve zdravotnictví se však setkáváme s pojmem klinická pastorece, což je vlastně zdravotní kaplanská služba poskytující pastorační službu či poradenství ve zdravotnických zařízeních.

Slovo pastorece, či pastorační je odvozeno z latinského slova pascere – sytiti. Proto nemocniční kaplani v České republice nabízejí svým klientům osobní rozhovor, lidskou blízkost a doprovázení v nemoci, četbu z Bible a společnou modlitbu, slavení svátostí, zprostředkování kontaktu na katolické kněze a duchovní jiných křesťanských církví registrovaných v České republice.

V jednotlivých evropských zemích je pastorační péče organizována různými způsoby, které jsou dány např. řízením uvnitř církví či náboženských společností, státními zdravotnickými směrnicemi a politikou, kaplanskými asociacemi. Kaplanskou službu vykonávají duchovní i laici, kteří prošli odborným výcvikem v oblasti pastorační péče mají zplnomocnění od své náboženské komunity jsou uznáni zdravotnickým systémem. Kaplanská služba je součástí práce multidisciplinárního týmu.

Dostupné na: <http://kaplan-nemocnice.cz/>

Činnost nemocničního kaplana je ukotvena v Etickém kodexu nemocničního kaplana, který 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 péčí v širším slova smyslu rozumí takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektuje v jeho jedinečnosti, přistupuje k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřícího křesťana, věnuje pozornost jeho sociálního okolí, doprovází jej v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání. Pomáhá k lidskému zvládnutí životní situace včetně smrti, a to na dostupném úrovni víry a jejího možného rozvoje.

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

Dostupné na <http://www.nemocnicnikaplan.cz/rubrika/6-Eticky-kodex/index.htm>

- v případě potřeby zprostředkovat kontakt s duchovními vlastní víry
- rozvíjet a udržovat požadované znalosti, dovednosti a kompetence v oblasti vlastní práce
- chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí
- s úctou respektovat existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti
- dbát na to, aby spirituálním potřebám lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení pacienta a i pracovníka
- poskytovat podpůrnou spirituální péči především empatickým nasloucháním a s porozuměním vnímat stavy úzkosti, obav a znejistění

Duchovní péče nebo chceme-li klinická pastorační péče, dnes znamená mnohem více než rozhovor.

8. MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Ve zdravotnictví je nepředstavitelné, aby jeden člověk zabezpečoval komplexní péči o zdraví zdravých lidí, anebo sám holisticky pečoval o nemocné. K dosažení cílů, jakými jsou udržení nejvyšší možné kvality života ve zdraví jedinců a také jejich uzdravení v nemoci nebo alespoň dosažení eliminace diskomfortu v důsledku nemoci, je nutná spolupráce jednotlivců – profesionálů, z nichž každý zabezpečuje péči o jedince na úrovni své profese. Proto je třeba mít na paměti, že se zvyšujícími se požadavky na medicínskou i ošetrovatelskou péči, se zdravotnictví bez kvalitního multidisciplinárního týmu neobejde. Týmová práce je pro ošetrovatelství klíčová, neboť ve zdravotnictví vede k vyléčení jednoho pacienta mnoho intervencí poskytovaných mnoha profesionály. Ošetrovatelství se bez týmové práce neobejde jen málokdy či spíše takřka nikdy. (PLEVOVÁ, 2012)

Svatošová (2011) uvádí, že uspokojit všechny potřeby nemocného (tělesné, duševní, sociální i duchovní) a vytvořit kolem něj atmosféru lásky, klidu a pokoje samozřejmě nemůže jen jeden člověk, byt' měl kvalifikaci sebevětší.

Týmová spolupráce, zahrnující kromě zdravotníků i duchovního, psychoterapeuta, ale i nemocného a jeho rodinu a přátele je naprosto nezbytná. Není třeba připomínat, že pacient je plnoprávným členem týmu. Ale současně i středem, cílem našeho zájmu.

Všichni musí sledovat dobro pacienta. Všechno, co může zlepšit kvalitu života nemocného, je žádoucí. Co jí zlepšit nemůže, tím by neměl být obtěžován.

Budování lidské etiky musí zvláště ve zdravotnictví zásadně vycházet z etiky vůči respektování nemocného, postavených cílů a vizí celého týmu. (PTÁČEK, 2014)

9. PÉČE O DUŠI V PASTORAČNÍ PÉČI

Brzáková Beksová (2013) uvádí, že pokud jsme s druhými v pravém slova smyslu, přímo či nepřímo, pomáháme slabším, máme starost o druhé. Je to priorita a zároveň podmínka tzv. spolubytí. Smyslem pravého bytí je humánnost, sociální moralita lidského společenství, ve kterém neschází ohleduplnost, laskavost, odvaha, láska, ochota pomáhat, sebeovládání a v kterém panuje vůle k pozitivnímu rozvoji společnosti. To jsou zároveň křesťanské hodnoty, jejichž smysl umocňuje víra v definitivní spravedlnost, a tím i autonomní morálka, která postuluje osobní sebevědomí. Z etického i teologického hlediska je sociální lidství sebevýchovou.

Tělo i duše – obojí je důležité. Je to důležité pro jednotlivce, je to nezbytné pro společenství, celek všeho je podstata sociálního lidství. Péče o seniory v centru praktické (pastorální teologie) spočívá v pomoci a doprovázení, v ukazování Boží vůle a záměru existence lidské pospolitosti. Pomoc se projevuje ve skutcích pro dobro druhého člověka. Myslet dobro a uskutečňovat jej představuje svědomí a skutky.

Předpokladem pro pastorači je láska k bližnímu, přirozená potřeba péče o druhé. Teologická vybavenost pro duchovní pastorači vychází z pastorální teologie a křesťanské etiky. Pastorální teologie se zakládá na demonstraci vztahů mezi Bohem a člověkem, popřípadě mezi duchovním a věřícím. Vztah je obousměrnou komunikací, je posilován vzájemným úsilím, sdílením preferencí, péčí a starostí.

Pastorace je službou životu reálnému i budoucímu. Proto je útěcha nemocným důležitá, aby člověk neupadl do beznaděje, aby mu bylo poslouženo slovem, skutkem, vztahem.

Zdravotníci by měli aktivně zjišťovat, zda si pacient přeje přivolání duchovního podle jeho víry pro umožnění pastorační péče. (BUŽGOVÁ, 2015)

10. PROBLÉM PRŮZKUMU

Problémem v průzkumné části bakalářské práce je odpovědět si na pět otázek, které se týkají pastorační péče na standardním interním oddělení.

10.1. CÍL PRŮZKUMU

Cílem průzkumu bylo najít odpověď na těchto pět otázek:

1. Proč jste se stala všeobecnou sestrou (motiv a v kolika letech jste se rozhodla)?
2. Setkala jste se někdy se situací, kdy pacient využil pastorační/duchovní péči (např. svátost, rozhovor, pomoc při řešení krizové situace)
3. Setkala jste se během své praxe, že by pacient vyslovil svůj zájem o pastorační/duchovní péči během prvního kontaktu?
4. Setkala jste se někdy s tím, že pacient změnil své rozhodnutí během své hospitalizace a o duchovní/pastorační péči pžádal?
5. Proč jste zvolila všeobecnou sestru jako civilní zaměstnání/ poslání ve Vaší kongregaci?

