Spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči

Pavlína Urbanová
ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Pavlína Urbanová
Osobní číslo: H11753
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: prezenční

Téma práce: Spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury v oblasti dané problematiky.
Vymezení pojmů vztahujících se k hospicové péči.
Příprava metodiky průzkumné části ke zjišťení důležitosti spirituálních potřeb nemocných v paliativní hospicové péči.
Realizace kvantitativního průzkumu v hospicích pomocí dotazníkového šetření.
Zpracování, výhodnocení a interpretace získaných dat.
Rozsah bakalářské práce:
Rozsah příloh:
Forma zpracování bakalářské práce: tiskená/elektronická

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
Datum zadání bakalářské práce: 15. ledna 2014
Termín odevzdání bakalářské práce: 23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

[Podpisy]
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D. 
děkanka
Mgr. Zlatka Dorková, Ph.D. 
ředitelka ústavu
PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdaním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplňení dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek ohajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci ke jímu využiti jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mně požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vyňalozeny (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlášuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20. 2. 14.

[Podpis]

(2) Dívatelně, diplomae, doktorské a těžbě práce odbornění vehočetem k obhajobě nutné ho zde nejprve pil pracovních des před koncem obhajoby uzavřením k nahlášení veřejnosti v mítě svědčením vrstřin přísouzené vysoké školy nebo není-li tak určeno, v němž pracovní práva vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Kdeby se má na ze strany práce potvrzovat na své náklady výjimky, opravy nebo rozvětveny.

(3) Platí, že odborném práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tétoho zákona, bez ohledu na výsledku obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech srovnatelsích s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odstr. 5.

(3) Do práva autorského údaj nezaujímá škola nebo školní či vzdělávací zařízení, užívající násluží na druhé právní nebo nepřímo autoapodrážího nebo obchodního přeplněnku k výzvě nebo k omezování práv dle uvedeného zákonom nebo zdařením se zvláštními právními nebo zvláštními příznaky vyplývajícími z jeho příznaky v různém nebo školního či vzdělávacího zařízení (školní údaj).

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech srovnatelsích s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 školní údaj.

(2) Škola nebo školní či vzdělávací zařízení mají na obvyklých podmínkách právo na zveřejnění licencí a odběr školního údaj (§ 35 odstr. 3).

3. Odprávění autoru tohoto údaj súdové zrušení bez válečného alboha, mohou se tyto osoby domínit naladění odpovědného projeva jeho vůle u soudu. Uprostřed § 35 odstr. 3 zvláštně omluveno.

(2) Není-li uvedeno jinak, vede autor školního údaj na dělník či požadování jinemu licencí, není-li to v rozporu s opravdovou cílem školy nebo školního či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školní či vzdělávací zařízení jsou oprávněny jezdit, aby jim autor školního údaj z výsledků jině dotčeného v souvislosti s údajem údaj či požadovanou licencí podle odstavce 2 přesnější příspěv na úhlu větší, které na světě jednoho údaju výstřel, a to podle obecně údaj až do jejích obecně údaj větší, přesto se pěkně větší výšky, přesně se přibližného k výši výsledků dotčeného školho nebo školního či vzdělávacího zařízení s údaj školního údaj podle odstavce 3.
ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá hospicovou a paliativní péčí, pojednává o potřebách člověka a podrobněji se věnuje duchovní péči.

Praktická část obsahuje zpracování a grafické znázornění dat získaných z dotazníkového šetření. Tato zjištění mohou posloužit ke zvýšení kvality poskytované spirituální péče v hospicových zařízeních.

Klíčová slova: hospicová péče, paliativní péče, umírání, smrt, spiritualita

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on spiritual needs of patients in hospice palliative care. The thesis consists of a theoretical and an practical part.

The theoretical part deals with hospice and palliative care. Concepts of death and dying, human needs and spiritual care are discussed.

The practical part includes an elaboration and a graphic chart of dates obtained by a questionnaire.

The findings can provide to improve the quality of spiritual care in hospice facilities.

Keywords: hospice care, palliative care, death and dying, spirituality
Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, Csc. za odborné vedení, trpělivost a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu, pomoc a důvěru.

Velký dík patří také mé rodině za jejich podporu a pomoc v průběhu celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahráná do IS/STAG jsou totožné.


Motto:

„Kdo ví, zda není život umíráním a smrt životem.“

Euripidés
# OBSAH

<table>
<thead>
<tr>
<th>Obsah</th>
<th>Strana</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Úvod</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>TEORETICKÁ ČÁST</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>POTŘEBY NEMOCNÝCH</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1</td>
<td>VÝZNAM POJMU POTŘEBA</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.1</td>
<td>Potřeby biologické</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.2</td>
<td>Potřeby psychické</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.3</td>
<td>Potřeby sociální</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.4</td>
<td>Potřeby spirituální</td>
</tr>
<tr>
<td>1.2</td>
<td>HIERRACHIE POTŘEB DLE ABRAHAMÁ MASLOWA</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>HOSPICOVÁ PÉČE</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1</td>
<td>FORMY HOSPICOVÉ PÉČE</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2</td>
<td>PALIATIVNÍ PÉČE</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2.1</td>
<td>Historie paliativní péče</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2.2</td>
<td>Paliativní péče v České republice</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3</td>
<td>UMÍRÁNÍ A SMRT</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.1</td>
<td>Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>SPIRITUALITA, VÍRA A NÁBOŽENSTVÍ</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1</td>
<td>SPIRITUALITA</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.1</td>
<td>Dělení spirituální služby</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2</td>
<td>VÍRA A NÁBOŽENSTVÍ</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.1</td>
<td>Křesťanství</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.2</td>
<td>Islám</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.3</td>
<td>Svědci Jehovové</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.4</td>
<td>Buddhismus</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3</td>
<td>DUCHOVNÍ PÉČE</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.1</td>
<td>Zdravotník v roli doprovázejícího</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.2</td>
<td>Duchovní v roli doprovázejícího</td>
</tr>
<tr>
<td>II</td>
<td>PRAKTIČKÁ ČÁST</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>METODIKA PRŮZKUMU</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1</td>
<td>TECHNIKA VÝZKUMU – DOTAZNÍK</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2</td>
<td>CÍLE VÝZKUMU</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3</td>
<td>CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETRÉNÍ</td>
</tr>
<tr>
<td>4.4</td>
<td>CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ</td>
</tr>
<tr>
<td>4.4.1</td>
<td>Charakteristika dotazníkových položek</td>
</tr>
<tr>
<td>4.5</td>
<td>ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETRÉNÍ</td>
</tr>
<tr>
<td>4.6</td>
<td>ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>VÝSLEDKY PRŮZKUMU</td>
</tr>
<tr>
<td>5.1</td>
<td>ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>DISKUZE</td>
</tr>
<tr>
<td>ZÁVĚR</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</td>
<td>62</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ÚVOD

Co mě inspirovalo k volbě tématu Spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči? Mysím si, že rozvoj hospicové paliativní péče má velký význam pro zkvalitnění závěrečné fáze života člověka. Tato péče hraje důležitou roli, neboť nejlepším prostředím pro umírajícího je domov, a právě hospicová zařízení se snaží co nejvíce domácímu prostředí přiblížit.

Dále bych chtěla poukázat na to, že i spiritualita je součástí ošetřovatelské péče. Zejména u nemocných v terminálním stádiu, tedy umírajících, považuji naplňování těchto potřeb za nezbytnou součást práce sester. Především tito lidé si kladou otázky týkající se důvodu svého zdravotního stavu, co bude, ať zemřou či nedořešených záležitostí ve svém životě.

Bakalářskou práci tvoří 2 části, část teoretická a část praktická.

Teoretická část začíná potřebami nemocných, které se dle mého názoru ve chvíli onemocnění velmi mění. V další kapitole se zabývám hospicovou péčí a péčí paliativní, jež je nedílnou součástí každého hospice. V této kapitole také vysvětluji pojmy smrt a umírání, protože velmi úzce souvisí s hospicovou péčí. Podrobněji se věnuji spirituálním potřebám a péči o nemocné v této oblasti.

V praktické části se zaměřuji na klienty hospicových zařízení. Pomocí dotazníkového šetření zjišťuji kvalitu poskytované spirituální péče a důležitost spirituální péče pro nemocné v hospicích, což bylo cílem mé bakalářské práce.
I. TEORETICKÁ ČÁST
1 POTŘEBY NEMOCNÝCH

Tak jako zdravý člověk, má i nemocný své vlastnosti, názory a potřeby. Podle Světové zdravotnické organizace (dále jen SZO) nám definice zdraví říká, že jde o plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka, z něhož se odvíjí čtyři okruhy potřeb nemocného – biologické, psychické, sociální a spirituální. Priorita těchto potřeb se během nemoci může měnit (Svatošová, 2012, s. 23; Trachtová a kolektiv, 2006, s. 9-10).

1.1 Význam pojmu potřeba

Potřebami se rozumí vlastnosti organismu, které mu dávají podmínky nezbytné k životu. Vyplývají z přebytku nebo nedostatku něčeho, jež je nezbytné pro život a vývoj lidské bytosti. V průběhu života se potřeby člověka mění podle životní situace, v níž se člověk nachází, a každý je uspokojuje jiným způsobem (Trachtová a kolektiv, 2006, s. 10).

1.1.1 Potřeby biologické

Potřeby biologické jsou potřeby zahrnující dýchání, přijem potravy a tekutin, vyprazdňování, rozmnožování, spánku, tišení bolesti, apod. Ačkoliv jsou tyto potřeby základní, často ustupují do pozadí a před ně se staví potřeby spojené s psychikou a spiritualitou.

Ve chvíli, kdy člověk umírá, často prožívá bolest, kterou mu způsobuje jeho onemocnění. Bolest, která přetrvává bez úlevy, vzbuzuje v člověku pocit strachu a úzkosti. Toto vyčerpání vyživuje bolest a zesíluje utrpení nemocného (Svatošová, 2003, s. 18; Byock, 2005, s. 248).

1.1.2 Potřeby psychické

V posledních chvílích života bývají velmi narušeny potřeby, k nimž patří úcta, důvěra, bezpečí a láská. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a my často zapomínáme, že naše slova může nahradit mimika, gesta, i oční kontakt. Proto je nezbytné těmto lidem projevovat empatii a respektovat jejich důstojnost až do posledního dechu, neboť člověk umírající je stále člověk žijící a vnímající.

Při komunikaci s umírajícím bychom měli dodržovat následující zásady:

- dívat se nemocnému do tváře
- podávat pravdivé informace
- volit vhodná slova, nepoužívat nesrozumitelnou odbornou terminologii
- být trpěliví
- nepřerušovat nemocného
- nedávat falešné naděje, ale zachovat tu naději, která vede nemocného k boji s nemocí
- využít neverbální komunikaci (úsměv, pohlazení)
- zapojit do rozhovoru rodinu
- naslouchat
- dát prostor na vyjádření pocitů
- být laskaví a vstřícní (Payneová et al, 2007, s. 154)

1.1.3 Potřeby sociální

Protože je člověk společenská bytost, potřebuje lidský kontakt, být jde jen o pohlazení. Co může být pro umírajícího člověka nejhorší je samota, proto by měl mít možnost kontaktu s rodinou a blízkými. Neboť se jedná o jeho poslední chvíle, měl by mít možnost sám rozhodovat o tom, s kým a jak je prožíve (Svatošová, 2003, s. 20).

