

Spirituální potřeby nemocných

Lucie Urbančíková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Urbančíková**
Osobní číslo: **H15090**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Spirituální potřeby nemocných**

Zásady pro vypracování:

Vypracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek duchovních potřeb nemocných.
Příprava metodiky výzkumu.
Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, diskuze a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

O'BRIEN, Mary Elizabeth. Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground. 5th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2014. ISBN 978-1-4496-9467-8.

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

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

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Bc. Barbora Plisková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

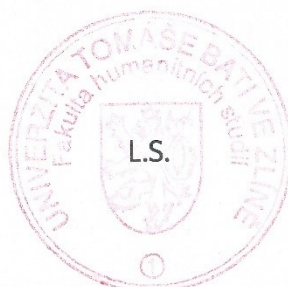
Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Jana Doleželová

ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (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.

Prohlašuji, 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^{15.5.2019}.....

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předmětem bakalářské práce na téma „Spirituální potřeby nemocných“ je zjištění, jak všeobecné a praktické sestry naplňují spirituální potřeby nemocných a jak se s tímto tématem vypořádávají. V teoretické části jsou popsány pojmy potřeby člověka, spiritualita a religiozita, diagnostika spirituálních potřeb a spirituální péče. Praktická část prezentuje výsledky kvantitativního dotazníkového výzkumného šetření, jak všeobecné a praktické sestry vnímají problematiku spirituálních potřeb.

Klíčová slova: potřeby nemocných, duchovní potřeby, spiritualita, saturace potřeb

ABSTRACT

The aim of the bachelor's thesis „Spiritual Needs of Patients“ is to find out how general and practical nurses fulfill the spiritual needs of the patients and how they deal with the topic. The theoretical part describes the concepts of human needs, spirituality and religiosity, diagnostics of spiritual needs and spiritual care. The practical part presents the results of quantitative questionnaire research, how general and practical nurses perceive the issue of spiritual needs.

Keywords: needs of patients, spiritual needs, spirituality, saturation of needs

Ráda bych poděkovala mé vedoucí PhDr. Mgr. Barboře Pliskové za vedení bakalářské práce. Dále děkuji všem mým respondentům, kteří byli ochotni vyplnit můj dotazník. V neposlední řadě děkuji mé rodině, která mi pomáhala během celého mého studia a v průběhu studia byla pro mne velkou oporou.

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU	11
1.1 HOLISTICKÁ SPIRITUÁLNÍ PÉČE	11
1.2 DEFINICE POTŘEB ČLOVĚKA	11
1.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO ČLOVĚKA	12
1.4 ZÁKLADNÍ DĚLENÍ POTŘEB	13
1.4.1 Dělení potřeb podle Abrahama Harolda Maslowa	14
1.4.2 Lidské potřeby podle Viktora Emanuela Frankla	14
1.5 HODNOCENÍ POTŘEB.....	14
1.6 PŘEKÁŽKY V NAPLNĚNÍ POTŘEB.....	15
1.7 SPIRITUALITA	15
1.7.1 Spirituální péče.....	16
1.7.2 Spirituální hodnoty.....	17
1.8 RELIGIOZITA	17
2 DIAGNOSTIKA SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB	18
2.1 CO JE TO SPIRITUÁLNÍ POTŘEBA?.....	18
2.2 POSUZOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB.....	19
2.3 TAXONOMIE NANDA INTERNATIONAL	21
3 SPIRITUÁLNÍ PÉČE	22
3.1 INDIKACE SPIRITUÁLNÍ PÉČE	22
3.2 FORMY SPIRITUÁLNÍ PÉČE	22
3.3 PŘEKÁŽKY V POSKYTOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍ PÉČE	23
3.3.1 Nedostatek času.....	23
3.3.2 Nedostatek znalostí a předsudky	23
3.3.3 Nedostatek vzdělání a zkušeností.....	24
3.3.4 Nedostatečné definování kompetencí	24
3.4 POSKYTOVATELÉ SPIRITUÁLNÍ PÉČE.....	24
3.4.1 Role sestry	24
3.4.2 Role lékaře	25
3.4.3 Role kaplana.....	25
3.4.4 Role psychologa	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	27
4 METODIKA VÝZKUMU	28
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	28
4.2 METODA VÝZKUMU.....	28
4.2.1 Dotazník	28