10.2. METODOLOGIE A METODY PRŮZKUMU

Praktickou část tvoří průzkum šetření koncipovaný jako kvalitativní. Cílem kvalitativního průzkumu je pochopení problému pastorační/duchovní péče u pacientů na standardním interním oddělení v hlubším kontextu. Design průzkumu je přizpůsoben reálné situaci v klinické praxi.

Je užíváno metody indukce (od malých poznání k velkým), hlavní technikou je polostrukturovaný rozhovor se šesti všeobecnými sestrami, který byl zaznamenána formou videozáznamu.

Rozhovor a následný videozáznam byl schválen manažerem PR a marketingu nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

10.3. CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU

Počet respondentů pro účely bakalářské práce v tomto případě respektuje velikost základního souboru, který tvoří 18 respondentů a mapuje 1/6 základního souboru. Pro většinu z nich byl nepřekonatelným problémem vlastní účast ve videozáznamu, a proto je konečný vzorek respondentů tvořen jen šesti respondenty – třemi civilními všeobecnými sestrami a třemi řádovými všeobecnými sestrami. Polostrukturovaného rozhovoru se účastnilo šest všeobecných sester, z toho tři civilní a tři řádové sestry. U řádových sester jsou zastoupeny dvě kongregace – dvě sestry z kongregace Milosrdných sester sv. Kříže a jedna sestra z kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského.

Při vytváření koncepce teoretického rámce pro umístění problému do širšího kontextu

a s ohledem na formulování cíle, byl výběr pro rozhovor vývěrového souboru respondentů ovlivněn organizací a možnostmi církevního zdravotnického zařízení.

Pilotní studie a korekce probíhala u třech studentek oboru všeobecná sestra vysoké školy zdravotnické, které v prvním ročníku absolvovaly odbornou praxi v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského.

K finální podobě měl možnost vyjádření i management nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, který možnost průzkumu a nástroje sběru dat odsouhlasil.

10.4. ORGANIZACE PRŮZKUMU

K průzkumu byl použit videozáznam, který byl natáčen v prostorách nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, na chirurgickém oddělení ve dvou etapách, protože bylo nutné se podřídít službám a časovému vytížení respondentů. K natáčení došlo v lednu 2017 a v únoru 2017, vždy v podvečerních hodinách, tedy mezi 18. – 20. hodinou. Samotnému natáčení předcházela schůzka v trvání 80 minut, kde došlo k představení všeobecných sester a bakalářské práce, pro kterou byl tento průzkum realizován.

Materiální a finanční zabezpečení bylo poskytováno z vlastních zdrojů.

10.5. ANALÝZA DAT

Všechny respondentky souhlasily s uvedením svého jména ve videorozhovoru i v následném přepisu pro studijní účely.

1) Proč jste se stala všeobecnou sestrou (motiv a v kolika letech jste se rozhodla)?

Jana Křivánková, všeobecná sestra

„Chtěla jsem pomáhat lidem, to byl můj první motiv a druhý, prostě, bavilo mě to, hledala jsem takový povolání, který by mně bavilo, takže to byla taková moje volba. A chtěla jsem to už od dětství, když jsem se setkala s jednou zdravotní sestrou. To mě tak jako motivovalo.“

S. M. Faustyna, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Tak já už jsem to měla jasné už od narození, já už jsem od dětství toužila po tom zdravotním, už dětské hry byly na zdravotníky a tak už nějak od malička mně to přitahovalo, takže ve věku, kdy se lidi nebo děcka rozhodnou, kam jít na školu, tak já jsem měla úplně jasno, na zdravotku.“

Romana Václavíková, všeobecná sestra

„Motiv? Tak to teda ti asi neodpovím, protože to nevím. Ve čtrnácti letech přihláška na zdravotnickou školu. Motiv, jako možná ještě ten motiv, že si člověk hrál s těma panenkama a ubližoval jim systematicky, aby je mohl ošetřovat, toť vše.“

S. M. Norberta, všeobecná sestra, Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského

„V kolika to nedokážu úplně říct, ale zdravotní sestrou jsem se stala kvůli tomu, že jsem začala uvažovat o řeholním povolání a ve spojení s řeholním povoláním mě napadlo, že pokud mám být řeholní sestra, tak se mám starat o nemocné a že jsem to poslání s tím povoláním, že to mám jakoby hodně spjaté dodnes. A to bylo už v době, kdy zrušili střední zdravotnické školy a já jsem vlastně o řeholním povolání začala uvažovat až během střední školy, jsem studovala průmyslovou školu, takže po maturitě jsem si dávala přihlášku na vyšší zdravotnickou školu, takže to úplně zásadní rozhodnutí bylo v sedmnácti letech, asi rok před maturitou, kdy jsem se rozhodovala, kam půjdu po střední škole, tak jsem si dala přihlášku na vyšší zdravotnickou školu, s tím, že jsem potom chtěla jít k sestřám, tehdy už konkrétně k boromejkám, abych se mohla starat i o nemocné. Takže v těch sedmnácti letech, tak to byl asi takovej ten zásadní bod, kdy jsem si řekla, že půjdu na příjmačky, že budu studovat zdravotní školu.“

Kristýna Houžvičková, všeobecná sestra

„Tak v letech to bylo ve čtrnácti, že jo, na konci tý osmý třídy a motiv? Takový povolání, který není v kanceláři, nemám ráda kancelářskou práci, baví mě práce s lidma takže asi ten důvod.“

S.M. Aloisie, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Maturovala jsem až v 92. roce, to mi bylo třicet let. Jako původně jsem rentgenová laborantka, a to vlastně, tou všeobecnou sestrou jsem se stala až na popud svých představených, když jsem mohla po revoluci vstoupit do kláštera a primář Kubíček v nemocnici Na Františku, chtěl ve své nemocnici a na svém oddělení, tak chtěl sestry, a protože jsem byla rentgenová laborantka, tak ještě spolu se svými třemi sestrami, které byly jiných profesí, začali jsme si dodělávat zdravotní školu. Takže po dvou letech jsme po tom odmaturovaly a nastoupily jsme jako zdravotní sestry.“

2) *Setkala jste se někdy se situací, kdy pacient využil pastorační/duchovní péči (např. svátost, rozhovor, pomoc při řešení krizové situace)*

Kristýna Houžvičková, všeobecná sestra

„Ne.“

S.M. Faustyna, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Setkala tady v této nemocnici, u lidí, kteří přicházejí, tak někteří ti věřící už přirozeně jako nějak hledají, třeba formu rozhovoru, nebo jako chtějí zavolat kaplana nebo něco takového. Tak setkala.“