1.1.4 Potřeby spirituální

Ještě do nedávna byly tyto potřeby hodně opomíjeny a lidé, včetně zdravotníků, se domněvali, že se jedná o uspokojování potřeb věřících. Avšak každý člověk, ať už věřící nebo nevěřící, má potřebu odpouštět, vědět, že i jemu bylo odpuštěno, a že až do poslední chvíle má jeho život smysl. Věřící lidé věděli, jak s těmito potřebami zacházet, jak je naplňovat a na koho se obrátit, aby tyto potřeby uspokojili, jelikož jejich spirituální potřeby se zpravidla překrývají s potřebami duchovními. Pro lidi, kteří z víry nežijí, je to mnohem složitější. Ti nachází spirituální potřeby ve smyslu života, existence a provinění či smíření (Svatošová, 2012, s. 20).

Spiritualita nezahrnuje jen víru, ale i naději, chuť do života nebo lásku. Zahrnuje péči o duševní blaho. Mnozí umírající, ač nežijí ve víře, se obrací k Bohu a hledají odpovědi na své otázky, protože mají potřebu odejít na onen svět s čistým štitem (Matzo a Sherman, 2006, s. 13-15).

Spirituální potřeby lze rozdělit na dva typy:

- spirituální potřeby obecně lidské – zde můžeme zařadit například potřebu milovat a být milován, potřebu víry, potřebu odpuštění a smíření
- spirituální potřeby náboženského charakteru – zde patří například potřeba modlitby, potřeba duchovního rozhovoru, potřeba náboženských rituálů nebo potřeba číst náboženskou literaturu (Opatrný, ©2013)

1.2 Hierarchie potřeb dle Abrahama Maslowa

Zejména u těžce a vážně nemocných by měla být snaha o uspokojení potřeb, které jsou limitovány samotným onemocněním, např. změna životního stylu, sociální problémy a potřeby, které nově vznikají, např. pomoc od bolestí, ztráta pocitu bezpečí. Uspokojování a naplňování potřeb v těžké nemoci zachycuje seřazení hodnot vycházející z Maslowova trojúhelníku (Šamánková et al., 2011, s. 37).

Abraham Maslow vytvořil hierarchické uspořádání potřeb, jež jsou v literatuře znázorňovány v podobě pyramidy, neboli, jak již bylo zmíněno, trojúhelníku (Příloha P I: Maslowova hierarchie potřeb). Tato hierarchie obsahuje potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, lásky, uznaní a seberealizace. Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojení nižších potřeb převládá nad neuspokojenými vyššími potřebami. To znamená, že potřeba seberealizace, postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb.

Maslow uspořádal potřeby následovně:

1. **Fyziologické potřeby** slouží k přežití (výživa, pohyb, spánek, …)
2. **Potřeba jistoty a bezpečí** vyjadřuje touhu po důvěře a osvobození od strachu
3. **Potřeba lásky a sounáležitosti**, nazývána také afílační, je potřebou milovat, být milován, být sociálně integrován
4. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty** – jedná se o spojení dvou potřeb
   - první vyjadřuje sebeúctu a sebehodnocení, druhá respekt
5. **Potřeba seberealizace, sebeaktualizace** vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry (Trachtová a kolektiv, 2006, s. 13-15)
2 HOSPICOVÁ PÉČE

Rozvoj hospicového hnutí nastal v 60. letech 20. století. Největší hybnou silou byly názory na smrt v pracích Elizabeth Kübler – Rossové a Cicely Saunders (Kvapilová, 2013, s. 23).

Podle SZO je hospicová péče integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládaná délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců (Hanzlíková a kolektiv, 2006, s. 259).

Hospicová péče znamená pomoc nejen klientovi, ale i jeho rodině. Zaručuje nemocnému, že v posledních chvílích svého života nebude sám, bude respektována jeho lidská důstojnost a nebude trpět nesnesitelnými bolestmi. Proti bolesti se však doporučuje tolik léků, kolik je bezpodmínečně zapotřebí, a zároveň tak málo, jak je to jen možné, aby pacient netrpěl bolestí. Nezbytnou součástí je uspokojování psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Úkolem hospicové péče není život za každou cenu prodloužit, ale zajistit co nejvíce možnou kvalitu (Křivohlavý, 1995, s. 35).

Mezi pacienty hospice převažují nemocní s onkologickým onemocněním. Především proto, že kurativní přístup neprináší žádný profit. Není pravda, že každý nemocný v hospici umírá. Asi třetina těchto nemocných se po zlepšení zdravotního stavu vrací zpět do domácího prostředí (Marková, 2010, s. 27).

2.1 Formy hospicové péče

1. Domácí hospicová péče

Dělíme ji na laickou a odbornou. V případě laické péče o umírajícího pečuje rodina a jeho blízcí. Je určena těm, kteří mají dobré sociální podmínky. Odborná péče, poskytovaná multidisciplinárním týmem, doplňuje nebo nahrazuje laickou hospicovou péči.

2. Ambulantní hospicová péče

Poskytuje péči pacientům v domácím prostředí, kteří jsou schopni ambulanci navštívit. Úzce spolupracuje s praktickými lékaři a zařízeními paliativní péče.

3. Stacionární hospicová péče

Cílem hospicového stacionáře je poskytnout nemocným příležitost k aktivizaci a rozvoji své momentální schopnosti. Může pro klienta znamenat třeba rehabilitaci a to hlavně psychickou (Student J. Ch., Mühlum a Student U., 2006, s. 98).
Klient je ráno přijat, odpoledne nebo večer jde domů. Dopravu mu zařizuje rodina nebo hospic. Péči zde poskytuje multidisciplinární tým na odborné úrovni, který řeší problémy jako bolest a terapii. Tento typ hospicové péče se vyskytuje spíše v zahraničí.

4. Lůžková hospicová péče

Lůžkový hospic je zařízení poskytující paliativní péči nemocným v preterminální a terminální fázi onemocnění. Hospic se snaží o nastolení domácí atmosféry, zajistit maximální soukromí s možností přítomnosti příbuzného či blízkého po 24 hodin denně. V současné době funguje v České republice 17 lůžkových hospiců (Příloha P II: Seznam lůžkových hospiců v ČR). Všechny v mnohem připomínají spíše domov než nemocnici, prostory jsou bezbariérové a k dispozici jsou různé pomůcky usnadňující každodenní život klientů.

O přijetí do hospice rozhoduje vedoucí lékař hospice po dohodě s ošetřujícím lékařem. Nejčastěji se jedná o onkologicky nemocné pacienty, kteří nevyžadují akutní nemocniční péči, ale vzhledem k jejich zdravotnímu stavu není možná domácí péče. Součástí služeb, které hospic nabízí, je poskytování respitní péče, jejímž cílem je umožnit odpočinek rodině pečující o nemocného v domácním prostředí. Tato služba je časově omezena (Hanzlíková a kolektiv, 2006, s. 263-265; Krátká a Šilháková, 2008, s. 94-95).

Péči zde poskytuje multidisciplinární tým zahrnující lékaře, zdravotní sestry, dietní sestru, psychologa, ošetřovatelky, rehabilitační pracovníky, sociální pracovníky, duchovního, dvořanů, denního a další pracovníky dle potřeby. Díky takto početnému personálu je umožněno poskytovat péči v co nejvyšší možné psychické a fyzické míře (Vorlíček a kolektiv, 2004, s. 27).


Hospicová péče z časového hlediska:

1. období (pre finem) – péče o nemocného a jeho blízké od okamžiku zjištění diagnózy po nástup terminálního stavu
2. období (in finem) – péče o nemocného a jeho blízké během terminálního stavu
3. období (post finem) – péče o tělo zemřelého, doprovázení pozůstalých
Nelze chápat hospic pouze jako péči „in finem“, z čehož vyplývá, že čím dříve nemocný a jeho blízcí hospic kontaktují, tím více pro ně hospic může udělat (Svatošová, 2003, s. 102-110).

5. Mobilní hospicová péče

Jedná se o poskytování především paliativní péče multidisciplinárním týmem. První mobilní jednotka paliativní péče v České republice, sdružení Cesta domů, vznikla v roce 2001 v Praze. Má 77 členů, kteří zajišťují péči o umírající v domácím prostředí na celém území Prahy (Cesta domů, ©2014).

2.2 Paliativní péče

Protože se s umírajícími pacienty můžeme setkat téměř v každém zdravotnickém zařízení, stává se paliativní péče základní součástí profesionální role zdravotníků. Taktéž je paliativní péče nedílnou součástí každého hospice (O’Connor a Aranda, 2005, s. 15).

SZO definiuje paliativní péči jako: komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovanou péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesné a duševní strádání, zachovat pacientovu dostojnost a poskytnout podporu jeho blízkým (WHO, ©2014).

Již bylo zmíněno, že cílem je udržet dobrou kvalitu života, to však neznamená jen utišit bolest nebo snížit teplotu. Kvalitu života ovlivňuje také uspokojení potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní. Cílovou skupinu tvoří nemocní nacházející se v konečné fázi života, zejména pacienti s onkologickým onemocněním, pacienti v konečném stádiu chronických orgánových onemocnění, pacienti s CHOPN, AIDS, roztroušenou sklerózou nebo polymorbidní geriatričtí pacienti.

2.2.1 Historie paliativní péče


Hospice se staly místem, kde jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy pro mírnění symptomů. V mnoha akutních nemocnicích a zařízeních následné péče se využívají postupy a poznatky získané v prostředí hospiců. SZO považuje rozvoj paliativní péče za jednu ze svých priorit od počátku 90. let 20. století (Vorlíček a kolektiv, 2004, s. 19 – 20; Payneová et al. 2007, s. 47-53).

### 2.2.2 Paliativní péče v České republice


**Základní principy paliativní péče:**

- poskytovat úlevu od projevů nemoci
- neoddalovat ani neurychlovat smrt
- integrovat do péče o nemocné psychologické a duchovní aspekty
- pomáhat nemocným žít až do konce života tak aktivně, jak jen to je možné
- usilovat o zvýšení kvality života a pozitivního vlivu na nemoc
- pomáhat rodině vyrovnat se s nemocí a ztrátou blízké osoby
- poskytovat týmovou pomoc odpovídající potřebám pacientů a jejich rodin, včetně poradenství při zárumtu
- je indikována od počátku nemoci ve spojení s terapeutickými postupy, které mají prodloužit život, např. chemoterapie nebo ozařování (Payneová et al., 2007, s. 8)

2.3 Umírání a smrt

Termín umírání je v lékařství synonymem terminálního stavu. Tento stav bývá časově ohraničen několika hodinami, dny, popřípadě týdny. Je definován jako postupné a nevratné selhání životně důležitých funkcí orgánů s následnou smrtí (Vorlíček a kolektiv, 2004, s. 435).


Umírání a smrt jsou dva pojmy, které moderní člověk nechce vyslovovat, a pokud je má čist, raději se tomu vyhně. Bojí se a má strach. Ale z čeho? Z prázdnoty, konce, mrtvého člověka? Většina lidí se tolik nebojí samotné smrti, ale spíše trápení, bolesti, samoty a bezmocnosti, která smrti předchází (Dubcová, 2011, s. 44).