4.3	SKUPINA RESPONDENTŮ	29
4.4	ORGANIZACE VÝZKUMU	29
4.5	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	29
5	ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT.....	30
6	DISKUZE	69
6.1	POROVNÁNÍ S JINOU LITERATUROU	72
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	74
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	79
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou spirituální potřeby nemocných. Hlavním důvodem výběru tohoto tématu bylo především to, že jsem se s poskytováním a naplňováním spirituální potřeb u nemocných setkala během své praxe zřídka kdy. Osobně si myslím, že naplnění těchto potřeb je pro člověka velmi důležité, zvláště pak pro nemocného. Nemocnému člověku může naplnění těchto potřeb pomoci k rychlejšímu uzdravení a psychické pohodě. Tohle téma může být také pro spoustu lidí citlivé a spousta neví, jak se s tímto tématem vypořádat, a jak začít mluvit s pacienty na toto téma.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a praktickou. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se s tímto tématem vypořádávají všeobecné a praktické sestry v praxi.

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly, kdy každá obsahuje jednotlivé podkapitoly. První kapitola je zaměřena na spirituální potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu. Druhá kapitola se zaměřuje na diagnostiku spirituálních potřeb. Třetí kapitola se zabývá spirituální péčí.

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsme zvolila metodu kvantitativního výzkumu, techniku dotazníku. Pro praktickou část jsem si zvolila několik cílů, a to zjistit úroveň vědomostí sester v oblasti spirituálních potřeb, jakým způsobem jsou informováni pacienti o duchovní službě v nemocnici a do jaké míry uspokojují pracoviště a sestry spirituální potřeby pacientů. Praktická část práce prezentuje výsledky výzkumu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

1.1 Holistická spirituální péče

Holistická ošetrovatelská péče je orientována na tělo i psychiku, tzn., že bere v úvahu, jak tělesné, tak psychosociální potřeby člověka. Je velmi důležité, aby ošetřující personál chápal podstatu psycho-sociální interakce a pečovaly o celého člověka, a to ve zdraví i v nemoci (Mastiliaková, 1999, str. 33).

Sestra, která poskytuje skutečnou ošetrovatelskou holistickou péči, pečuje o celého člověka, a to včetně jeho nejbližších, pohlíží na něj jako na jedinečnou celostní bytost, nikoli na její pouhé části. Protože nemoci zahrnují jak psychologické, tak fyziologické faktory, musí tedy účinná pomoc zahrnovat jak psychologický, tak somatický ošetrovatelský zásah (Mastiliaková, 1999, str. 33).

1.2 Definice potřeb člověka

Lidské potřeby jsou popisovány jako dynamická síla, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, přání něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb se zaměřuje na vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu. Potřeby jsou nevyhnutelné, užitečné a okrajově souvisí se zachováním a kvalitou života. Vnímání potřeb závisí buď na pocitu nedostatku naplnění potřeby, pocitu nadbytku potřeby nebo na touze něčeho dosáhnout. Intenzita potřeb je závislá na pohlaví a věku člověka, na jeho společenské úrovni, na prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstal a ve kterém žije, dále také na zdravotním stavu, životních zkušenostech a dalších okolnostech (Šamánková, 2011, str. 12-13).

Potřeby vybízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříjemná. Prožíváním nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka (pozornost, myšlení, emoce) a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Lidské potřeby nejsou stejné, rozvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, jenž jsou biologicky dané (Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, str. 10).

Každý člověk uspokojuje své potřeby jinak, v průběhu života se potřeby mění z hlediska kvality a kvantity. Všichni lidé mají společné potřeby, ale naplňovány jsou různými způsoby

života. Potřeby můžeme uspokojovat buď žádoucím, nebo nežádoucím způsobem. Za žádoucí způsob je považován ten, který neškodí nám ani nikomu jinému, je ve shodě sociálně – kulturním prostředím a je vykonáván v mezích zákona, na druhou stranu za nežádoucí je považován ten, který např. škodí dané osobě nebo nedodrжуje zákon. Potřeby jsou dány také kulturou a lidé jsou si v nich podobnější, než je na první pohled zřejmé (Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, str. 10).

1.3 Potřeby nemocného člověka

Nemocnému člověku musíme pomoci s naplněním základních potřeb, podle jeho zdravotního stavu a onemocnění. Ošetrovatelský proces se zabývá vyhledáváním potřeb, určením diagnóz, plánováním ošetrovatelské péče, realizací a výsledky ošetrovatelské péče. K posouzení zdravotního stavu, zhodnocení a stanovení pomoci slouží také test ADL (Šamánková, 2011, str. 17).