Romana Václavíková, všeobecná sestra

„Nesetkala.“

S. M. Aloisie, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Vlastně jako řeholní sestra, tak jsem těch příležitostí měla opravdu hodně, protože v tom hábitě jsme takovým znamením a většinou věřící se na nás obracejí, zvláště na tom Františku, kde byla absence jakékoliv duchovní služby, tak jsme tak nějak víceméně tu duchovní službu suplovali a potom později se mohlo dosáhnout toho, že tam mohla vzniknout kaple. Tak jako od začátku, o co jsme se zasazovali, aby tam byla sloužena mše svatá, tak mše svatá byla nejdříve sloužena v kuchyňce nebo potom v místnosti pro to určené. No a potom později, později byla zřízena kaple jako taková, kde byla každý týden sloužena mše svatá. Ale na oddělení, v kontaktu s pacienty, tak se nás lidé velmi často obraceli. Tak dávali jsme si na to pozor, abychom lidi neznásilňovali tím, že jsme osoby Bohu zasvěcené, aby neměli ten pocit, že se musí chovat, jako, prostě, jako s ohledem na to, že jsou jako s námi. Tak aby prostě, prostě, někdy to tak bylo, že když nás viděli, hned začli vzpomínat, jak je učili sestřičky, prostě jako, jak chodili do náboženství, jak měli svatbu v kostele a tak. A potom později, když jsme se na to chytli a začli jsme se tomu věnovat hlouběji, tak jsme zjistili, že ti lidé, že tam nejsou nějaké hlubší kořeny, že třeba s tou svatbou to jako skončilo a už jako, jako nechodili dál do kostela, takže na to jsme si museli dávat pozor. No a, ale často lidé žádali o duchovní službu, prostě o zkontaktování s knězem, takže potom později, začal kněz chodit, obcházet nemocnici i pacienty, i nabízet jim, kdo chtěl duchovní službu i svátosti. Takže to bylo tak velmi dobré. Když jsme potom z Františku odešli, i když jsme tam zanechali zařízenou kapli, tak ta duchovní služba tam taková není, už nějak ten prvek, který spatřovali v nás, v řeholních sestrách, tak tam nějak zmizel. Někdy se na nás obracely sestry z jiných oddělení, že by někdo potřeboval, že by někdo chtěl zavolat kněze, tak jsme to tak různě zprostředkovávali.“

Jana Křivánková, všeobecná sestra

„Tak setkala jsem se s tím, pacient si vyžádal třeba kněze nebo pastoračního asistenta a většinou se jednalo buď o formu rozhovoru a nebo svátostí.“

S. M. Norberta, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského

„Určitě jsem se s tím setkala, je to, nebo setkala jsem se s tím opakovaně. Ty situace jsou různé. Je to i díky tomu, že pracuji v nemocnici Pod Petřínem, kde tu duchovní péči máme hodně rozvinutou, takže ti pacienti ten kontakt jakoby mají. A někdy reagují i na mně, že přijdu v hábitě, někdy je to hned při přijetí, že chtějí zavolat kněze nebo že chtějí přijmat svátosti. Někdy je to i během hospitalizace, nedokážu říct, že by to bylo velké procento, ale ty konkrétní případy jsou. Někdy je to hned při přijetí, někdy je to během hospitalizace, v nějakém vypjatém prostředí, o to požádají. Nebo o to ani nepožádají a mají to nějak zajištěné svou vlastní cestou nebo přes svou vlastní farnost, že ani nevím, nevím to od nich, že jim někdo nosí svaté přijímání, ani se to nedovím ani já jako personál a už si to zajišťují sami. Někdy je jakoby žádost o setkání s knězem nebo svátosti, někdy o svaté přijímání, někdy si chtějí jakoby popovídat. Je to velmi různorodý.“

3) *Setkala jste se během své praxe s tím, že by pacient vyslovil svůj zájem o duchovní/pastorační péči již během prvního kontaktu?*

S. M. Faustyna, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Během prvního kontaktu ne.“

Romana Václavíková, všeobecná sestra

„Ne.“

S. M. Aloisie, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Setkala. Setkala, někdy třeba přišel, vzpomínám si na jednoho pacienta, který přišel v také v dost těžkém stavu, byl přijatý a hned chtěl kněze. Říkal, že cítí, že umře. Takže jsme tehdy zavolali kněze, který byl tehdy blízko. Řeholního kněze od Minoritů, ti jsou tam kousek, od Františku a bylo to moc pěkný, protože když přišel otec Oldřich a zaopatřil toho člověka, tak potom přišel a říkal – představte si, on byl z naší farnosti. Tak je to hezký.“

Jana Křívánková, všeobecná sestra

„Ne.“

S. M. Norberta, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sestr sv. Karla Boromejského

„Úplně si jako nevybavuju jako nějaký konkrétní případ, ale určitě si myslím, že k tomu jakoby dochází nebo že to během hospitalizace třeba jednak, že to, že zjistí nějakou onkologickou diagnózu. Úplně si jako nevybavuju, ale někdy během té mé praxe, že k tomu došlo, že se dostanou do situace, že o to požádají, že se změní jejich situace jakoby osobní.“

Kristýna Houžvičková, všeobecná sestra

„Ne.“

- 4) *Setkala jste se někdy během své praxe s tím, že by pacient změnil svůj názor a duchovní/pastorační služby během hospitalizace využil? (Popř. v které fázi dle Kubel-Ross – popírání, hněv, agrese, smlouvání, deprese, smíření)*

S. M. Aloisie, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Spíš bych řekla tak, že někteří na to potřebovali delší čas, aby k tomu dožráli. Třeba delší kontakt jako s námi, když jsme se snažili se nevnucovat, dřív ta hospitalizace těch pacientů byla o mnoho delší než teď. Teď je prostě ten trend přijmout pacienta, zaléčit, hned propustit, že to je prostě nemocnice, každá nemocnice musí vydělávat. Ale pamatuji si v těch začátcích, v těch 90. letech, nemocnice Na Františku, jsem zažila jednu pacientku, která tam slavila své výročí, takže s takovým člověkem se dá víc pracovat, v tom každodenním kontaktu, v tom běžném rozhovoru a tak, tak ten člověk na tom lůžku tak nějak ztrácí ty zábrany a tak nějak prostě i tady po té stránce se dá mluvit a dospěje k tomu rozhodnutí, že si ten život dá tak nějak do pořádku. A většinou ti starší lidé, kteří přicházejí na internu, kde sloužím, tak bývali pokřtěni, jako malé děti a nějaké ty duchovní základy měli. A ve stáří k tomu tak nějak tíhnou. Snáz se k tomu vrátí, pokud tam není něco takového, co tomu brání, tak se k tomu potom vrací a jsou potom velmi spokojeni, velmi smíření.“

Jana Křivánková, všeobecná sestra

„Ano.“

S. M. Norberta, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského

„Úplně si jako nevybavuji konkrétní případ, ale určitě si myslím, že k tomu jakoby dochází. Že to, že během hospitalizace zjistí nějakou onkologickou diagnózu, že se změní situace. Ale myslím, že během té mé praxe k tomu došlo.