Konečnost si lidé uvědomovali vždycky. Celé generace byly v dávných dobách srozuměny se smrtí, v průběhu svého života se učili umírat tím, že pozorovali smrt okolí, pomáhali těm, jejichž čas nadešel. Smrt byla součástí života a byla pro lidi viditelná. Nelze tvrdit, že by se lidé v minulosti smrti nebáli, jen odcházeli z tohoto světa s přesvědčením, že už je nic horšího nemůže potkat. V dávných dobách totiž umírali na veřejných prostranstvích, o hladu, ve špíně a chudobě. Jejich relativní útěchou byla víra v posmrtný život, který nebudou sužován bolestí a nemocemi. Výrazy jako „záclonky v očích“ nebo „spičatění nosu“ byla synonyma přicházející smrti a patřila do běžné slovní zásoby obyčejných lidí. Ti také


2.3.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

1. Popírání a izolace

Většina pacientů reaguje na zprávu o terminálnosti svého onemocnění se slovy: „To musí být omyl.“ Toto odmítavé jednání je charakteristické jak pro lidi, kteří byli o svém stavu informováni lékařem, tak i pro ty, kterým tento fakt lékař nesdělil otevřeně, ale pacienti si jej domysleli. Přesvědčují sami sebe, že jejich výsledky vyšetření někdo zaměnil. Odmítání a negace bývá obvykle jen dočasnou obrannou strategií. S postupem času se i tito nemocní zmobilizují a s velkou radostí a úlevou si za nějaký čas s nějakým popovídají o hrozbě jejich smrti. Takový rozhovor je ovšem možné vést ať tehdy, když jsme si jisti, že je pacient schopen toto téma unést.

2. Zlost

Po slovech: „To není možné, určitě je to jen nějaký omyl,“ následuje zlost. Zlost na život, na svět, na sebe, na své blízké nebo na Boha. Pacientův hnev se obrací na všechny strany, jeho blízkí jen s obtížemi nachází porozumění. Ať se pacient podívá kamkolí, všechno ho irituje. Začíná si uvědomovat nevyhnutelnou situaci a brání se právě pocitem zlosti, hned-
vem a mrzutostí. K nemocnému v této fázi je důležité přistupovat s empatií a trpělivostí (Kübler-Rossová, 1992, s. 35-120).

3. Smlouvání
Člověk smlouvá a přemýšlí o možnostech, jak by smrt oddálil. V rozhovorech se objevují věty: „Ještě bych se rád dočkal narození vnučky, potřebuji ještě dva měsíce…“ Většinu smluv, které mohou být spojeny s pocitem viny, nemocní uzavírají s Bohem (Vojtíšek, Dušek a Motl, 2012, s. 206). Tento způsob smlouvání není vzácností u lidí, kteří cítí, že zemřou, ale zároveň mají ještě co prožít. Stanovují si nějakou lhůtu a ve většině případů se této lhůty dožijí. Po ní se totiž osoba klidně vzdá a oddá se do náruče smrti (Hennezel, 1997, s. 21).

4. Deprese
Umírající člověk si uvědomuje, že všechno opouští. Nic už pro něj nemá význam. Tím, že přichází zjevné příznaky nemoci a ubývají síly, začíná nemocný chápat, že už nemůže dál svou nemoc popírat. Žena s rakovinou prsu ztrácí svoji ženskost, těžce nemocný muž může nabývat dojmu ztráty autority v rodině. I takové ztráty jsou pro pacienty těžké snést.

5. Smíření
3 SPIRITUALITA, VÍRA A NÁBOŽENSTVÍ

Potřeba duchovní pomoci dominuje zejména u umírajících a jejich rodiny. Člověka celý život provází otázka „Proč?“ Na všechno kolem nás potřebujeme odůvodnění, vysvětlení a nalezení principů a souvislostí. Pokud logická vysvětlení nenalezne, často se obracíme ke spiritualitě.


Spirituální a náboženské přesvědčení mohou ovlivnit způsob života, postoj k nemoci i smrti nemocného. Duchovní přesvědčení nabývá významu v čase vážného onemocnění a pomáhá nemocným akceptovat jejich chorobu a plánovat si budoucnost. Někteří lidé mohou nemoc brát jako zkoušku víry a ta jim může pomoci smířit se s nemocí nebo vysvětlit její podstatu. Jiní lidé nahlíží na nemoc jako na trest a jsou přesvědčeni, že jejich onemocnění je trest za hříchy, kterých se dočinili. Často také věří, že nemoc ustoupí prostřednictvím modliteb, slibů a pokání (Kozierová, Erbová a Olivierová, 1995, s. 777).

Protože je psychická stránka velmi úzce spjata se stránkou somatickou a k duševní vyrovnanosti pomáhá věřícímu Člověku víra, je uspokojování spirituálních potřeb podstatnou součástí ošetřovatelské péče. Všichni zdravotníci pracující pečující o vážně nemocné by měli být informováni o jednotlivých náboženstvích, aby mohli dostatečně poskytovat duchovní podporu.

3.1 Spiritualita

Pojem spiritualita je odvozen z latinského spiritus, což v překladu znamená duch. Ve spiritualitě jde o hledání vyšší moci. Jádrem se stávají otázky smyslu života, jeho směřování, otázky vztahu k sobě samému i abstraktní hodnoty jako je láská a nenávist, dobro a zlo. Dá se říct, že je spiritualita životní cestou (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 204).
Definice spirituální péče dle WHO z roku 1990 zní: „Spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům, přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejně jako náboženské prožitky, ačkoli pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propouště fyzické, psychologické a sociální složky života jedince. Často se spiritualita chápe jako zabyvání se smyslem a účelem života a pro lidi na sklonku života je běžné spojována s potřebou odpuštění, usmíření a potvrzením jejich hodnoty a užitečnosti“ (Kalvínská, 2007, s. 13).

Duchovní potřebou je potřeba jedince udržovat, zvyšovat či napravovat své přesvědčení a víru ke splnění náboženských povinností. Mnohdy je to právě sestra, kdo zjistí potřebu duchovní podpory nemocného a požadovanou pomoc mu zabezpečí. Některé spirituální potřeby jsou ukryty ve všech náboženstvích. Mezi takové potřeby patří: potřeba pro smysl a účel, potřeba lásky a sounáležitosti a potřeba odpuštění (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 30-31).

### 3.1.1 Dělení spirituální služby

- Obecná spirituální služba, v níž spočívá naslouchání, hledání smyslu života, modlitba nebo urovnávání křivdy. Tuto službu může nemocnému poskytnout zdravotník, sociální pracovník, dobrovolník i blízká osoba.
- Speciální spirituální služba zahrnuje úkony, k nimž je potřebné speciální vzdělání nebo duchovní pověření. Jedná se například o přípravu k přijetí svátosti, udělení svátosti, či vykonávání bohoslužby.

Podle J. Zachovala se spirituální služba dělí také na individuální a skupinovou spirituální péči.

- Individuální obsahuje naslouchání, modlitbu, rozhovor, aj.
- Skupinová zahrnuje například bohoslužbu a duchovní koncerty (Zachoval, ©2013; Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 30-31).

### 3.2 Víra a náboženství

Víra je charakteristika sebepochopení, činnosti a žití. Mít víru znamená věřit, odevzdat se někomu či něčemu. Dává odpověď na znepokojivé otázky a zasluhuje se o to, aby těžce nemocný prožíval poslední období svého života v bezpečí, naději a duševním naplnění.

Členství v církví zajišťuje člověku sounáležitost ve společenství stejně smýšlejících lidí a zároveň je pro člověka jistotou ve chvíli nejistoty (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 204).


Jelikož existuje mnoho druhů náboženství, svou pozornost věnuji pouze některým neznámějším směřím.

3.2.1 Křesťanství

Při sčítání lidu, v roce 2011, se přihlásil více než milion občanů k římskokatolické církvi. Protože je u nás nejrozšířenější, je také velkou pravděpodobností, že pokud bude nemocný žádat o nějakou službu církve, ve většině případů půjde právě o katolickou církev. Tato církev má sedm svatostí:

2. Biřmování – V případě nebezepečí smrti může udělit tuto svátost nejen biskup, ale i kněz.


Všichni, kteří pečují o nemocné, by měli vědět, jaká svátostná služba pro ně může být v dané situaci potřebná, a měli by umět tuto službu nemocnému zprostředkovat. Kromě toho, že po nás nemocný může chtít duchovní rozhovor, modlitbu, četbu z Bible, může mít i právní přijmout některou svátost. Nejaktuálnější svátosti u nemocných je svátost křtu, eucharistie, smíření a svátost nemocných.

V dnešní době se již v mnoha zdravotnických zařízeních konají bohoslužby, po nich kněz navštěvuje ty nemocné, jimž zdravotní stav nedovoluje se bohoslužeb účastnit. Křesťanství umožňuje přijímání medicínských procedur, souhlasí s pitvou, zakazuje však plánované potraty z jakýchkoliv důvodů (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 210-212; Kozierová, Erbová a Olivierová, 1995, s. 777-782).

3.2.2 Islám

V poslední době u nás stále přibývá pacientů vyznávající islám. Islámská víra chápe nemoc jako zkoušku, která vyžaduje trpělivost v očekávání odměny na věčnosti. Islámský názor říká, že zdraví a nemoc, život a smrt jsou vůle boží. Také muslimům přikazuje, aby své nemocné léčili a provedli vše k prevenci nemocí. Věřící musí také modlit a modlitbu vykonávat i ve zdravotnickém prostředí. V takovém případě je důležité soukromí pro modlitbu. Je možné, že muslimský pacient projeví touhu se po hygienické péči umýt ještě jednou, ale rituálně. Muslim je považován za znečištěného, pokud krvácí, má v těle
zánět, byl v bezvědomí, měl pohlavní styk nebo je po gynekologickém vyšetření. Velkou rolí zde hraje rodina, která se snaží o nemocného sama pečovat a být mu neustále nablízku. Komunikace s muslimským pacientem je složitější. Pokud s nimi lékař nemluví, nabývají dojmu, že jsou smrtelně nemocní. V islámské kultuře je zakázáno hovořit o rodinných a intimních problémech, vyprazdňování, těhotenství – zejména s mužem, počtu dětí nebo rodinném stavu. Proto by měli zdravotníci počítat s odmítavými reakcemi pacienta. Místo pozdravu často kladou ruku na srdce a odmítají podat lékaři nebo sestře ruku. Muslimské náboženství dovoluje lékařům použít všechny prostředky k záchranně života či jeho prodloužení. Umírá-li nemocný, rodinní příslušníci se o něj velmi intenzivně starají a předčítají mu z Koránu. Je-li to možné, měl by umírající muslimský pacient sedět nebo ležet tváří k Mekce. Pokud chybí kontakt s rodinou, měli by se zdravotníci vyvarovat kremaci. Pítva je dovolena jen za cílem zjištění přesné příčiny smrti (Kropáček et al., 2010, s. 58-60; Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 217).

3.2.3 Svědci Jehovovi


3.2.4 Buddhismus

Vyznavač budhismu může chtít, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí, meditovat a k tomu bychom mu měli zajistit klidné prostředí. Lze také předpokládat, že bude požadovat vegetariánskou stravu. U buddhistů nepřichází v úvahu kontakt s duchovními.