Každá nemoc přináší s sebou nějaké obtíže, na rozdíl od pocitu plného zdraví. Pro většinu lidí se jedná o náročnou životní situaci, která může být vnímána jako hůře zvládnutelná, někdy také jako nezvládnutelná. Nemoc narušuje klasický způsob života člověka, mění určitý stereotyp a denní program, může omezovat člověka na kratší nebo delší dobu. Nemocný se musí postupně adaptovat na novou situaci, vyrovnat se s nepříznivými a někdy i bolestivými projevy. Nemoc může narušovat či měnit mezilidské vztahy, nemocný dochází k méně častému kontaktu se svými blízkými a za nutnosti hospitalizace si vytváří nové vztahy, např. k personálu či ke spolupacientům (Zacharová, 2017, str. 20).

Nemoc může člověka také odprostit od řady povinností, bývá uznán práce neschopným nebo omluven ze školy. Na tento stav reagují lidé různě. U aktivních lidí a lidí, kteří mají společenské uplatnění, se mohou projevit například pocity méněcennosti nebo depresivní nálada. Druzí mohou svou nemoc vnímat jako výhodu a snažit se situaci buď vědomě, nebo nevědomě prodlužovat. Každý člověk se k nemoci staví velmi rozdílně, vyrovnává se tak s náročnou životní situací. Většina lidí během klasických onemocnění reaguje na situaci přiměřeně, přijímá diagnózu a dodrжуje pokyny a doporučení k léčbě. Postoj k nemoci můžeme rozdělit do několika skupin, podle toho, jakou má onemocnění pro nemocného hodnotu. Za normální postoj je považován stav, kdy je nemocný na nemoc přiměřeně adaptován. Bagatelizující postoj spočívá v tom, že nemocný podceňuje závažnost svého stavu, neléčí se a nedodrжуje navrhovaná opatření. Repudiační postoj je o zapuzení nemoci, kdy ji nemocný

nebere na vědomí, nejde k lékaři a potlačuje myšlenky o ní. Dalším typem postoje je disimulační, kdy nemocný záměrně zkrlesuje své potíže nebo je popírá a nepodává informace lékaři správně. Při hypochondrickém postoji se nemocný domnívá, že trpí vážnou nemocí nebo prožívá lehký průběh nemoci velmi zaujatě. Nozofilní postoj je spojen s příjemnými stránkami nemoci, např. nemocný nemusí plnit své povinnosti, okolí se o něj více stará, jsou na něj brány větší ohledy. Za vystupňovaný nozofilní stav je považován účelový postoj, kdy může být veden k získání soucitu nebo únikem z nepříjemné situace (Zacharová, 2017, str. 24-25).

1.4 Základní dělení potřeb

Základní lidské potřeby se dělí na biologické, které vyplývají z podstaty člověka. Psychické potřeby, které jsou odvozeny a vyjádřeny prožitím psychických stavů a jevů, vychází z individuálního vnímání světa každého jedince, dále jsou to potřeby rozvíjení osobnosti jedince. Sociální potřeby, sem se řadí potřeba sociálního zázemí a postavení, sociální a kulturní potřeby, které jsou spojeny s kulturou jako produktem lidské společnosti. Dále sem řadíme estetické potřeby, které se odvíjí od vyspělosti jedince a jeho požadavků na krásno. Potřeba sebevyjádření, kdy jedinec touží po pochopení, je schopen pojmenovat svá přání a své názory. A v neposlední řadě jsou zde také duchovní potřeby, které jsou zaměřeny na duchovní cítění jedince (Šamánková, 2011, str. 17).

Lidské potřeby se můžou dělit na další způsoby, např. podle důležitosti pro zachování kvality života dělíme potřeby na nižší a vyšší. Nižší potřeby nutí člověka starat se o své tělo z hlediska fyziologického, při neuspokojení těchto potřeb nebude člověk dlouho žít. Tyto potřeby lze uspokojit nejrychleji. Bez satureování nižších potřeb nelze uspokojit potřeby vyšší. U potřeb vyšších jde o získané, naučené potřeby, kdy člověk potřebuje společnost druhých lidí, potřebuje s nimi komunikovat a mít uplatnění ve společnosti. Uspokojování vyšších potřeb je dlouhodobým procesem, podílejí se na vytváření osobnosti a individualitě člověka (Příbyl, 2015, str. 32).

Z holistického hlediska se lidské potřeby dělí do následujících oblastí na biologické, psychologické, sociální a duchovní. Biologické potřeby lze chápat jako vše, co si žádá lidské tělo (strava, tekutiny, vylučování, dýchání, spánek a odpočinek, pohyb). Do psychologických potřeb se řadí potřeba bezpečí a jistoty, respektování lidské důstojnosti, touha po důvěře. Sociální potřeby zahrnují společenský kontakt, komunikaci a potřebu lásky. Duchovní

potřeby, patří sem potřeba smyslu života, potřeba odpuštění. Mnoho lidí se však domnívá, že duchovní potřeby mají pouze lidé věřící (Příbyl, 2015, str. 32).