Romana Václavíková, všeobecná sestra

„Taky.“

S. M. Faustyna, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Tak to jo. Jako vnímám taky, když přijdou lidi na oddělení a někteří, taky právě ti nevěřící, tak jsou někdy překvapeni právě z toho, že vidí sestru a tak jsou překvapeni, že vidí sestru a tak neprojevují o to zájem o tom mluvit i o nějakých duchovních věcech nebo tady o těch hodnotách duchovních, ale pak během té hospitalizace se to fakt jako dost často mění. Tím, jak k nim přicházíme a možná i přístupem, že jako, jak si uvědomují, že jim dáváme prostor mluvit, tak někdy právě to skončí i tím, že se společně bavíme na nějaké duchovní téma, nebo třeba i o Bohu a někdy právě chtějí, třeba ti starší lidé, zavolat i toho kaplana, dát si ten svůj život do pořádku.

Kristýna Houžvičková, všeobecná sestra

„Dá se říct, že ano. To už potom v následný fázi ano. To se párkrát stalo.

5) *Proč jste zvolila všeobecnou sestru jako civilní zaměstnání/ poslání ve Vaší kongregaci?*

S. M. Norberta, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského

„Přijde mi to jako ideální spojení. Jednak že člověk, že já chci duchovně žít. Mám pro to, řekla bych, ideální podmínky, mám zázemí v komunitě, ten život, denní režim, je tomu přizpůsobený a navíc ten přesah služby, kontakt s lidmi, kontakt nebo nabízená pomoc, aby mohli projít tím, čím prochází. Líbí se mi prostě spojení služby a modlitby, kdy potřebuju já sama jakoby ty vnější impulsy, k tomu, abych vycházela k lidem, abych tu nebyla sama pro sebe, abych využila toho, co mám v sobě a pomáhala druhým, abych stávala proti nim. Abych tu byla pro druhé, abych byla zakotvena v Bohu a měla zázemí v komunitě.“

Kristýna Houžvičková, všeobecná sestra

„Tak nejsem věřící člověk a prostě je to hezký povolání, jako každý jiný. Prostě tak. Prostě povolání, hezký povolání.“

S. M. Faustyna, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„Protože jsem byla poslaná do této služby zdravotní sestry. Představenýma.“

Jana Křivánková, všeobecná sestra

„Tak řádová ne, kvůli tomu, že jsem vlastně nevstoupila do řádu. Takže jsem civilní zaměstnanec. Ale baví mě to!“

S.M. Aloisie, všeobecná sestra; Kongregace milosrdných sester sv. Kříže

„No, já jsem původně ta rentgenová laborantka, měla jsem svoje povolání moc ráda, ale když potřeba pracovat u lůžka, tak jsem s tím souhlasila. Dodělala jsem si, vlastně na popud těch představených, jsem si dodělala školu a nelituju toho, dělám svou práci moc ráda. Moc ráda, jsem vděčná za to, že ještě to můžu dělat.“

Romana Václavíková, všeobecná sestra

„Tak proto, že jsem nevěřící člověk. A nějak mi to nebylo nikdy předurčeno, bych řekla.“

Interpretace získaných kvalitativních dat proběhla následnou analýzou dokumentů - videozáznamu kvalitativně a kvantitativně.

Na otázku č. 1 - Proč jste se stala všeobecnou sestrou (motiv a v kolika letech jste se rozhodla) byly následující odpovědi:

- ve třech odpovědích byla podstatná pomoc druhým
- ve dvou odpovědích bylo spojení s rozhodnutím nebo spojení s vůlí představených kongregace nebo životem v kongregaci
- v jedné odpovědi byla důležitost motivu ve spolupráci s lidmi

Otázka týkající se věku by se dala shrnout, že k tomuto rozhodnutí došlo od dětského věku do třiceti let respondenta. Z toho v dětském věku se rozhodly tři všeobecné sestry, jedna ve čtrnácti letech, jedna v osmnácti a jedna ve třiceti letech.

Na otázku č. 2 – Setkala jste se někdy se situací, kdy pacient využil pastorační/duchovní péči (např. svátost, rozhovor, pomoc při řešení krizové situace)?

- byly dvě odpovědi záporné
- byly čtyři odpovědi kladné

Zde stojí za povšimnutí, že kladně odpověděly jen řádové sestry. Kdy sama jedna z nich ve videozáznamu uvádí: „ Protože v tom hábitě jsme takový znamení....“ (S. M. Aloisie, Kongregace milosrdných sester sv. Kříže)

Na otázku č. 3 – Setkala jste se během své praxe s tím, že by pacient vyslovil svůj zájem o duchovní/pastorační péči během prvního kontaktu?

- zde jsou záporné čtyři odpovědi, z toho tři u civilních všeobecných sester a jednu u řádové všeobecné sestry
- dvě kladné odpovědi, obě u řádových všeobecných sester

Zde stojí za povšimnutí, že pacienti o pastorační/duchovní péči při prvním kontaktu nestojí. Do budoucna by bylo zajímavé další šetření o aspektech, které tuto volbu ovlivňují, protože v odpovědích na následující otázku, je zřejmé, že pacienti toto své rozhodnutí dost často mění. Proto by pro další praxi bylo dobré zjistit, zda jde o neinformovanost, co vlastně pastorační/duchovní péče skutečně je nebo je toto způsobeno silícím ateismem populace obecně.

Na otázku č. 4 – Setkala jste se během své praxe s tím, že pacient svůj názor na duchovní/pastorační služby během hospitalizace využil (popř. v které fázi dle Kübler-Ross – popírání, hněv, agrese, smlouvání, deprese, smíření)

- jsou dvě odpovědi kladné a naprosto jasné
- čtyři odpovědi kladné, ale jedná se o delší časový úsek, zjištěn závažné diagnózy, osobní příklad

Většinový názor je, že ke změně rozhodnutí během hospitalizace dochází až po setkání se s velice zátěžovou situací, např. když byla pacientovi zjištěna závažná onkologická diagnóza či jiné ohrožení budoucího života

Na otázku č. 5 – Proč jste zvolila všeobecnou sestru jako civilní zaměstnání/poslání ve Vaší kongregaci?

- všech pět respondentů se shoduje na tom, že práce všeobecné sestry je hezké a potřebné povolání
- jedna respondentka (řádová sestra) že jí život v kongregaci dává přesah duchovního smyslu do potřeby pomoci druhým
- dvě se shodují na tom, že jim tuto službu určili řádoví představení, ale s prací všeobecné sestry je naplňuje a uspokojuje
- tři jsou civilní všeobecné sestry, protože jsou nevěřící a jedna, jak se sama svěřila mimo kameru, by se v budoucnu řádovou všeobecnou sestrou ráda stala a už nyní se snaží jít za naplněním jejího přání

Většina oslovených respondentů považuje volbu všeobecné sestry za promyšlenou s odstupem času, během klinické praxe považuje své povolání za uspokojivé a sebenaplnující. Často je zmiňována potřeba služby druhému.