3.3 Duchovní péče

Duchovní neboli spirituální péči rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přístupujeme k němu s úctou, venujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, pomáháme mu důstojně zvládnout jeho životní situaci včetně smrti na úrovni jeho věry s perspektivou jejího možného rozvoje (Svatošová, 2012, s. 85-89). Duchovní péče se týká na jedné straně lidí zdravých, na druhé straně lidí nemocných. Tam, kde se péče věnuje lidem nemocným, se ještě dále dělí na spirituální péči o tělesně či psy-
chicky nemocně, lehce a vážně nemocně a duchovní péči o umírající. V případě lehce a těžce nemocných jde o posilování pacientů v jejich boji s nemocí, bolestmi a o posilování jejich snahy zvládnout obtíže spojené s nemocí. V případě duchovní péče o umírající, se jedná o pomoc umírajícím přijmout nevyhnutelnou skutečnost a vyrovnat se s ní – nejen ji akceptovat, ale smířit se s tím, co přichází. Dříve se zdravotníci spirituálními potřebami nemocných vesměs nezabývali, je známo, že Hippokrates radil svým žákům odejít z pacientova domu, nemohou-li zabránit smrti. Také dnes se můžeme setkat s tím, že některí zdravotníci pracovníci považují smrt svého pacienta za osobní prohru a kontakt s ním omezují na minimum. Až díky paliativní medicíně se chování k umírajícím začíná měnit. Postupně přibývá těch, kteří si uvědomují podstatu duchovní péče v terminální fázi nemoci a přispívají k jejímu uspokojování.

Hlavní podmínkou dobré vedeního duchovního rozhovoru je osobní vyrovnání toho, kdo chce s umírajícím hovořit. Mezi cíle duchovní péče můžeme zařadit posílení víry umírajícího, osvobození se od sebe sama, vymanění se z obav a strachu (Křivohlavý, 1995, s. 49-69).

Když se zamyslíme nad tím, že v současnosti žije na světě asi pětina věřících lidí, co ty zbývající čtyři pětiny? Pro ně nastává složitá situace. Lidé náboženské společnosti spirituální potřeby z velké části řeší s duchovním. Ale ti, kteří se nehlásí k žádnému náboženství, mají spirituální potřeby ve smyslu života nebo třeba usmíření. I oni mají potřebu s někým konzultovat tyto problémy a obavy a v této chvíli by jim měla být nablízku právě sestra (Šiklová, 2013, s. 46).

### 3.3.1 Zdravotník v roli doprovázejícího

Protože i v ošetřovatelských diagnózách dle NANDA taxonomie nalezneme doménu zaměřující se na duchovní strádání nemocných, měla by sestra vědět, že také oblast spirituality spadá do jejích kompetencí.

Všichni, co jsou v kontaktu s nemocným, musí umět naslouchat. Marie de Hennezel ve své knize Smrt zblízka: umírající nás učí žít, kladou důraz na nenahraditelnost dotyku v kontaktu s nemocným - člověk tak cití, že se skutečně s někým setkává (1997, s. 118).

Zdravotníci se často setkávají s pacienty v období velkých životních změn, jsou pro ně de facto cizinci, což pro ně může být výhodou i nevýhodou. Často je pro lidi snazší hovořit o svých problémech, obavách a osobních věcech před cizími lidmi než blízkými. Nemusí


U nemocných s infaustní prognózou vystupují duchovní potřeby do popředí a bývají pacientovou prioritou. Když dolehne na člověka nemoc či smutek, může se právě spiritualita stát zdrojem pomoci a úlevy (Krišková, 2010, s. 115).

Potřebuje-li pacient podmínky k vyřešení svých niterních záležitostí, musíme mu pomoci. Přívolejme toho, koho potřebuje, ať už je to jeho blízký, duchovní nebo psycholog. V souvislosti s včasným sdělením nepříznivé prognózy nemocnému mu umožníme lépe se smířit s osudem, smazat jeho vinu a výčitky svědomí. Základní a nejdůležitější dovedností je umění naslouchat. Během naslouchání nepozorují jen já pacienta, ale i on pozná, jestli mu opravdu nasloucháme, pozná, co si v duchu myslíme, zda jej odsuzujeme či kritizujeme. Pokusme se být nedirektivní, nechme nemocného vyprávět jeho příběh, nepřerušujme ho. Tím vším si budujeme důvěru. Protože je každý člověk jedinečný a originální, i doprovázení je vždy jiné. Doprovázení bude jiné u pacienta s akutním onemocněním a u pacienta s onemocněním chronickým, bude jiné u pacienta s mentálním postižením a u lidí postižených handicapem (Křivohlavý, 1995, s. 49-69).

Možnosti pomoci nemocnému v oblasti spirituálních potřeb:

- respektovat víru nemocných
- získat informace o duchovních potřebách nemocného
- informovat nemocného a jeho blízké o bohoslužbách v zařízení
- dle přání nemocného zprostředkovat návštěvu kněze, rabína, mnicha…
- zprostředkovat kontakt s jinými věřícími (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 209)

Velmi často se zdravotníci setkávají taky se spirituální bolestí pozůstalých. Jakmile se nám se svou bolesti svěří a my jim nasloucháme, již je léčíme. Platí, že sdělená bolest je poloviční bolest, sdělená radost dvojnásobná radost.

I když si možná nedovedeme představit, že se s umírajícím bavíme právě o jeho smrti, v mnohých případech ho bude zajímat víc konec života než aktuální zprávy pro něj už v tuto chvíli bezvýznamné. K čemu mu je dobré znát novinky o politice, která začne rozhodovat o věcech, kterých on už se nedožije? Zcela jistě si s námi promluví radší o mezi-lidských vztazích nebo úvahách o budoucnosti (Šiklová, 2013, s. 46).

3.3.2 Duchovní v roli doprovázejícího

Máme kolem sebe spoustu nemocných se spirituální bolestí a duchovními potřebami. Proto jsou součástí dnešního zdravotnického týmu nemocniční kaplani. Každý kaplan (pastor, kněz, duchovní) by měl být dobrý psycholog, a měl by se postarat a nabídnout pomoc i nevěřícím (Vorlíček a kolektiv, 2004, s. 454).

Rozdíl mezi dřívějším pojetím duchovní péče o umírající oproti současnosti je možné vidět v tom, že dříve duchovní jednal sám, podle vlastního plánu a vlastních představ. V současné době se klade důraz na oboustrannou spolupráci, na dialogickou formu duchovní péče.

Jak jsem zmiňovala, v lůžkových zařízeních duchovní posilu požadují nejčastěji katolické věřící, které navštěvuje kněz nebo pastorační pracovník. Součástí duchovní péče katolického kněze představuje udílení svátostí, zejména svátosti smíření a eucharistie. Duchovní je ve vztahu k pacientům, jeho blízkým a pracovníkům zařízení zavázán dodržovat tyto etické zásady:

- respektovat a chránit důstojnost každého člověka
- respektovat duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti
- dbát na to, aby spirituálním potřebám pacientů z různých náboženských prostředí bylo vyrováno při respektování osobního přesvědčení
- chránit pacienta před nevhodnou duchovní vtířavostí
- působit jako zprostředkovatel v konfliktních situacích
- zachovávat mlčenlivost (Svatošová, 2012, s. 86-95)

Člověk, který celý svůj život prožil podle náboženských zásad, má právo podle nich i zemřít (Haškovcová, 2007, s. 95).

V posledních letech se přístup k umírajícím bezesporu zlepšuje i díky kněžím, farářům a laickým bohoslovcům. Ti v současnosti působí jak v hospicích, tak v nemocnicích a přicházejí k pacientům. Můžeme být rádi, že tato služba existuje. Znamená pro zdravotnictví velký posun (Šiklová, 2013, s. 79).
II. PRAKTIČKÁ ČÁST
4 METODIKA PRŮZKUMU


4.1 Technika výzkumu – dotazník

Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je anonymní. Pokud dotazník není anonymní, pak je nutný informovaný souhlas respondenta. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 41).

4.2 Cíle výzkumu

Cíl č. 1: Zhodnotit úroveň poskytované spirituální péče v hospicích.

Cíl č. 2: Zjistit, zda je spirituální péče pro nemocné v hospici důležitá.

Cíl č. 3: Navrhnout způsob ke zvýšení kvality poskytované spirituální péče.

4.3 Charakteristika průzkumného šetření

Dotazníkové šetření bylo prováděno u klientů hospicových zařízení. Dotazníky byly rozdány do 9ti hospiců. Celkem bylo rozdáno 180 dotazníků, návratnost byla 61 dotazníků.

4.4 Charakteristika vzorku respondentů

Soubor respondentů tvoří klienti v terminálním stádiu onemocnění, kteří měli zachované kognitivní funkce (myšlení, pozornost) a byli schopni odpovědět na dané otázky. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů byla z Hospice Citadela ve Valašském Meziříčí a Hospice Hvězda ve Zlíně nízká návratnost, proto jsem šetření rozšířila. S účastí na dotazníkovém šetření klienti předem souhlasili.
4.4.1 Charakteristika dotazníkových položek

Dotazník je složen ze série 20 – ti otázek. Tvoří jej 16 otázek uzavřených - č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 10.1, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Zbylé 4 otázky jsou položené s nabídkou výběrových odpovědí a s možností vlastního doplnění – č. 8, 11, 13.1, 14.1. Dotazník má obecnou část, která zahrnuje otázky pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání respondenta. Ostatní položky zjišťují postoj nemocných a sester k otázkám spirituality.

K cíli č. 1, jehož úkolem bylo zhodnotit úroveň poskytované spirituální péče v hospicích, se vztahují otázky č. 12, 13, 13.1, 14, 14.1, 15, 17.

K cíli č. 2, jehož úkolem bylo zjistit, zda je spirituální péče pro nemocné v hospici důležitá, se vztahují otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 10.1, 11, 16.

4.5 Organizace průzkumného šetření


Celkem bylo distribuováno 180 dotazníků. Návratnost byla 64 dotazníků, tzn. 36 %. Končný počet dotazníků použitých k průzkumnému šetření činilo 61, tj. 34 %.

4.6 Zpracování získaných dat

Ke zpracování bylo použito 61 vyplněných dotazníků, což je hodnoceno jako 100 %. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do tabulek a jsou vyjadřeny absolutní četností (n) a relativní četností (%). Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpověděli na určitou otázku stejným způsobem. Relativní četnost udává, jak velká část z celkového počtu připadá na danou dílčí hodnotu. Výsledky průzkumu byly pomocí programu Microsoft Excel vloženy do tabulek a graficky znázorněny. Následně jsem je slovně okomentovala.
5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

5.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muž</td>
<td>33</td>
<td>54 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Žena</td>
<td>28</td>
<td>46 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 1 Pohlaví respondentů

Komentář:
Dotazníkové šetření se zúčastnilo 33 mužů (54 %) a 28 žen (46 %).
Otázka č. 2: Kolik je Vám let

**Tab. 2 Věk respondentů**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Věk respondentů</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Méně než 30 let</td>
<td>1</td>
<td>2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>30-40 let</td>
<td>5</td>
<td>8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>41-50 let</td>
<td>11</td>
<td>18 %</td>
</tr>
<tr>
<td>51-60 let</td>
<td>16</td>
<td>26 %</td>
</tr>
<tr>
<td>61-70 let</td>
<td>12</td>
<td>20 %</td>
</tr>
<tr>
<td>71 let a více</td>
<td>16</td>
<td>26 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 2 Věk respondentů**

Komentář:

Z celkového počtu 61 dotazovaných má 1 (2 %) respondent méně než 30 let. Ve věkové kategorii 30-40 let je zastoupeno 6 (10 %) respondentů, 11 (18 %) ve věku 41-50 let, 16 (26 %) ve věku 51-60 let, 12 (20 %) dotazovaných spadá do kategorie 61-70 let a věková hranice nad 71 let je zastoupena 16 respondenty (26 %).
Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?