1.4.1 Dělení potřeb podle Abrahama Harolda Maslowa

Abraham Harold Maslow byl americký psycholog, zakladatel humanistického proudu v psychologii. Podle jeho teorie by se měla motivace zaměřit raději na prostředky než na cíle, které vedou k dosažení potřeb. A. H. Maslow dělí potřeby do dvou skupin, na D-potřeby a B-potřeby. Při nenaplnění D-potřeb pocítuje člověk úzkost a snaží se nedostatek odstranit, popřípadě chybějící potřebu nahradit. Při naplnění B-potřeb dochází k dobrému pocitu, s tímto naplněním roste motivace dosáhnout něčeho vyššího. Potřeby Maslow řadí hierarchicky. Během svého života A. H. Maslow svou teorii potřeb postupně rozvíjel, z původně pěti pětiúrovňového modelu, se změnil na současný osmi úrovňový, který se však využívá zřídka (Příbyl, 2015, str. 34-35).

1.4.2 Lidské potřeby podle Viktora Emanuela Frankla

Viktor Emanuel Frankl je zakladatelem existenciální analýzy a logoterapie. Logoterapie vidí v lidech bytost hledající smysl. Existují tři možnosti, jak dát životu smysl: naplnění stanoveného cíle, naplnění díla, které vytváříme a prožití zážitku (Šamánková, 2011, str. 25).

Elisabeth Lukasová, pokračovatelka Viktora E. Frankla, říká o logoterapii toto: *“ Zásadním charakteristickým prvkem Franklovy logoterapie, jak sám nazývá formu psychoterapie, kterou vytvořil, je jasné oddělení osudových faktorů na jedné straně a svobodného postoje a jednání na straně druhé, obojí vstupuje do logoterapeutické taktiky a argumentace. Mnohý problém může být zmírněn již tím, že obrátíme pohled pacienta směrem k jeho volným kapacitám, ve kterým má ještě možnost se svým osudem vyrovnat, místo aby kroužil kolem konglomerátu nezměnitelných skutečností, jejich možných příčin nebo následků, a nenašel žádné východisko “* (Šamánková, 2011, str. 26).

1.5 Hodnocení potřeb

Hodnocení potřeb je vhodné z důvodu rozpoznání oblastí, které nemocný a jeho rodina považují za důležité, a určení oblastí, ve kterých potřebují podporu. Použitím měřicích nástrojů můžeme rozvinout diskuzi mezi nemocným, rodinou a zdravotníky a tím pomoci rozšířit

perspektivu multidisciplinárního týmu. Při hodnocení potřeb je to nemocný, který sám určuje, které potřeby jsou pro něj důležité a které nikoliv. Zjišťuje se také význam potřeby pro pacienta a výsledek péče, tedy to, že potřeby nemocného byly naplněny vhodným způsobem. Při zjištění nenaplnění potřeb může pomoci zdravotnickým pracovníkům určit cíleně orientovaný plán péče. Cílené intervence by měli mít pozitivní vliv na kvalitu života pacientů (Bužgová, 2015, str. 43).

Mezi nejčastěji používané dotazníky pro identifikaci potřeb pacienta patří např. NEQ, NEST, PNAT, SCNS, ... Dotazníky jsou dostupné pouze v anglické verzi. Položky těchto dotazníků zahrnují většinou tři důležité oblasti, mezi které patří hodnocení fyzických funkcí, hodnocení psychosociálních a spirituálních potřeb pacientů a hodnocení potřeb v souvislosti se zdravotníky a kvalitou poskytované péče. Vytvořené dotazníky pro hodnocení potřeb nemocných jsou rozděleny do určitých domén, nicméně domény s obdobnými názvy z důvodu různých úhlů pohledu při sestavování dotazníku obsahují položky, které jsou koncepčně i významově zcela odlišné. Z důvodu odlišného kulturního kontextu je problematické sjednocení určitého společného souboru potřeb, který by tvořil základ pro posouzení v jednotlivých doménách (Bužgová, 2015, str. 44).