10.6. DISKUSE

Z dostupných zdrojů se nepodařilo dohledat jiný relevantní průzkum či výzkum, který by se zabýval podobným tématem, a šlo s jeho výsledky provést diskuzi. Problematika pastorační péče se postupně dostává do zájmu studentů zdravotnických oborů. Důkazem toho je, že mezi bakalářskými pracemi se toto téma objevuje. Jde např. o bakalářskou práci Adély Kořínkové, která prováděla kvantitativní průzkum zabývající se duchovními potřebami pacientů a v teoretické části popisuje vývoj kaplanství v ČR (KOŘÍNKOVÁ, 2015). Dále Kateřina Kubíková (2016) se zabývala ve své bakalářské práci tématem spirituality a prováděla kvantitativní průzkum zaměřený na informovanost sester o této problematice.

Z pohledu průzkumníka lze konstatovat, že většina získaných informací z provedených polostrukturovaných rozhovorů nebyla nijak překvapující. Z výpovědí sester vyplývá, že řádovou všeobecnou sestrou, která by ve svém rozhodnutí, vstoupit do Kongregace, hledala přesah či vyšší nebo duchovní smysl v konkrétní podobě pro svoji službu, se stala jedna, což lze považovat za velmi zajímavý poznatek. Panuje všeobecné přesvědčení že tyto sestry z různých kongregací, které se v rámci svého řádového charisma věnují péči o druhé, většinou o nemocné, mají své rozhodnutí dáno už ze své podstaty, ale jak uvádějí jiné dvě řádové všeobecné sestry, do této služby byly poslány z vůle svých představených, byť mají obě svá původní civilní zaměstnání zcela jiná (jedna sama uvádí, že před vstupem do kongregace byla rentgenologická asistentka a až po vstupu do Kongregace si na přání svých představených doplnila zdravotnické vzdělání).

Z hlediska prohloubení informací o této problematice by bylo zajímavé, kdyby se v budoucnu provedl průzkum zaměřený na prokázání souvislosti mezi četnostmi žádostí pacientů o pastorační/duchovní péči a jejími zprostředkovatelkami z řad řádových a civilních všeobecných sester.

11. ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou pastorační péče u pacientů na standardním interním oddělení. Cílem bylo zjistit co nejvíce ucelených informací a seznámit nelékařský zdravotnický personál s tímto tématem a zároveň zajistit lepší informovanost o této službě.

Vzhledem k tomu, že pastorační péče na standardním oddělení je služba, kterou začíná poskytovat čím dál více zdravotnických zařízení je důležitá i informovanost personálu těchto zařízení. V České republice je tato služba pomalu se rozvíjející a bylo by proto dobré se tímto tématem zabývat i nadále.

V teoretické části naší bakalářské práce jsme si tento obor definovali na základě lidských potřeb a již zde je patrné, že otázka duchovna a duchovního života každého jedince zastává stejné místo jako potřeby ostatní.

V průzkumné práci této práce jsme se snažili najít odpověď na to, zda jsou duchovní potřeby pro hospitalizované pacienty důležité a má tedy tato služba pro ně samotné smysl. Z analýzy dat nám vyplynulo, že pacienti během své hospitalizace o svém životě a jeho směru přemýšlí a ve většině případů pastorační péče na standardním oddělení využívají, proto by se dalo říci, že cíl práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BOROŇOVÁ, J., 2010. Kapitoly z ošetrovatelství I. Plzeň: Mauera, s. r. o. ISBN 978-80-902876-4-8
- BEKSOVÁ BRZÁKOVÁ, Kateřina., 2013. Geriatrická problematika v pastorační péči. Postulát křesťanské etiky v péči o seniory. Praha: Universita Karlova. ISBN 978-80-246-2296-5
- BUŽGOVÁ, Radka., 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4
- GOGOLA, Jerzy., 2002. Řeholní formace. Olomouc: Matice cyrilometodějská. ISBN 80-7266-110-8
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. Druhé vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807262-471-3
- HEŘMANOVÁ, J. at all. 2012. Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. Historie ošetrovatelství. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3224-4
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. Povídej-naslouchám. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. Malý duchovní život. ISBN 978-80-7195-405-7
- KRYMOVÁ, E., 2011. Holistické přístupy v psychologii. Plzeň: Maurea, s.r.o. ISBN 978-80-904955-0-0
- MASTALIÁKOVÁ, D., 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5676-8
- NEJEDLÁ, M., 2015. Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4402-5
- NĚMCOVÁ, J. a kol., Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 3 vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s. 2015. ISBN 978 – 80 – 904955 – 9 – 3.
- OPATRŇY, A., 2014. Pastorační péče zvláštních skupin. Červený Kostelec, Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-116-8
- PAVLÍKOVÁ, S., 2010. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1211-6
- POSPÍŠILOVÁ, E., 2014. Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5

PLEVOVÁ, I., 2012. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0

PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr at all., 2014. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada. ISBN 978-80247-5471-0

RABAN, Miloš., 2008. Duchovní smysl člověka dnes od objektivního k existenciálnímu a věčnému. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-807021-933-1

SVATOŠOVÁ, M., 2012. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada. ISBN 978-80247-4107-9

SVATOŠOVÁ, M., 2011. Hospice a umění doprovázet. Sedmé, doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1

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

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2014. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Praha: Triton. ISBN 978-80-7687-785-9

ZACHAROVÁ, M., 2007. Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5

Internetové zdroje:

<http://das-sorgentelefon.com/seelsorge/seelsorger>

<http://kaplan-nemocnice.cz/>

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

<http://leben-braucht-mut.de/seelsorge/>

http://www.knihovna.net/KNIHA/0051_t.htm

PŘÍLOHY

Příloha A. Etický kodex nemocničního kaplana.....	I
Příloha B. Péče o nemocné v ostatních světových náboženstvích a církvích zastoupených ČR	III
Příloha C. ICN - Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester	VIII
Příloha D. Pastorační péče - leták	XVI
Příloha E. Edukační karta pro všeobecné sestry.....	XVII
Příloha F. Souhlas s natáčením videa.....	XIX
Příloha G. Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	XX

PŘÍLOHA A.

ETICKÝ KODEX NEMOCNIČNÍHO KAPLANA

Etický kodex nemocničního kaplana

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 smírčující 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 smírčí 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

* Dokumenty relevantní pro pastorační práci v nemocnicích jsou:
Všeobecná deklarace lidských práv; Mezinárodní pakt o občanských a politických právech;
Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech; Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace; Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen; Úmluva o právech dítěte;
Helsinské deklarace Světové lékařské organizace. Revidovaná verze 2000.09.01;
Úmluva o lidských právech a biomedicíně. (1.10.2001); Etický kodex práv pacientů. (1992); Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. Rada Evropy (červenec 1999); Pařížská charta proti rakovině; Charta práv dětí v nemocnici; Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě. (2002); Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice; Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům Organizace paliativní péče a Příloha k Doporučení; Charta práv duševně nemocných; Charta práv seniorů.

** Srov. Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě 1

*** Srov. Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě 3.

PŘÍLOHA B.

PÉČE O NEMOCNÉ V OSTATNÍCH SVĚTOVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH A CÍRKVÍCH ZASTOUPENÝCH ČR

Chceme-li porozumět duchovním potřebám nemocných, je znalost základních charakteristik jednotlivých náboženství a církví jejich základem.