Tab. 3 Rodinný stav

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rodinný stav</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Svobodný/á</td>
<td>5</td>
<td>8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženatý/vdaná</td>
<td>33</td>
<td>54 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Rozvedený/á</td>
<td>7</td>
<td>11 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Druh/družka</td>
<td>1</td>
<td>2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Vdovec/vdová</td>
<td>15</td>
<td>25 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 3 Rodinný stav

Komentář:

Mezi dotazovanými je 5 svobodných (8 %), 34 ženatých/vdaných (52 %), 7 rozvedených (11 %) a 15 vdovců/vdov (25 %). Možnost druh/družka neoznačil nikdo z respondentů.
Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dosážené vzdělání</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Základní</td>
<td>6</td>
<td>10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Středoškolské bez maturity</td>
<td>25</td>
<td>41 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Středoškolské s maturitou</td>
<td>17</td>
<td>28 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyšší odborné</td>
<td>2</td>
<td>3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Vysokoškolské</td>
<td>11</td>
<td>18 %</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CELKEM</strong></td>
<td><strong>61</strong></td>
<td><strong>100 %</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 4 Dosážené vzdělání**

**Komentář:**

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 61 dotazovaných tvoří 25 (41 %) respondentů se středoškolským vzděláním bez maturity a 17 (28 %) se středoškolským vzděláním s maturitou. Vysokoškolsky vzdělaných respondentů je 11 (18 %). Respondentů se základním vzděláním je 6 (10 %) a v nejmenším počtu 2 (3 %) jsou zastoupeni respondenti s vyšším odborným vzděláním.
Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s pojmem spirituální?

Tab. 5 Pojem spirituální

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pojem spirituální</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>1</td>
<td>2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>3</td>
<td>5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>22</td>
<td>36 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>35</td>
<td>57 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 5 Pojem spirituální

Komentář:

Se zápornou odpovědí jsem se setkala pouze u 1 (2 %) dotazovaného. Odpověď spíše ne jsem získala u 3 (5 %) respondentů. Odpověď spíše ano označilo 12 (36 %) respondentů a kladná odpověď se vyskytla u 35 (57 %) dotazovaných.
Otázka č. 6: **Seřaďte Vaše potřeby dle důležitosti ve zdraví:** (1 – nejdůležitější, 4 – nejméně důležité)

- Biologické potřeby
- Psychologické potřeby
- Sociální potřeby
- Spirituální potřeby

**Tab. 6 Žebříček hodnot ve zdraví**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Nejdůležitější</th>
<th>Důležité</th>
<th>Méně důležité</th>
<th>Nejméně důležité</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Biologické potřeby</td>
<td>60 (98 %)</td>
<td>1 (2 %)</td>
<td>0 (0 %)</td>
<td>0 (0 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychologické potřeby</td>
<td>1 (2 %)</td>
<td>38 (62 %)</td>
<td>21 (34 %)</td>
<td>1 (2 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální potřeby</td>
<td>0 (0 %)</td>
<td>15 (25 %)</td>
<td>30 (49 %)</td>
<td>16 (26 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Spirituální potřeby</td>
<td>0 (0 %)</td>
<td>7 (11 %)</td>
<td>11 (18 %)</td>
<td>43 (70 %)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 6 Žebříček hodnot ve zdraví**

**Komentář:**

Za nejdůležitější považuji 60 (98 %) respondentů biologické potřeby, poté potřeby psychologické, sociální a nakonec potřeby spirituální. Tuto a následující otázku jsem do dotazníku zařadila proto, aby si respondenti uvědomili svůj žebříček hodnot a mimo jiné také, abychom mohli vidět postup některých dříve méně důležitých hodnot výše.
Otázka č. 7: **Seřaďte Vaše potřeby dle důležitosti v nemoci:** (1 – nejdůležitější, 4 – nejméně důležité)

- Biologické potřeby
- Psychologické potřeby
- Sociální potřeby
- Spirituální potřeby

**Tab. 7 Žebříček hodnot v nemoci**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Nejdůležitější</th>
<th>Důležité</th>
<th>Méně důležité</th>
<th>Nejméně důležité</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Biologické potřeby</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td>15</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>11 %</td>
<td>11 %</td>
<td>25 %</td>
<td>52 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychologické potřeby</td>
<td>35</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>57 %</td>
<td>20 %</td>
<td>11 %</td>
<td>5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální potřeby</td>
<td>19</td>
<td>32</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>31 %</td>
<td>52 %</td>
<td>5 %</td>
<td>8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spirituální potřeby</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>30</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0 %</td>
<td>16 %</td>
<td>30 %</td>
<td>34 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 7 Žebříček hodnot v nemoci**

Komentář:
Biologické potřeby se v nemoci nejčastěji dostávají až na poslední místo. Tím se dostávají výše potřeby spirituální. Jako důležité označili respondenti nejčastěji sociální potřeby, a na prvním, nejdůležitějším místě jsou potřeby psychologické.
Otázka č. 8: Co dává Vašemu životu smysl?

**Tab. 8 Smysl života**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Smysl života</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Víra v Boha</td>
<td>48</td>
<td>79 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Víra v sám sebe</td>
<td>5</td>
<td>8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Rodina</td>
<td>55</td>
<td>90 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>29</td>
<td>48 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Komentář:**

Rodinu jako smysl života označilo 55 dotazovaných (90 %) a 48 (79 %) respondentů zvolilo víru v Boha. Pouze 5 (8 %) respondentů vidí smysl života sám v sobě. K možnosti jiné se vyjádřilo 29 (48 %) dotazovaných.
Nyní uvádím tabulku a graf, který ukazuje, co respondenti uvedli jako smysl svého života.

**Tab. 9 Smysl života 2**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Smysl života</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dobré vztahy</td>
<td>8</td>
<td>28 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Plnohodnotně prožitý život</td>
<td>13</td>
<td>45 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Optimismus</td>
<td>4</td>
<td>14 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Víra v uzdravení</td>
<td>1</td>
<td>3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Láska okolí</td>
<td>3</td>
<td>10 %</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CELKEM</strong></td>
<td><strong>29</strong></td>
<td><strong>100 %</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 9 Smysl života 2**

**Komentář:**

Jednotlivé odpovědi respondentů, které uvedli k možnosti jiné, jsem shrnula do položek dobré vztahy, plnohodnotně prožitý život, optimismus, víra v uzdravení a láška okolí. Nejvíce z těchto možností dává dotazovaným smysl života plnohodnotně prožitý život (13, tj. 45 %). Jako druhou nejčastější položku uvedli dobré vztahy (8, tj. 23 %). 4 respondentům (14 %) dává smysl života optimismus, 3 (10 %) láška okolí a 1 (3 %) z dotazovaných uvedl víru v uzdravení.
Otázka č. 9: Myslíte si, že Vám víra (něco, v co věříte) pomáhá v boji s nemocí?

Tab. 10 Víra jako pomoc v nemoci

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>1</td>
<td>2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>24</td>
<td>39 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>36</td>
<td>59 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Komentář:
Z grafu velmi dobře vyplývá, že většině dotazovaných pomáhá jejich víra v boji s nemocí. Odpověď ano označilo 26 (59 %) respondentů a 24 (39 %) dotazovaných odpovědělo spíše ano. Pouze 1 (2 %) z dotazovaných zvolil možnost ne. Vzhledem k tomu, že žádný z respondentů neoznačil položku spíše ne, na výše uvedeném grafu jsem ji vyřadila.
Otázka č. 10: **Považujete se za zbožného člověka?**

*Tab. 11 Víra*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Víra</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>4</td>
<td>7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>10</td>
<td>16 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>26</td>
<td>43 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>21</td>
<td>34 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 11 Víra**

*Komentář:*

Za zbožného člověka se považuje 21 (34 %) respondentů a 26 (43 %) označilo odpověď spíše ano. Možnost spíše ne zvolilo 10 (16 %) dotazovaných a 4 (7 %) z dotazovaných se za zbožného člověka nepovažuje.
Otázka č. 10.1: Zajímal/a jste se o náboženství již dříve, než jste přišel/přišla do hospice?

**Tab. 12 Náboženství**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Náboženství</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>1</td>
<td>2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>3</td>
<td>6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>21</td>
<td>45 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>22</td>
<td>47 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>47</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 12 Náboženství**

**Komentář:**

Z celkového počtu 61 dotazovaných se 22 (47 %) o náboženství zajímalo již v době, než přišli do hospice. K možnosti spíše ano se přiklání 21 (45 %) respondentů. Možnost spíše ne zvolili 3 (6 %) respondenti. Až v hospici se o náboženství začal zajímat 1 (2 %) klient.
Otázka č. 11: Jste součástí nějaké duchovní komunity?

Tab. 13 Duchovní komunita

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>14</td>
<td>23 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>47</td>
<td>77 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 13 Duchovní komunita

Komentář:

K určité duchovní komunitě, čímž je myšlena příslušnost k určité farnosti, se přiklání 47 respondentů (77 %), zbylých 14 (23 %) součástí duchovní komunity nejsou.
Následující graf znázorňuje náboženské směry, k nimž se hlásí věřící respondenti.

**Tab. 14 Náboženské směry**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Náboženské směry</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Křesťanství</td>
<td>47</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Islám</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Buddhismus</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CELKEM</strong></td>
<td><strong>47</strong></td>
<td><strong>100 %</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 14 Náboženské směry**

**Komentář:**

Z grafu jasně vyplývá, že všech 47 (100 %) respondentů hlásících se k duchovní komunitě vyznávají náboženský směr křesťanství. Zbylé možnosti tudíž nebyly na grafu znázorňovány.
Otázka č. 12: Jste v hospici spokojen/a?

**Tab. 15 Spokojenost v hospici**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>34</td>
<td>56 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>27</td>
<td>44 %</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CELKEM</strong></td>
<td><strong>61</strong></td>
<td><strong>100 %</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 15 Spokojenost v hospici**

**Komentář:**

Z celkového počtu 61 dotazovaných je 34 (56 %) v hospici spíše spokojeno a 34 (44 %) spokojeno. Protože žádný z respondentů neoznačil možnost ne a spíše ne, z grafu jsou tyto položky vyřazeny.
Otázka č. 13: **Byl/a jste informován/a o duchovní péči v hospici?**

**Tab. 16 Informovanost**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informovanost</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>1</td>
<td>2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>8</td>
<td>13 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>28</td>
<td>46 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>24</td>
<td>39 %</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>61</strong></td>
<td><strong>100 %</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 16 Informovanost**

**Komentář:**

Na otázku, zda byli respondenti informováni o duchovní péči v hospici, odpověděl 1 (2 %) ne a 8 (13 %) spíše ne. Položku spíše ano označilo 28 (46 %) respondentů. Zbylých 24 (39 %) respondentů odpovědělo ano.
Otázka č. 13.1: Kdy jste byl/a o duchovní péči v hospici informován/a?