1.6 Překážky v naplnění potřeb

Existují různé typy překážek v naplňování potřeb, např. osobní bariéra, kdy se pacient bojí vyslovit své přání, radí se sem pocitu nedůvěry k druhému člověku, obavy ze zklamání, psychická bariéra je neschopnost přijmout pomoc při saturování některých potřeb, roli zde hraje i sympatie a antipatie. Mezi další překážky můžeme zařadit jazykovou bariéru, kdy si jedinci neporozumějí navzájem nebo také volba nevhodných slov při rozhovoru. U fyziologické bariéry bývá většinou příčinou tělesný diskomfort nemocného, při jeho odstranění můžeme odstranit i tuto bariéru. Bariéra z prostředí vzniká nejčastěji z neznámého prostředí, neporozumění sděleným informacím. Další možné bariéry mohou být např. vyslovení a přijímání omluvy, kritiky, pochvaly nebo také řeč těla (Šamánková, 2011, str. 14).

1.7 Spiritualita

Spiritualita má etymologický původ z latinského slova *spirare* (=dýchat). Spiritualitu lze chápat velmi široce jako celé pole vyjádření motivovaných duchovních vrstvou jednotlivce

nebo kultury. Jádrem spirituality se stávají otázky smyslu života, otázky vztahu k sobě samému a abstraktní hodnoty, jako jsou láska, dobro a zlo (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, str. 204).

Obecně lze rozlišit dva přístupy k pochopení pojmu spiritualita, „nadanáboženské“ pojetí (široce pojatá spiritualita) nebo spiritualitu spojenou s jedním konkrétním náboženstvím. V širším slova smyslu lze spiritualitu chápat jako přirozenou složku člověka. V užším slova smyslu je spiritualita vztahována ke konkrétnímu náboženství (Suchomelová, 2016, str. 63-64).

1.7.1 Spirituální péče

WHO v roce 1990 definovala spirituální péči takto: „*Spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům, přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoli pro mnoho lidí je náboženství vyjádření jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychologické a sociální složky života jedince. Často se spiritualita chápe jako zabývání se smyslem a účelem života a pro lidi na sklonku života je běžně spojována s potřebou odpuštění, usmíření a potvrzením jejich hodnoty a užitečnosti*“ (Kalvínská, 2007, str. 13).

Spirituální péče se v užším slova smyslu, rozumí péče, kterou církve a náboženské společnosti poskytují pomocí svých duchovních věřících. V širším slova smyslu je duchovní péče poskytována všem věřícím, i těm, kteří se sami nehlásí k žádnému konkrétnímu náboženství či církvi. Spirituální péče vychází z modelu člověka, který tvoří dimenze nejen somatické, psychické a sociální, ale také dimenzi duchovní. Psychosomatický přístup dokázal, jak úzce spolu souvisí tělesný stav a stav duševní (Odrobiňák, 2010, str. 127).

Spirituální péči potřebují v nejrůznější míře všichni nemocní, kteří mají strach o svůj život. Tyto otázky mohou být kladeny také rodinnými příslušníky spolu s nemocným. Nemocní většinou nechtějí řešit tyto otázky a problémy o samotě. Dalšími adepty pro poskytování spirituální péče jsou lidé, kteří mají různé výkyvy nálad, deprese, strach, trpí depresemi a pesimismem. Můžou se projevovat apatií či agresí nebo odmítají spolupracovat s personálem nemocnice (Novotná a Kala, 2015, str. 24).

1.7.2 Spirituální hodnoty

Budeme-li mluvit o spirituálních potřebách v souvislosti s těžkým onemocněním, nebudeme mluvit jen o náboženských úkonech. Spirituální potřeby mají širší pojem než úkony, které jsou spojeny s náboženstvím. Spirituální hodnoty bývají obtížně sdělitelné a druhému člověku do velké míry nepřístupné hloubky bytí a životních jistot, o které se člověk během života opírá. Tyto hodnoty můžou přesahovat vše, co běžný lidský život obsahuje. Mnohdy jsou tyto hodnoty často nazývány hodnotami transcendentními. Pro každého člověka jsou tyto hodnoty jiné, pro někoho spíše „něčím“, pro druhého to může být např. setkání s „někým“. Za zcela obecnou spirituální hodnotu, která otevírá cestu k hodnotám dalším je skutečná láska, ve které člověk vychází sám ze sebe a také se nezjištně otevírá a dává druhým (Opatrný, 2013).

1.8 Religiozita

Původ slova pochází z latinského slova *religare* (=spojit znovu k sobě). Religiozita je považována za lidskou přirozenost, odkazuje ke znovu spojení něčeho, co už bylo nebo co bylo porušeno a teď je opět zceleno. Religiozitu lze chápat jako cestu k nalezení naplněného a autentického náboženství života. Obsahuje myšlenky pro náboženství charakteristické, ale i životní zkušenosti získané v rámci náboženství. Religiózní člověk vyjadřuje kladný vztah k náboženství a k Bohu, zahrnující formy myšlení, prožívání a jednání (Suchomelová, 2016, str. 64-65).