Toto rozdělení a jejich charakteristiky by nám měli pomoci, jak o nemocného pečovat, pochopit jeho víru, potřeby a filozofii jeho života. Toto vše by mělo vést k jedinému, chápat a respektovat potřeby pacienta/klienta, a tak spolu s ostatními členy lékařského a ošetrovatelského týmu pracovat na společném cíli, uzdravení.

Proto je důležité znát jednotlivé charakteristiky církví a jejich svátosti, které je potom možno nemocnému zprostředkovat. Většinou bývá nabídnuta svátost nemocných a svátost smíření – hovorově zpověď. Dále jsou to různá dietická omezení (většinou zákaz požívání určitých druhů mas – vepřové nebo masitých pokrmů v určité dny – středa a pátek. Toto platí i pro tzv. Velké posty – čtyřicet dnů před Velikonocemi a Vánocemi.

Komplexní informace o přehledu náboženských hnutí a církví v ČR jsou dostupné na stránkách Českého statistického úřadu <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatel-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl> .

KŘESŤANSTVÍ

Křesťanství je nejrozšířenější monoteistické náboženství. Hlavním představitelem je Ježíš, zvaný Kristus – Bohem pomazaný, vyvolený, Mesiáš. Jako celek je křesťanství s více než 2 miliardami věřících nerozšířenějším náboženstvím na světě.

Hlavním principem křesťanského náboženství, i když mezi jednotlivými denominacemi panuje jistý rozkol, je existence jen jednoho Boha, který je zastoupen ve třech osobách jako Bůh Otec, syn a Duch svatý, kteří sdílejí jediné božství. Bůh s lidstvem komunikuje, dává se mu poznat a odhaluje svůj záměr s člověkem.

Učení křesťanů je obsaženo v Bibli, převážně v Novém zákoně, v životě Ježíše Krista.

V průběhu staletí se křesťanství vyvíjelo a došlo k jeho rozdělení na tři hlavní větve:

- Pravoslavná církev
- Protestantké církve – anglikáni, husité, kalvinisté, atd

PRAVOSLAVNÁ CÍRKEV

Pravoslavná církev, někdy také nazývaná ortodoxní odvozuje své počátky od prvotní církve v Jeruzalémě a od Byzantské říše. Jedná se ve skutečnosti o společenství 15 samosprávných církví řízeným vlastním nejvyšším představeným.

Svatosti se svým původem, obsahem i počtem podobají římskokatolickým. Stejně tak i charitativní činnost a skutky milosrdenství jsou stejné jako u církve římskokatolické.

PROTESTANSKÉ CÍRKVE

Za protestanské můžeme označit reformované nebo také evangelické církve. Reformace probíhala během 16. století a vedla ke vzniku dvou hlavních protestantských vyznání – luteránsko-augšpurské konfese a luteránsko-helvétské konfese. Za iniciátora samotné reformace je nejčastěji považován Martin Luther, který v r. 1517 přibil na dvěře kostela ve Wittenbergu svých 95 tezí, ve kterých kritizoval poměry církve, chování papeže a kléru, svatokupectví a obchod s odpustky.

Luther si získává velmi rychle velký počet následovníků a nové učení se šíří z Německa do celého světa, kde si opět získá davy lidí, kteří houfně opouštějí učení římskokatolické církve a přidávají se k novému učení, na stranu Luthera.

Tyto reformační myšlenky následují a dále rozvíjejí Ulrich Zwingli v Curychu a Jan Kalvín v Ženevě, v zemích českých je to hlavně Jan Hus.

1. Československá husitská církev

Jedná se o křesťanskou církev, jejíž liturgie byla vytvořena z prvků různých tradic. Oficiálně schválenou 8. ledna 1920, původně specifická národní česká církev, jejíž působení je omezeno na Českou a Slovenskou republiku a považuje se, spolu s církví evangelickou, za přímou pokračovatelku učení Mistra Jana Husa.

Církev zajišťuje shromáždění duchovní péče o děti, mládež a dospělé a koná pravidelné biblické hodiny. Duchovní a jeho spolupracovníci se starají také o osobní duchovní péči – zejména při návštěvách v rodinách, nemocných, pozůstalých, osamocených. Duchovní poskytují taktéž soukromé zpovědi, pastorační rozhovory a jsou vždy vázání zpovědním tajemstvím.

2. Bratrská církev

Reformační (protestantská) denominace, která navazuje na kalvinismus a protestantské hnutí v anglosaských zemích 19. století.

Důraz je kladen na svobodně zvolenou příslušnost k církvi, věřící se mají stát svědky své víry. Za nejdůležitější svědectví je považován manželský a rodinný život, spojený s křesťanskou výchovou dětí.

Církev uznává dvě svátosti: křest – udělovaný dětem i dospělým a večeři Páně (podobou způsobou)

3. Církev adventistů sedmého dne

Jedná se o protestantskou denominaci, která vzniká v USA v 19. století. V České republice jde o jednu největších protestantských církví a i ve světě patří mezi nejrychleji rostoucí církve.

Tato církev má i některé věroučné svátosti mezi které patří mj. i to, že podle jejich učení není lidská duše nesmrtelná, měřítkem jejich života je slovo Boží obsaženo v Bibli, jako sváteční den uznávají sobotu, křest a večeře Páně nejsou vnímány jako svátosti. Ale pouze jako obřady.

4. Českobratrská církev evangelická

Protestantská církev, která vznikla na území Čech a Moravy v r. 1918 sloučením sborů luterského a převládajícího kalvínského vyznání.

Uznává dvě svátosti – večeři Páně a křest. Církev není chápána jako nutný prostředek spásy, duchovenstvo – muži i ženy – není chápáno jako prostředník mezi lidem a Bohem.

JUDAISMUS

Židovství neboli judaismus je nejstarší monoteistické náboženství, které vzniklo ve 3. tisíciletí před naším letopočtem na území historické Palestiny, dnes je zde stát Izrael.

K vlastnostem judaismu patří zachovávání hebrejštiny jako liturgického jazyka používaného při modlitbách, čtení biblických textů. Můžeme říct, že judaismus je spíše styl života než náboženská nauka. Různé nařízení a rituály doprovází tyto věřící od narození až po smrt, jsou popsány v Tóře (neboli 5 knih Mojžíšových), která spolu s Talmudem tvoří základní spisy židovské víry.

Nejde ale jen o přikázání ve věcech víry a duchovního života, ale také o způsob přípravy a uchování pokrmů, které musí být vždy košer a připraveny podle rituálních pravidel.

HINDUISMUS

Hinduismus je souborné označení pro velké množství náboženských tradic a filosofii založených na duchovních praktikách, které jsou součástí životního stylu.

Hlavní myšlenkou je víra v nekonečný cyklus zrození, opětovné zrození člověka – reinkarnace – na úroveň určenou tím, jak strávil předešlý život. Hinduistou se člověk narodí.