*Tab. 17 Informovanost 2*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informovanost 2</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Při příjmu</td>
<td>23</td>
<td>44 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Při zhoršeném zdravotním stavu</td>
<td>6</td>
<td>12 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Když jsem sám/sama projevil/a zájem</td>
<td>21</td>
<td>40 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>2</td>
<td>4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>52</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf 17 Informovanost 2**

Komentář:

O možnosti duchovní péče informují sestry klienty nejčastěji při příjmu, a to v případě 23 (44 %) dotazovaných. 21 (40 %) respondentů uvedlo, že jim byla tato informace sdělena, pokud sami projevili zájem. Možnost při zhoršeném stavu označilo 6 (12 %) respondentů. K položce jiné se vyjádřili 2 (4 %) respondentů a jejich odpovědi zněly: „V průběhu celého pobytu mi tuto službu připomínají.“ „Nevím, jestli mně neřekli nebo jsem to v tom zmatku nezaznamenala, ale dozvěděla jsem se o tomto od pastorační asistentky, která za mnou pravidelně dochází.“
Otázka č. 14: Zajímají se sestry o Vaše spirituální potřeby?

Tab. 18 Zájem sester

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zájem sester</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>3</td>
<td>5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>36</td>
<td>59 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>17</td>
<td>28 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>5</td>
<td>8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Komentář:
Tabulka a graf dokazují, že u 36 (59 %) dotazovaných se sestry spíše nezajímají o spirituální potřeby klientů. Jen 3 (5%) respondenti uvedli možnost ne a 17 (28 %) spíše ano. Pouze 5 (8 %) respondentů označilo položku ano.
Otázka č. 14.1: Jakou formu využívají sestry ke zjištění Vašich spirituálních potřeb?

Tab. 19 Forma spirituální anamnézy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forma spirituální anamnézy</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rozhovor</td>
<td>9</td>
<td>41 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Naslouchání</td>
<td>9</td>
<td>41 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Dotazník</td>
<td>14</td>
<td>64 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 19 Forma spirituální anamnézy

Komentář:

Ke zjišťování spirituálních potřeb klientů využívají sestry u 9 (41 %) z dotazovaných ke spirituální anamnéze formu rozhovoru a stejně tak i naslouchání. Formu dotazníku označilo nejvíce respondentů (14, tj. 64 %).
Otázka č. 15: Dochází za Vámi pastorační asistent/ka?

Tab. 20 Přítomnost pastoračního asistenta

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>10</td>
<td>16 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>51</td>
<td>84 %</td>
</tr>
<tr>
<td>CELKEM</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Komentář:

Většina dotazovaných – 51 (84 %) uvedlo, že součástí ošetřovatelského týmu jsou pastorační asistenti. S pastoračními asistenty se nesetkává pouze 10 (16 %) dotazovaných. Protože možnost spíše ne a spíše ano nikdo nezvolil, byly vyřazeny i z grafického znázornění.
Otázka č. 16: Máte zájem o:

Tab. 21 Zájem o spirituální služby

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Nikdy</th>
<th>Občas</th>
<th>Často</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rozhovor</strong></td>
<td>0</td>
<td>0 %</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Soukromí</strong></td>
<td>4</td>
<td>7 %</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Čtení z Bible</strong></td>
<td>19</td>
<td>31 %</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Společná modlitba</strong></td>
<td>23</td>
<td>38 %</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Účast na bohoslužbě</strong></td>
<td>12</td>
<td>20 %</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Návštěva duchovního</strong></td>
<td>3</td>
<td>5 %</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Svátost smíření</strong></td>
<td>15</td>
<td>25 %</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Svátost přijímání</strong></td>
<td>14</td>
<td>23 %</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Svátost nemocných</strong></td>
<td>14</td>
<td>23 %</td>
<td>21</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf 21 Zájem o spirituální služby

Komentář:

Z tabulky a grafu vyplývá, že dotovaní mají nejčastěji zájem o rozhovor (54, tj. 89 %), soukromí (36, tj. 59 %) a účast na bohoslužbě (32, tj. 52 %). Občas mají zájem o návštěvu duchovního (35, tj. 57 %), společnou modlitbu (32, tj. 52 %) a čtení z Bible (30, tj. 49 %). Nejméně jeví respondenti zájem o společnou modlitbu (23, tj. 38 %) a svátosti.
Otázka č. 17: Během pobytu v hospicí Vám byly nabídnuty tyto spirituální služby:

Tab. 22 Nabízené spirituální služby

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nabízené spiritualní služby</th>
<th>Absolutní četnost (n)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rozhovor</td>
<td>35</td>
<td>57 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Soukromí</td>
<td>42</td>
<td>69 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Čtení z Bible</td>
<td>34</td>
<td>56 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Společná modlitba</td>
<td>26</td>
<td>43 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Návštěva duchovního</td>
<td>58</td>
<td>95 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Účast na bohoslužbě</td>
<td>61</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost smíření</td>
<td>55</td>
<td>90 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost přijímání</td>
<td>55</td>
<td>90 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost nemocných</td>
<td>55</td>
<td>90 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Komentáře:
Z nabízených spirituální služeb označilo 61 respondentů (100 %) účast na bohoslužbě. Možnost návštěvy duchovního označilo 58 (95 %) respondentů. Shodně označilo 55 respondentů (90 %) všechny tři svátosti. Soukromí bylo nabídno 42 (69 %) respondentům. Rozhovor zaškrtilo 35 (57 %) respondentů. Položku čtení z Bible hospic nabídly 34 (56 %) a společnou modlitbu 26 (43 %) dotazovaných.
Na závěr bych ještě ráda slovně shrnula a mezi sebou porovnala předchozí 2 tabulky a grafy.

Vyplývá z nich, že 54 (tj. 89 %) respondentů má zájem o rozhovor. Bohužel pouze 35ti (tj. 65 %) z nich byl rozhovor nabídnut. Je to sice poměrně vysoké procento, ale vzhledem k tomu, že rozhovor je jedno z nejméně, co můžeme pro svého pacienta udělat, je podle mě tento výsledek poměrně nedostačující.

O soukromí má často zájem 36 (tj. 59 %) respondentů. V tomto případě vyšel výsledek pozitivně, poněvadž 42 (tj. 69 %) z celkového počtu dotazovaných bylo soukromí nabídnuto.

Třetí nejžádanější spirituální službou je účast na bohoslužbě. Tuto možnost jako nejčastější označilo 32 (tj. 52 %) dotazovaných. Přestože je v tabulce a grafu u otázky č. 10 znázorněno, že 14 (tj. 47 %) z 61 dotazovaných není věřících, jen 12 (tj. 20 %) respondentů uvedlo, že nemá nikdy zájem o účast na bohoslužbě. Je tedy zřejmé, že i nevěřící se bohoslužeb účastní a možná jim i v mnohém napomáhají. Proto hodnotím tento výsledek, kdy účast na bohoslužbě jako nabídnutou službu označilo 61 (tj. 100 %) respondentů, velmi pozitivně.

Dalšími nejčastějšími požadovanými službami jsou sváosti – svátost smíření (26, tj. 43 %), svátost přijímání (27, tj. 44 %) a svátost nemocných (26, tj. 43 %). U 55ti (tj. 90 %) ze všech dotazovaných jsou tyto služby nabízeny. Taktéž tento výsledek hodnotím velmi pozitivně.

O čtení z Bible má zájem 12 dotazovaných (tj. 20 %). Nabídnuta tato služba byla 34 (tj. 56 %) respondentů.

Společnou modlitbu jako službu, o kterou mají respondenti často zájem, označilo 6 (tj. 10 %) z celkového počtu dotazovaných. Nabízena byla společná modlitba 26 (tj. 43 %) dotazovaným.
6 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči. Přestože za posledních deset let nastal značný posun v péči o umírající, dovoluji si tvrdit, že jsou v této oblasti stále rezervy. Mým hlavním cílem bylo zhodnotit poskytnutou kvalitu spirituální péče v hospicových zařízeních, která je velmi úzce sjednocena s umírajícími lidmi.

V diskuzi se zaměřuji na zhodnocení cílů, které jsem si stanovila v úvodu mé bakalářské práce. Potřebné informace jsem získala pomocí dotazníkového šetření. Všech vytyčených cílů se podařilo dosáhnout.

Spirituálními potřebami se zabývala např. studentka Vysoké školy zdravotníctva a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě. V průzkumu, který byl součástí její bakalářské práce, se věnovala sestrám FN Motol a jejich postoji k této problematice. V dotazníku se sester tázala, zda je nemocný po návštěvě kaplana či pastoračního asistenta aktivněji k léčbě. Zde došlo k závěru, že jsou pacienti spíše více smíření s koncem života, což také považuji za pozitivum, jelikož nemocný v terminálním stádiu se ke konci života opravdu velmi přibližuje. V této chvíli je jeho postoj k umírání velmi důležitý. Túdo i toto dokazuje, že nemocným spirituální služba pomáhá v boji s nemocí.


Dotazník byl rozdán do 9 hospiců. Celkem bylo distribuováno 180 dotazníků, na které odpovědělo 64 respondentů. Pro svoji neúplnost musely být 3 dotazníky z průzkumu vyřazeny. Dotazník obsahoval uzavřené a polouzavřené otázky. První čtyři otázky byly kategoriální. Na dotazníky odpovědělo 33 mužů (tj. 54 %) a 28 žen (tj. 46 %). Nejvíce respondentů spadá do věkové kategorie 71 let a více (16, tj. 26 %). Ženatých/vdaných respondentů je
34 (tj. 56 %). Jako nejvyšší dosažené vzdělání respondenti nejčastěji uvedli SŠ bez maturity (25, tj. 41 %).

Ke zbývajícím otázkám v dotazníku se vztahují 2 cíle.

Cíl č. 1: Zhodnotit kvalitu poskytované spirituální péče v hospicových zařízeních.

S tímto cílem jsou spojeny otázky č. 12, 13, 13.1, 14, 14.1, 15, 16, 17. Z dotazníkového šetření, kde jsem se tázala klientů, zda byli informováni o duchovní péči v hospici, mi 1 (2 %) odpověděl ne a 8 (13 %) spíše ne. Položku spíše ano označilo 28 (46 %) respondentů. Zbylých 24 (39 %) dotazovaných odpovědělo ano. Pomocí otázky navazující, která se ptá klientů, kdy byli o duchovní péči v hospici informováni, bylo zjištěno, že 23 (44 %) nemocných při příjmu a 24 (40 %) až jakmile projevili zájem. Z toho mi vyplývá i následující závěr. Samy sestry se spirituálními potřebami nemocných v mnohých případech nezabývají. Což také dokazuje položka z dotazníku, kde 36 (59 %) klientů uvedlo, že se sestry spíše o jejich spirituální potřebě nezajímají. Nejspíše tuto oblast péče ponechávají pastoračním asistentům, kteří, jak uvedla většina dotazovaných, jsou součástí ošetřovatelského týmu hospice. To je dle mého názoru velmi přínosné pro nemocné, neboť ví, že je jim neustále nablízku někdo, kdo se o jejich potřeby postará. Napadá mě však otázka, zda sestry spirituální péči nepřenechávají jiné asistente a nezanedbávají tuto oblast právě v tomto kontextu, že ví, že se o ní postará pastorační asistent? Zároveň mě to přivádí k názoru, že ani sestra by neměla tuto část péče opomíjet, neboť je pro klienty, jak jsem zjistila, velmi důležitou a spadá do péče poskytované sestrou.