Jelikož spiritualita a religiozita nejsou stejné pojmy, můžeme je vidět jako navzájem propojené. Spojujícím prvkem je vztahovost (vztahy k lidem, k sobě, k světu, k vyšší realitě). Přirozená vybavenost jedince ke vztahování se k něčemu vyššímu, co ho přesahuje, nemusí znamenat, že se na tuto cestu vědomě dá (Suchomelová, 2016, str. 65).

2 DIAGNOSTIKA SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB

2.1 Co je to spirituální potřeba?

Velký význam pro duševní klid jedinců je respektování jejich víry a náboženství. Prožívání duchovna může být například ovlivňováno průběhem a závažností nemoci. Je proto nutné si uvědomit, jak velkou úlevu může přinést naplnění duchovních potřeb (Šamánková, 2011, str. 18).

Spirituální potřeby nemají pouze lidé, kteří věří v Boha. Duchovní potřeby zahrnují celou škálu hodnot, jsou mnohem širší, a především společné všem lidem i lidem bez vyznání tzv. ateistům. Nemůžeme tedy spirituální potřeby zúžit pouze na potřeby křesťanské, musíme si tedy uvědomit, že existují lidé, kteří vyznávají například islám, hinduismus, buddhismus, V dnešní době se v nemocnicích setkáváme s různými vyznáními a kulturami, proto je kladen velký důraz na multikulturní ošetřovatelství, které zohledňuje pacienty, kteří mají odlišné duchovní potřeby (Mellanová, 2004, str. 76-77).

Autoři Shelly a Fish definují spirituální potřeby takto:

- a) Potřeba smyslu a účelu
- b) Potřeba lásky a sounáležitosti
- c) Potřeba odpuštění (Kozierová, Erbová a Olivierová, 1995, str. 777).

Většina autorů je přesvědčena, že spirituální potřeby jsou společné všem lidem. V rámci ošetřovatelství patří mezi nejznámější výrok od Murraye a Zentera, kteří říkají: „*Zdá se, že v každé lidské bytosti je spirituální dimenze, hodnota, jež přesahuje náboženské začlenění, která usiluje o inspiraci, úctu, respekt, smysl a účel dokonce i u těch, kteří nevěří v Boha*“ (Kalvínská, Opatrný a Víchová, 2009, str. 18).

Mezi 14 spirituálních potřeb, které uvedla Prášilová patří: potřeba přijetí, potřeba důstojnosti, potřeba naděje, potřeba společnosti, potřeba samoty, potřeba být vyslyšen, potřeba pravdivosti, potřeba vnitřního klidu, potřeba odpuštění, potřeba dovolení zemřít, potřeba smíření, potřeba autonomie, potřebu projevit šlechtnost, potřeba záchrany a spásy (Prášilová, 2003 in Němcová, 2010, str. 26).

Potřeba přijetí znamená, že všichni lidé chtějí někam patřit, potřebují někomu říct, že jejich život byl a je důležitý. Pacient touží být respektován i se svou nemocí jako hodnotný člověk. Potřeba důstojnosti nám říká, že každý člověk má právo na úctu a respektování důstojnosti.

Potřeba naděje je důležitá pro nemocného v každé fázi nemoci, mezi potřebu naděje patří potřeba naděje na plné uzdravení, na důstojné umírání, na posmrtný život. Potřeba společnosti znamená nebýt a necítit se sám, potřeba přítomnosti rodiny a blízkých, potřeba kontaktu s Bohem skrze duchovní život, či účast na bohoslužbě. Potřeba samoty – stejně jako potřebuje člověk společnost, potřebuje člověk také samotu a spočinou v tichu, být se sebou samým nebo například s Bohem. Potřeba být vyslyšen, je potřeba, kdy pacient touží mít někoho, kdo mu bude naslouchat. Potřeba pravdivosti, pacient potřebuje, aby se s ním mluvilo narovinu a bez zatajování informací a aby se mluvilo s ním a o něm před ním. Mezi další potřebu patří potřeba vnitřního klidu, tedy klidná a pokojná atmosféra, kterou vytváří nemocniční tým, rodina a blízcí. Potřeba odpuštění je potřeba, kdy se nemocný vyrovnává se svou minulostí, aby mohl lépe čelit budoucnosti, umírání a smrti. Potřeba dovolení zemřít je chvíle, kdy má nemocný potřebu říci druhým, že už chce zemřít. Potřeba smíření znamená smířit se se sebou samým, odpustit si skutky z minulosti, smířit se s lidmi, v případě věřících s Bohem. Potřeba autonomie znamená, že pacient potřebuje projevit svoji autoritu, mít vliv na svůj život, touží zůstat co nejdéle nezávislým a být zahrnutý do rodinných aktivit i v nemoci. Potřeba projevit šlechetnost – někdy lidé chtějí na konci života přispět k dobru ostatních a rozhodnou se například darovat peněžní částku na oddělení, kde jsou hospitalizováni. Potřeba záchrany a spásy znamená, že se nemocný touží setkat se svými blízkými na onom světě, touží po věčném životě a odměně za snášení utrpení (Prášilová, 2003 in Němcová, 2010, str. 26-27).