Hinduismus na rozdíl od ostatních nemá jednu základní knihu, jako je např. Bible nebo Korán, ale má mnoho různých pojednání, komentářů či návodů. Obecně je můžeme rozdělit do těchto základních skupin:

- Šruti – to, co bylo vyslechnuto
- Smruti – to, co bylo zapamatováno
- Védy – jde o nejstarší hinduistické spisy, předávaná ústní tradice lidu z oblasti řeky Indus

BUDHISMUS

Budhismus jeho stoupenci vnímají spíše jako životní styl než jako náboženství. Věří, že člověk je svoji podstatou připoután ke sledu znovuzrození, které mu mají v konečném stavu dosáhnout nirvány. Pro budhisty je závazných osm etických doporučení (např. neublížovat živé bytosti, necizoložit, nelhat, nenosit šperky, vyhýbat se jakékoliv zábavě, atd.)

SVĚDCI JEHOVOVI

Náboženské hnutí, která vzniklo okolo r. 1931 v USA, Pensylvánii původně ze zájemců o studium Bible, nebo lidmi, kteří Bibli aktivně studovali. Svě přesvědčení a víru nepovažují za novou, ale považují se za pokračovatele křesťanských obcí z 1. stol. n. l. odmítají krevní transfúze, neúčastní se veřejného politického života, odmítají vojenskou službu, vojenské konflikty a jakoukoliv účast v nich.

PŘÍLOHA C.

ICN - ETICKÝ KODEX SESTER VYPRACOVANÝ MEZINÁRODNÍ RADOU SESTER

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

Úvod

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

Kodex ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

1. Sestry a lidé/občané

- Sestra má profesní odpovědnost především vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.
- Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.
- Sestra se stará o to, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.
- Osobní informace o pacientovi chrání sestra jako důvěrné a tyto informace sděluje dalším lidem pouze po pečlivé úvaze.

- Sestra je spolu se společností odpovědná za zahájení a podporu aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.
- Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich práce/praxe

- Sestra nese osobní odpovědnost za svou ošetrovatelskou praxi a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným studiem.
- Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.
- Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.
- Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.
- Sestra se při poskytování péče stará o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a jejich povolání

- Sestra hraje rozhodující roli při určování a realizaci přijatelných norem klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.
- Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.
- Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování slušných/spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

- Sestra udržuje vztahy spolupráce se svými spolupracovníky z oboru ošetrovatelství a dalších oborů.
- Sestra podnikne odpovídající kroky, aby ochránila občany, když je jejich péče ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Návrhy na využívání etického kodexu ICN

Etický kodex pro sestry připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na skutečnosti ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti.

Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života.

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Čtyři články Etického kodexu pro sestry připraveného ICN: sestry a lidé, sestry a jejich práce/praxe, sestry a jejich profese a sestry a jejich spolupracovníci poskytují rámec pro normy chování. Následující tabulka pomůže sestrám převést tyto normy do praxe. Sestry a studentky ošetrovatelství tak mohou:

- Studovat normy spadající pod každý článek Kodexu.
- Přemýšlet o tom, co pro vás každá norma znamená. Přemýšlejte o tom, jak můžete uplatnit etiku ve své oblasti ošetrovatelství: v praxi, vzdělání, výzkumu nebo řízení.
- Diskutovat o Kodexu se svými spolupracovníci a dalšími lidmi
- Použít specifický příklad ze zkušenosti k identifikaci etických dilemat a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Sdělte, jak byste dilema řešili
- Pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování.
- Spolupracovat se svou národní asociací sester, spolupracovníky a dalšími při kontinuální aplikaci etických norem v ošetrovatelské praxi, vzdělání, řízení a výzkumu.

Prvek Kodexu č. 1: Sestry a lidé

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Národní asociace sester
Poskytovat péči, která respektuje lidská práva a citlivě přistupuje k hodnotám, zvykům a přesvědčení občanů.	Do osnov zařadit informace o tom, že poskytování péče vychází z respektování lidských práv a zásad rovnosti, spravedlnosti a solidarity.	Vytvořit programy a směrnice, které podporují lidská práva a etické normy.
Zajistit kontinuální vzdělávání v etických otázkách	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami etiky a rozhodování.	Lobovat za zapojení sester do výboru zabývajících se otázkami etiky.
Zajistit dostatek informací, které by umožňovaly informovaný souhlas a uplatnění práva souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami týkajícími se informovaného souhlasu.	Vytvořit směrnice zabývající se otázkami informovaného souhlasu a zajistit kontinuální vzdělávání v této problematice.
Používat takové systémy dokumentace a zpracování informací, které zajišťují diskrétnost.	Do osnov zavést poučení o pojmech soukromí a důvěrnost informací.	Začlenit otázky soukromí a důvěrnosti informací do národního etického kodexu pro sestry.
Zajišťovat a sledovat bezpečnost prostředí na pracovišti.	Poučit studenty, aby dokázali vnímat význam sociálních aktivit v aktuálních problémech.	Podporovat zdravé a bezpečné prostředí.

Prvek Kodexu č. 2: Sestry a praxe

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Národní asociace sester
Vytvořit normy/standardy péče a takové pracovní prostředí, které podporují poskytování kvalitní péče.	Při výuce a studiu vytvořit možnosti, které podporují celoživotní vzdělávání a zvyšování kvalifikace pro praxi.	Zajistit možnost kontinuálního vzdělávání prostřednictvím časopisů, konferencí, distančního studia apod.
Zavést do praxe systémy pracovního hodnocení, kontinuálního vzdělávání a systematického obnovování licencí	Provádět výzkum, který ukazuje spojitost mezi kontinuálním vzděláváním a náležitou kvalifikací pro praxi, a šířit jeho výsledky.	Lobovat za zajištění příležitostí ke kontinuálnímu vzdělávání a vytvoření norem kvalitní péče
Sledovat a podporovat osobní zdraví ošetrovatelského personálu ve vztahu k jejich schopnosti pracovat.	Propagovat význam osobního zdraví a ilustrovat jeho vztah k ostatním hodnotám.	Propagovat mezi ošetrovatelským personálem zdravý životní styl. Lobovat za zdravé pracovní prostředí a za služby pro sestry.

Prvek Kodexu č. 3: Sestry a profese

Pracovníci a řídicí pracovníci

Stanovit normy pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.

Podporovat na pracovišti provádění výzkumu souvisejícího s ošetrovatelstvem a zdravím a šíření a využívání jeho výsledků.

Podporovat členství v celostátních asociacích sester, aby se pro sestry vytvářely příznivé socioekonomické podmínky.

Pedagogičtí a výzkumní pracovníci

Při výuce a studiu zajistit příležitost zabývat se vytvářením norem pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.

Provádět výzkum směřující k rozvoji ošetrovatelské profese, šířit a využívat jeho výsledky.

Studující sestry upozornit na význam profesních sesterských asociací.

Národní asociace sester

Spolupracovat s jinými pracovníky na vytváření norem pro ošetrovatelské vzdělávání, praxi, výzkum a management.

Připravovat prohlášení, směrnice a normy vztahující se k ošetrovatelskému výzkumu.