Ptám se také sama sebe, proč se sestry starají o biologické potřeby nemocných více než o spirituální, jestliže jsou pro klienty byť i méně důležitý? Z určitě části to bude asi i opomíjení, sestry si neuvědomují, že nekdy právě tyto potřeby mohou být pro nemocné důležitější než potřeby jiné, ba i nejdůležitější. Další příčinou může být strach. Strach z nenalezení slov na jejich dotazy, strach mluvit s umírajícím o jeho konci a jeho trápení. K tomuto cíli jsem také zjišťovala, o jaké služby mají klienti nejčastěji zájem, a které z těchto služeb jim během pobytu v hospici sestry nabídly. Nejčastěji respondenti označili položku rozhovor, soukromí a účast na bohoslužbě. Podle výsledků z těchto tři služeb poskytují sestry nejvíce soukromí, poté účast na bohoslužbě a až na třetím místě je rozhovor.

Na tomto místě je však nutné si položit otázku, co přesně nemocný považuje za rozhovor? Alespoň několika minutové posezení sestry u lůžka nemocného a rozmlování s ním? Někdo by mohl za rozhovor považovat pohlazení nebo úsměv. Určitý typ rozhovoru lze věst...

Řešením by mohlo být vzdělávání sester ve spirituální oblasti, k tomu by měli být podporovány i ze strany vedení hospice. Jinou možností může být zajištění přednášky pro sestry, věnované právě komunikaci s umírajícím pacientem. Dále doporučuji literaturu zaměřenou na komunikaci s pacienty, kteří trpí nevyléčitelným onemocněním.

Cíl č. 2: Zjistit, zda je spirituální péče pro nemocné v hospicí důležitá.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 10.1, 11, 16. Otázka č. 6 a č. 7 dokazují změnu žebříčku hodnot ve zdraví a v nemoci. Zatímco ve zdraví převažují jako nejdůležitější potřeby biologické, v nemoci byly za nejdůležitější nejčastěji označeny psychické potřeby. Biologické potřeby se často v nemoci dostávají až na poslední místo, čímž posouvají výše potřeby spirituální. Tím, že člověk přemýšlí nad svým koncem, nad svou nemocí a bezmocností, stává se pro něj spiritualita důležitou. To také dokazuje otázka, v níž jsem se dotázala respondentů, co dává jejich životu smysl. Zde se ukázala jako nejčastěji odpověď rodina (55, tj. 90 %). Druhou nejčastěji odpovědí se stala víra v Boha (48, tj. 79 %). Smysl života v optimisu, plnohodnotně prožitém životě, dobrých vztazích a lásce okoli vyjádřilo 29 respondentů (tj. 48 %). Podiváme-li se kolem sebe, po nemocničních lůžcích, zjistíme smutnou zprávu. Je zde totiž určité procento pacientů, kteří nemají nejbližší příbuzné nebo o ně příbuzní nestojí. Těmto lidem už prakticky zbývá jen dobré slovo a víra v Boha, která leckdy po nelehkém a opuštěném životě vzala za své. Je to právě sestra, kdo je mohu doprovázet „na druhou stranu“. Stává se, ať chce nebo ne, v podstatě jejich nejbližším, a proto by se měla zajímat o všechny jejich potřeby, tedy i ty spirituální.

Důležitým ukazatelem se pro mě také stala položka č. 9, která zní „Myslíte si, že Vám víra (něco, v co věříte) pomáhá v boji s nemocí?“ Jestliže spojím odpovědi spíše ano a ano do jedné položky ano, ziskám hodnotu 60 (tj. 98 %), která dokazuje, že víra pomáhá dotazovaným klientům v boji s nemocí. To mě přivádí k myšlence, že kolikrát léčíme lidi, o nichž nic nevím. Co když o naší fyzickou pomoc stojí méně než o tu duševní? Možná by stačil upřímný krátký rozhovor, v němž se s nemocným sblížíme a vyslechneme si jej. Je důležité dát mu najevo, že pro nás není jen pacient pod nějakým jménem či číslem, ale taky člověk,
kteří cítí a vnímá lidi kolem sebe. V této souvislosti mě napadá citát – „Pouze život, který žijme pro ostatní, stojí za to.“ Albert Einstein

Dále jsem měla možnost zjistit, že 4 respondenti se nepovažovali za zbožné před tím, než přišli do hospice. Usuzuji tedy, že až díky nemoci se začaly obracet k Bohu. I když je to pouze 9% z celkového počtu věřících respondentů, bylo to pro mě překvapující.

Protože je hospic zařízení zaměřené na nemocné s nevyločitelným onemocněním, především, ale nejen zde je kladný postoj sester k této problematice velmi důležitý. Mým přáním je, aby se spiritualita v rámci ošetřovatelské péče neopomíjela. Zastávám totiž názor, že jsou spirituální potřeby méně uspokojovány, nikoliv méně důležité.

**Cíl č. 3: Navrhnout způsob ke zvýšení kvality poskytované spirituální péče.**

Ač jsou klienti o spirituální a duchovní péči v hospici velmi dobře informováni, dospěla jsem k závěru, že mají sestry jisté mezery v komunikaci s vážně nemocnými. I kdybych se mylila, považuji komunikaci za velmi důležitou, a proto jsem k tomuto cíli navrhla příručku ke komunikaci sester s umírajícím ve formě desatera (Příloha P VI: desatero zásad pro rozhovor s umírajícím).

Dále pro zlepšení poskytované spirituální péče doporučuji několik motivačních metod. Zde pro mě byly velkou inspirací výsledky šetření, a také vlastní zkušenosti.

- Prvním doporučením je seznamání nových klientů, jejich blízkých i nově nastupujících sester se spirituální službou v hospici.
- Významný považuji dotazník FICA, který zpracovala Dr. Christina Puchalski. Věřím, že jeho využití jako osnova při rozhovoru k získání spirituální anamnézy pomůže překonat komunikační bariéru mezi sestrou a nemocným, a zvýšit kvalitu poskytované spirituální péče.
- Za velmi důležitou metodu ke zkvalitnění poskytované spirituální péče pokládám realizaci seminářů a přednášek v oblasti spirituální péče. Je potřeba také motivovat sestry ze strany vedení hospice k dalšímu vzdělávání v oblasti dané problematiky.
- Velkým přínosem může být vytvoření standardu poskytované spirituální péče, který pomůže k zapracování nových sester a stanoví jasná pravidla při poskytované spirituální službě.
- Dalším doporučením je vytvoření nástěnky informující klienty a jejich blízké o duchovní službě v hospici.
ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči“ mě velmi zaujalo. Umožnila mi uvědomit si propojení jednotlivých oblastí potřeb. Díky ní jsem si rozšířila své dosavadní poznatky v této problematice.


Pro praktickou část jsem zvolila dotazníkové šetření. Dotazník byl určen klientům hospicových zařízení.

Pro svoji práci jsem si zvolila 3 cíle:

Cíl č. 1: Zhodnotit kvalitu poskytované spirituální péče v hospicích.

Cíl č. 2: Zjistit, zda je spirituální péče pro nemocné v hospicích důležitá.

Cíl č. 3: Navrhnout způsob ke zvýšení kvality poskytované spirituální péče.

Všechny cíle, které jsem si stanovila, byly splněny.

K cíli č. 1 z dotazníkového šetření vyplynulo, že klienti v hospicích jsou o spirituální péči informováni nejčastěji při příjmu, dále se sestry o tyto potřeby alespoň nezajímají. Nejspíš tuto oblast péče ponechávají pastoračním asistentům či kněžím. Z tohoto pohledu má pro mě tedy ještě nějaké rezervy. Věřím, že pokud by se zlepšila kvalita péče ze strany sester i v této oblasti, bude klientům v hospicích zabezpečena kompletní kvalitní péče.

K cíli č. 2 jsem zjistila, že spirituální péče je pro nemocné důležitá. Především v nemoci se dostává spiritualita mezi důležitější potřeby, a to i u nevěřících. Nelze tedy říct, jak by si někdo mohl myslet, že se spiritualita a její důležitost týká pouze věřících lidí. Mnohdy totiž s vírou nemá nic společného.

K cíli č. 3 pro zlepšení kvality poskytované spirituální péče jsem navrhla příručku „Desatero pro rozhovor s umírajícím“, která poslouží sestřám. Tato příručka je zároveň výstupem mé práce a doufám, že se stane pro mnohé sestry přínosem.

Na závěr bych chetla uvést jednu svou zkušenost, kdy se klientka nemohla smířit s prognózou svého onemocnění, nechtěla jít, odmítlal léky, s nikým nekomunikovala a jejím přáním bylo co nejrychleji zemřít. Sestra se ji snažila přinutit k jídlu a užít léky na zklidnění. Když to nikam nevedlo, přivolala pastorační asistentku, která s touto klientkou
asi hodinu hovořila. Klientka se opravdu zklidnila, léky v tu chvíli ani nepotřebovala. Bylo opravdu důležité čekat na příchod pastorační asistentky? Proč si sestra k nemocně nepřišedla a nepromluvila s ní sama? Mnozí by to svedli na nedostatek času, nejspíš to byl ale opět již zmínovaný strach a nedostatek znalostí v rozhovoru s umírajícím. I to je dalším důvodem výběru tohoto tématu. Tato zkušenost mi pomohla si uvědomit, jak důležitá je komunikace s nemocnými. A v neposlední řadě bych chtěla svou prací ukázat, že i práce s umírajícími je bohatá.

Mým přáním je, aby sestry poskytovaly co nejlepší podmínky pro lidi odcházející z tohoto života.

*Pokud vytvoříme dobré podmínky těm, kteří ze života odcházejí dnes, máme naději, že se takových podmínek dočkáme i my zítra* (Kuťáková, Marek a Zachová, 2003, s. 492).
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

MONOGRAFIE:


INTERNETOVÉ ZDROJE:


**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symbol</th>
<th>Znění</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AIDS</td>
<td>acquired immune deficiency syndrome (syndrom získaného selhání imunity)</td>
</tr>
<tr>
<td>aj.</td>
<td>a jiné</td>
</tr>
<tr>
<td>apod.</td>
<td>a podobně</td>
</tr>
<tr>
<td>CHOPN</td>
<td>chronická obstrukční plicní nemoc</td>
</tr>
<tr>
<td>č.</td>
<td>číslo</td>
</tr>
<tr>
<td>ČR</td>
<td>Česká republika</td>
</tr>
<tr>
<td>FN</td>
<td>fakultní nemocnice</td>
</tr>
<tr>
<td>např.</td>
<td>například</td>
</tr>
<tr>
<td>s.</td>
<td>strana</td>
</tr>
<tr>
<td>SŠ</td>
<td>střední škola</td>
</tr>
<tr>
<td>sv.</td>
<td>svatý, svatá, svaté</td>
</tr>
<tr>
<td>SZO</td>
<td>světová zdravotnická organizace</td>
</tr>
<tr>
<td>tab.</td>
<td>tabulka</td>
</tr>
<tr>
<td>tj.</td>
<td>to je</td>
</tr>
<tr>
<td>tzn.</td>
<td>to znamená</td>
</tr>
<tr>
<td>USA</td>
<td>United States of America (Spojené státy americké)</td>
</tr>
<tr>
<td>%</td>
<td>procento</td>
</tr>
</tbody>
</table>
SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Pohlaví respondentů ................................................................. 33
Tab. 2 Věk respondentů ................................................................. 34
Tab. 3 Rodinný stav ................................................................. 35
Tab. 4 Dosažené vzdělání ............................................................. 36
Tab. 5 Pojem spirituální ................................................................. 37
Tab. 6 Žebříček hodnot ve zdraví ..................................................... 38
Tab. 7 Žebříček hodnot v nemoci ..................................................... 39
Tab. 8 Smysl života ................................................................. 40
Tab. 9 Smysl života 2 ................................................................. 41
Tab. 10 Víra jako pomoc v nemoci .................................................. 42
Tab. 11 Víra ................................................................. 43
Tab. 12 Náboženství ................................................................. 44
Tab. 13 Duchovní komunita .......................................................... 45
Tab. 14 Náboženské směry ............................................................ 46
Tab. 15 Spokojenost v hospici ......................................................... 47
Tab. 16 Informovanost ............................................................... 48
Tab. 17 Informovanost 2 ............................................................. 49
Tab. 18 Zájem sester ................................................................. 50
Tab. 19 Forma spirituální anamnézy ............................................. 51
Tab. 20 Přítomnost pastoračního asistenta .................................... 52
Tab. 21 Zájem o spirituální služby .................................................. 53
Tab. 22 Nabízené spirituální služby ................................................ 54
SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů .......................................................... 33
Graf 2 Věk respondentů ............................................................... 34
Graf 3 Rodinný stav ................................................................. 35
Graf 4 Dosažené vzdělání .......................................................... 36
Graf 5 Pojem spirituální ............................................................. 37
Graf 6 Žebříček hodnot ve zdraví ................................................. 38
Graf 7 Žebříček hodnot v nemoci ............................................... 39
Graf 8 Smysl života ................................................................. 40
Graf 9 Smysl života 2 ............................................................... 41
Graf 10 Víra jako pomoc v nemoci ............................................. 42
Graf 11 Víra ............................................................................ 43
Graf 12 Náboženství ............................................................... 44
Graf 13 Duchovní komunita ..................................................... 45
Graf 14 Náboženské směry ........................................................ 46
Graf 15 Spokojenost v hospici ................................................... 47
Graf 16 Informovanost ............................................................ 48
Graf 17 Informovanost 2 ......................................................... 49
Graf 18 Zájem sester ............................................................... 50
Graf 19 Forma spirituální anamnézy ......................................... 51
Graf 20 Přítomnost pastoračního asistenta ................................ 52
Graf 21 Zájem o spirituální služby .......................................... 53
Graf 22 Nabízené spirituální služby ......................................... 54
SEZNAM PŘÍLOH

P I  Maslowova hierarchie potřeb

P II  Seznam lůžkových hospiců v ČR

P III  Obyvatelstvo podle náboženského vyznání k 1. 3. 2011

P IV  Spirituální dotazník FICA

P V  Dotazník

PVI  Desatero zásad pro rozhovor s umírajícím
PŘÍLOHA P I: MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB

Potřeby sebeorientace:
- Sebenaplnění,
- potřeba uskutečnit to, čím daná osoba potenciálně je

Potřeby uznání:
- Sebedůvěry, sebeúcty, prestiže

Potřeby soudnáležitosti:
- Lásky, náklonnosti,
- shody a ztotožnění, potřeba někam patřit

Potřeby bezpečí:
- Jistoty, stálosti, spolehlivosti; struktury,
- pořádku, pravidel a mezí; osvobození od strachu, úzkosti a chaosu

Fyzikologické potřeby:
- Potřeba potravy, tekutin, vyměšování, kyslíku;
- přiměřené teploty, pohybu, spánku a odpočinku; sexuální uspokojení; vyhnutí se bolesti

(Trachtová, 2006)
PŘÍLOHA P II: SEZNAM LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČR

- Litoměřice, Hospic sv. Štěpána
- Hospic v Mostě
- Plzeň, Hospic sv. Lazara
- Brno, Hospic sv. Alžběty
- Čerčany, Hospic Dobrého Pastýře
- Červený Kostelec, Hospic Anežky České
- Hospic Chrudim
- Hospic Frýdek – Místek
- Malejovice, Dětský hospic
- Olomouc, Hospic na Svatém kopečku
- Ostrava, Hospic sv. Lukáše
- Prachatice, Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna
- Praha, Hospic pod střechou
- Praha, Hospic Štrasburk
- Rajhrad, Hospic sv. Josefa
- Valašské Meziříčí, Hospic Citadela
- Zlín, Hospic Hvězda

(Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, ©2010)
PŘÍLOHA P III: OBYVATELSTVO PODLE NÁBOŽENSKÉHO VYZNÁNÍ K 1. 3. 2011

- Beze vyznání: 59,00%
- Hlásící se k církev: 32,10%
- Nezjištěno: 8,80%

(Český statistický úřad, ©2012)
PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK FICA

F – Faith and Belief - Víra, náboženství, přesvědčení.
„Považujete se za duchovního (spirituálního) nebo náboženského člověka?“
„Máte duchovní přesvědčení, které vám pomůže vypořádat se se stresem?“ Pokud pacient odpoví: „Ne“, poskytovatel zdravotní péče by se mohl zeptat:
„Co dává Vašemu životu smysl?“ Někdy pacienti reagují odpovědi jako rodina, kariéra, nebo příroda.

I – Importace - Důležitost, význam.
„Jaký význam má Vaše víra či přesvědčení ve Vašem životě?“
„Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak se během nemoci o sebe staráte?“
„Jakou roli zaujímá Vaše přesvědčení v procesu Vašeho uzdravování?“

C – Community - Společnost.
„Jste součástí nějakého společenství?“
„Jste součástí nějaké zájmové, společenské či duchovní komunity?“
„Je pro Vás toto společenství oporou a v čem?“
„Existují lidé, které opravdu milujete, nebo kteří jsou pro vás důležití?“
Společenství nebo skupina stejně smýšlejících lidí, kteří se scházejí v kostelech, chrámech, mešitách mohou sloužit jako silná podpora pro některé pacienty hlavně o období nemoci.

A – Address in Care - Součást péče.
„Jak byste si představoval, abych já, Váš poskytovatel zdravotní péče, zařadil tyto poznatky, informace do Vaší zdravotní péče?“ (Fitchett, ©2004)
PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jmenuji se Pavlína Urbanová, studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijní obor Všeobecná sestra.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem Spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči.

Součástí průzkumné části mé práce je dotazník, který je anonymní a bude pro mne cenným zdrojem informací.

Tímto bych Vás chtěla požádat o jeho vyplnění. Při vyplňování zvolte, prosím, pouze jednu variantu z nabízených možností, není-li uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas.

Urbanová Pavlína

1. Jaké je Vaše pohlaví?
   □ Muž
   □ Žena

2. Kolik je Vám let?
   □ méně než 30
   □ 30 – 40
   □ 41 – 50
   □ 51 – 60
   □ 61 – 70
   □ 71 a více

3. Jaký je Váš rodinný stav?
   □ Svobodný/á
   □ Ženatý/ vdaná
   □ Rozvedený/á
   □ Druh/družka
   □ Vdovec/vdova
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
   □ Základní
   □ Středoškolské bez maturity
   □ Středoškolské s maturitou
   □ Vyšší odborné
   □ Vysokoškolské

5. Setkal/a jste se někdy s pojmem spirituální?
   □ Ne
   □ Spíše ne
   □ Spíše ano
   □ Ano

6. Seřaďte Vaše potřeby dle důležitosti ve zdraví: (1 – nejdůležitější, 4 – nejméně důležité)
   □ Biologické potřeby (jídlo, spánek) ..................
   □ Psychologické potřeby (komunikace, bezpečí) ..............
   □ Sociální potřeby (návštěvy) ..................
   □ Spirituální potřeby (modlitba, bohoslužby) ..................

7. Seřaďte Vaše potřeby dle důležitosti v nemoci: (1 – nejdůležitější, 4 – nejméně důležité)
   □ Biologické potřeby (jídlo, spánek) ..................
   □ Psychologické potřeby (komunikace, bezpečí) ..............
   □ Sociální potřeby (návštěvy) ..................
   □ Spirituální potřeby (modlitba, bohoslužby) ..................

8. Co dává Vašemu životu smysl? (Zde je možné označit více odpovědí)
   □ Víra v Boha
   □ Víra v sám sebe
   □ Rodina
   □ Jiné, uveďte ..................
9. Myslíte si, že Vám víra (něco, v co věříte) pomáhá v boji s nemocí?
   □ Ne
   □ Spíše ne
   □ Spíše ano
   □ Ano

10. Považujete se za zbožného člověka?
    □ Ne
    □ Spíše ne
    □ Spíše ano
    □ Ano

   Jestliže jste odpověděl/a ne nebo spíše ne, přejděte prosím k otázce č. 12.

10.1 Zajímal/a jste se o náboženství již dříve, než jste přišel/přišla do hospice?
    □ Ne
    □ Spíše ne
    □ Spíše ano
    □ Ano

11. Jste součástí nějaké duchovní komunity?
    □ Ne
    □ Ano, duchovní směr (náboženství):
       □ Křesťanství
       □ Islám
       □ Buddhismus
       □ Jiné, uveďte .......................
12. Jste v hospici spokojen/a?
- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

13. Byl/a jste informován/a o duchovní péči v hospici?
- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

Jestliže jste odpověděl/a ne nebo spíše ne, přejděte prosím k otázce č. 14.

13.1 Kdy jste byl/a o duchovní péči v hospici informován/a?
- Při příjmu
- Při zhoršeném zdravotním stavu
- Když jsem sám/sama projevil/a zájem
- Jiné, uveďte …………………

14. Zajímají se sestry o Vaše spirituální potřeby?
- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

Jestliže jste odpověděl/a ne nebo spíše ne, přejděte prosím k otázce č. 15.

14.1 Jakou formu využívají sestry ke zjištění Vašich spirituálních potřeb?
(Zde je možné označit více odpovědí)
- Rozhovor
- Naslouchání
- Dotazník
- Jiné, uveďte …………………
15. Navštěvuje Vás pastorační asistent/ka?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

16. Máte zájem o: *(Hodíci se zaškrtněte)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>NIKDY</th>
<th>OBČAS</th>
<th>ČASTO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rozhovor</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soukromí</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Čtení z Bible</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Společná modlitba</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Návštěva duchovního</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Účast na bohoslužbě</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost smíření</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost přijímání</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost nemocných</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

17. Během pobytu v hospici Vám byly nabídnuty tyto duchovní služby: *(Hodíci se zaškrtněte)*

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rozhovor</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soukromí</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Čtení z Bible</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Společná modlitba</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Návštěva duchovního</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Účast na bohoslužbě</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost smíření</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost přijímání</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Svátost nemocných</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
PŘÍLOHA P VI: DESATERO ZÁSAD PRO ROZHOVOR S UMÍRAJÍCÍM

DESATERO ZÁSAD PRO ROZHOVOR S UMÍRAJÍCÍM

- Vyber klidné a tiché místo pro rozhovor!

- Pokud je přítomna rodina, zapoj ji do rozhovoru!

- Srozumitelně se představí!

- Dej nemocnému najeto, že jsi zde pro něj a máš na něj čas!

- Nemocného nepřerušuj, stačí, když budeš jen tiše naslouchat!

- Občas nemocného oslov jménem, vzbudíš tím větší důvěru!

- Nemocného použij, ale nenu řij mluvit!

- Nedávej falešné nadeje, ale ani nevyvrací ty, ve které nemocný věří!

- Chyt nemocného za ruku, dotek pro něj může znamenat více než slova!

- Před odchodem se nezapomeň rozloučit a poděkovat za rozhovor a prostěrnou důvěru!