2.2 Posuzování spirituálních potřeb

Posouzení spirituálních potřeb je nezbytné pro účinnou a citlivou duchovní péči o nemocného. Pacientům pomáhá v přemýšlení o důležitém aspektu bytí člověka. Duchovní hodnocení je metoda nebo nástroj používaný zdravotníky k pochopení role, kterou náboženství a víra mají v životě pacientů. To může pomoci zdravotníkům pochopit, jak tato přesvědčení ovlivňují způsob, jakým pacient reaguje na diagnózu a rozhodnutí o léčbě (Littva, 2014, str. 37).

Abychom jsme byli schopni odhalit spirituální potřebu, měli bychom umět dobře komunikovat, mít dobré pozorovací schopnosti, vnímat, co pacient říká a naznačuje. Diagnostiku spirituálních potřeb bychom měli dělat, až si vytvoříme s nemocným určitý vztah. Při tomto hodnocení musíme umět vést rozhovor, mít zájem o pacientův životní příběh, ale nemůžeme na nemocného naléhat. Mezi hlavní znaky pro diagnostiku problému v duchovní oblasti patří úzkost, smutek, nedostatek lásky, naděje, hněv nebo také neochota spolupracovat. V praxi

je bohužel diagnostika těchto potřeb stále stranou a je považována za osobní záležitost, týkající se jen nemocných věřících (Novotná a Kala, 2015, str. 24).

Jedna z možností, jak odhalit nenaplněnou spirituální potřebu jsou dotazníky. V České republice se k hodnocení spirituality používají většinou individuálně sestavené dotazníky, které jsou vytvořeny v rámci jednotlivých lokálních studií. Na základě zahraničních vzorů byl vytvořen Pražský dotazník spirituality, který se zaměřuje na zkušenost a přesvědčení, není nábožensky orientovaný a lze ho tedy použít u pacientů bez náboženského vyznání. Mezi jeho nevýhody patří délka, složitost a horší přehlednost. Ve světě se používá několik standardizovaných dotazníků. Mezi ně patří např. Škála spirituální pohody, která se soustředí na posouzení spirituální pohody v náboženské škále. Dotazník spirituální pohody, tento dotazník zachycuje ukazatele, jako jsou křesťanská víra, sebeuspokojení a spirituální pohoda. Mezi další zahraniční dotazníky patří Index spirituálních zkušeností, zahrnující škály spirituální podpory a spirituální otevřenosti, dotazník spirituálních a religiózních témat, který se zaměřuje na duchovní a náboženské přesvědčení, postoje a chování u adolescentů. Americkou lékařkou Christinou Puchalski byl sestaven FICA (F- faith, I- importance, C- community, A- adress in care) dotazník, který je určen k získávání spirituální anamnézy a slouží jako vodítko pro duchovní rozhovor v praxi. Vyplnění dotazníku je jednoduché a zabere pouze několik minut. Je použitelný napříč různými kulturami, protože struktura dotazníku vychází z obecných principů (Novotná a Kala, 2015, str. 24).

Hodnocení spirituálních potřeb je nutné vždy provádět velmi opatrně. Mělo by se jednat o dialog, a ne pouze o zaškrtování políček. Jestli-že použijeme dotazník, má být pouze nástrojem, který nám pomůže rozhovor na toto téma zahájit a pacientovi také naznačuje, že může na toto téma hovořit. Je velice důležité si uvědomit, že posouzení spirituálních potřeb nesmí být pouze jednorázovou záležitostí, ale kontinuálním procesem (Nemcová, 2008, str. 27).