Lobovat za spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetrovatelství. Připravit směrnice týkající se otázek pracovního prostředí.

Prvek Kodexu č. 4: Sestry a lidé

Pracovníci a řídící pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Národní asociace sester
Budovat povědomí o specifických a překrývajících se funkcích a o možnosti vzniku napětí mezi jednotlivými obory.	Rozvíjet pochopení pro role ostatních pracovníků.	Stimulovat spolupráci s ostatními spřízněnými obory
Vytvořit pracovní systémy, které podporují společné profesní etické hodnoty a chování.	O zásadách ošetrovatelské etiky informovat ostatní zdravotnické pracovníky.	Vytvořit povědomí o etických otázkách jiných profesí.
Vytvořit mechanismy k ochraně jednotlivců, rodin i komunit, je-li jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.	Ve studentech vychovat potřebu ochraňovat jednotlivce, rodiny nebo komunity, když je jejich péře ohrožena zdravotnickým personálem.	Zajistit směrnice a diskusní fóra související se zabezpečením lidí, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.

Šíření etického kodexu pro sestry vytvořeného Mezinárodní radou sester

Aby Etický kodex pro sestry mohl být používán, musí jej sestry znát. Vyzýváme vás, abyste pomohli šířit tento Kodex na školách, kde se vzdělávají budoucí sestry, v tisku pro sestry a dalších hromadných sdělovacích prostředcích. S Kodexem by se měli seznámit také ostatní zdravotničtí pracovníci, veřejnost, skupiny klientů a skupiny tvořící politiku, organizace lidských práv a zaměstnavatelé sester.

PŘÍLOHA D.

PASTORAČNÍ PÉČE - LETÁK



PASTORAČNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,
pastorační péče patří již ke
standardním službám každé moderní nemocnice
a je zajišťována i v naší nemocnici, prostřednictvím nemocničních kaplanů.
Kaplani pomáhají každému, ať už jde o naše zaměstnance, jejich rodinné
příslušníky či jinak blízké osoby nebo pacientům a jejich blízkým, zvládat
jejich náročné či jinak vyjádřit životní situace. Služba kaplanů v naší nemocnici není vázána na konkrétní církev
či vyznání: Je to služba pro všechny, kdo chtějí sdílet svoji víru, duchovní hledání, hledají odpověď
na svoje otázky, či jinak projeví zájem. Spolu s dalším personálem, ať už lékaři či všeobecné sestry, jsou naši
kaplani členy multidisciplinárního týmu, který má na mysli jediný cíl – Vaše zdraví.

Co nabízí služba pastorační péče a co od ní můžete očekávat?

- Duchovní rozhovor
 - Společnou modlitbu, slavení svátostí (liturgie, svátost smíření)
 - Osobní rozhovor a doprovázení
 - Podporu ve svém křesťanském životě
- Naši nemocniční kaplani Vám mohou zaručit, že vždy budou:
- Zachovávat mlčenlivost o důvěrných svěřených informacích
 - Chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí
 - V případě potřeby zprostředkují kontakt s duchovními vlastních církev
 - Nevyužívat těžké situace pacienta ani informací, přijatých v souvislosti se spirituální péčí, ve svůj prospěch

Pokud Vás tato služba oslovila, neváhejte se, prosím, obrátit na ošetřující personál, lékaře nebo přímo na naše kaplany.
My všichni jsme tu pro Vás!

PŘÍLOHA E.
EDUKAČNÍ KARTA PRO VŠEOBECNÉ SESTRY



**POSTUP PŘI
POSKYTOVÁNÍ
PASTORAČNÍ PÉČE NA
STANDARDNÍM INTERNÍM
ODDĚLENÍ**

**EDUKAČNÍ
KARTA PRO
VŠEOBECNÉ
SESTRY**

**vypracoval:
Roman Čech**

Tato edukační karta je
součástí bakalářské
práce na téma
Pastorační péče u
pacientů na
standardním interním
oddělení

Vysoká škola
zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7, Praha 5



PASTORAČNÍ PÉČE

Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry. Pastorační péče má za cíl uspokojovat spirituální potřeby pacientů, jejich rodinných příslušníků i ošetřujícího personálu na standardním interním oddělení.

SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

Tyto potřeby můžeme v širším slova smyslu chápat i jako potřeby existenciální, proto bychom se neměli omezovat jen na náboženské či duchovní potřeby. Proto i tým nemocničních kaplanů působících na standardním interním oddělení nabízí pacientům nejen sloužení svátostí či duchovní rozhovor, ale i osobní rozhovor a vše, co může pacientům po duchovní stránce zvládnout jejich náročnou životní situaci.

KOORDINÁTOR PASTORAČNÍ PÉČE

Je přímo podřízen řediteli zdravotnického zařízení a splňuje kvalifikační předpoklady pro práci na pozici nemocničního kaplana.

ČLENOVÉ TÝMU PRO PASTORAČNÍ PÉČI

Jsou rovnocennými kolegy všech zaměstnanců zdravotnického zařízení. Stejně jako oni jsou označeni identifikační kartou a při vstupu na oddělení se vždy ohlásí službu konajícímu zdravotnickému personálu.

VŠEOBECNÉ SESTRY

Dotazují se pacienta při příjmu k hospitalizaci na jeho spirituální potřeby a ty jsou pak zaznamenány do ošetřovatelské anamnézy. Pacient je po celou dobu hospitalizace informován všeobecnými sestrami i lékaři na možnost pastorační péče, Pokud pacient projeví o pastorační péči zájem, je informována staniční sestra, která tyto skutečnosti předá koordinátorovi pastorační péče ve zdravotnickém zařízení a ten potom pacienta vyhledá sám nebo zajistí kontakt na jiného poskytovatele pastorační péče na standardním interním oddělení, dle vyznání či konfese pacienta. Každý poskytovatel pastorační péče na standardním interním oddělení, označený identifikační kartou je akceptován vedením zdravotnického zařízení. Všeobecné sestry zajistí podmínky, které respektují a akceptují potřeby pacienta a jeho soukromí, vždy ale tak, aby byl respektován a zachován léčebný režim pacienta dle ordinace lékaře a pacientova aktuálního zdravotního stavu.

ČLEN TÝMU PRO PASTORAČNÍ PÉČI

Zachovává mlčenlivost duchovního a ve všem jedná dle Etického kodexu nemocničních kaplanů.

PŘÍLOHA F.

SOUHLAS S NATÁČENÍM VIDEO

Souhlasím s natočením videa se všeobecnými sestrami v prostředích Nemocnice milosrdných sester
sv. Karla Boromejského, Vlašská 36, Praha 1 - v rámci studia oboru všeobecná sestra p. Romana
Čecha s jeho bakalářské práce na téma „Pastorální péče na standardním lůžkovém oddělení“

v Praze, 6. 3. 2017


PhDr. Kalousková Jitka,
odd. PR a marketingu

PŘÍLOHA G. ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Pastorační péče na standardním interním oddělení v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 21. ledna 2017

.....
Jméno a příjmení studenta