V posuzování spirituálních potřeb můžeme pokládat například následující otázky. Změnila nemoc vaše priority? Ovlivnila nemoc vaše vztahy? Změnila nemoc váš pohled na život, sebe sama? Jaké je vaše největší přání v této fázi života? Na základě získaných informací od pacienta je pak možné mluvit o dalších tématech, například o úzkosti, obavách, náboženství, modlitbě (Nemcová, 2008, str. 27).

2.3 Taxonomie NANDA International

Diagnostický systém NANDA International nám pomáhá specifikovat problém (ošetřovatelskou diagnózu) na základě diagnostických prvků (určujících znaků, souvisejících faktorů nebo rizikových faktorů a definic diagnóz), použitím tohoto diagnostického algoritmu je možné odhalit, zda je stav potřeb pacienta v určité oblasti v normě nebo ne (Marečková, 2006, str. 17).

Naplňování spirituálních potřeb nemocného by mělo být součástí ošetřovatelského procesu. Stanovení ošetřovatelské diagnózy se děje na základě klasifikace sesterských diagnóz: NANDA International, Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2015-2017. Diagnózy, které obsahují problematiku spirituálních potřeb, najdeme v doméně 10: Životní principy, která je rozdělena na tři třídy, v současném vydání však Třída 1: Hodnoty neobsahuje žádné diagnózy.

Třída 2. Přesvědčení

- Snaha zlepšit duchovní well-being

Třída 3. Soulad hodnot/ přesvědčení/ jednání

- Snaha zlepšit rozhodování
- Konflikt při rozhodování
- Morální strádání
- Zhoršená religiozita
- Snaha zlepšit religiozitu
- Riziko zhoršené religiozity
- Duchovní strádání
- Riziko duchovního strádání (NANDA, 2015, str. 327).

3 SPIRITUÁLNÍ PÉČE

3.1 Indikace spirituální péče

Pomoc ve spirituální oblasti se netýká jenom pacientů, kteří se hlásí k nějakému náboženství, duchovní podporu většinou potřebují pacienti, kteří se zdají být osamělí a navštěvuje je málo lidí, vyjadřují úzkost a strach, pacienti před operací, pacienti, kterým se následkem nemoci nebo úrazu musí změnit dosavadní způsob života (Kozierová, Erbová a Olivierová, 1995, str.784).

Spirituální potřeby se také objevují v období krize způsobené vážnou nemocí nebo umíráním, protože v takové chvíli každý člověk hledá smysl svého života a své spirituální potřeby může silně prožívat. Spirituální péče se tedy uplatňuje především na odděleních, kde jsou pacienti hospitalizováni se závažnými a život ohrožujícími onemocněními a kde často dochází k úmrtí. Největší prostor a uplatnění spirituální péče je možné vidět v oblasti paliativní medicíny, a zvláště pak v hospicích, další oblastí jsou geriatrická oddělení a zařízení pro seniory (Kalvínská, 2010, s. 36-37; Čermáková, 2006, str. 324).

Adepty pro duchovní péči jsou také často jedinci, kteří trpí výkyvy nálad, depresemi, strachem, pesimismem, samotou, negativně hodnotí dosavadní život, a i výhled do budoucnosti. Projevují se často apatií či agresí nebo odmítají spolupráci se zdravotnickým personálem (Odrobiňák, 2010, str. 129).

Naprostá většina pacientů, kterým je poskytnuta spirituální péče, se nehlásí k žádné církvi ani náboženskému vyznání (Kalvínská, 2010, str. 36-37).

3.2 Formy spirituální péče

Můžeme se setkat s těmito formami spirituální péče:

- Podané informace – jedná se o informování nemocného o spirituální péči a jí blízkých tématech.
- Podpůrný rozhovor – u kterého se setkáváme s emoční přeladěním u agrese, deprese, úzkosti, pláče – jedná se o krizovou spirituální intervenci.
- Poradenský rozhovor – zde se setkáváme se vztahovou a jí podobnou problematikou, která je řešená často z pohledu duchovního.
- Terapeutický rozhovor – obsahuje témata existenciální.

- Skupinová setkání – jsou inspirována duchovními texty.
- Svátostná služba – zde se jedná o modlitbu nebo četbu duchovní literatury, patří sem také svátosti
- Bohoslužba – koná se buď ve vyhrazeném prostoru, nebo přímo na oddělení.
- Profesionální kontakt – jedná se o konzultace s personálem o nemocném nebo o duchovních tématech
- Přítomnost u lůžka – jedná se o kontakt na principu bazální stimulace (Odrobiňák, 2010, str. 128).

3.3 Překážky v poskytování spirituální péče

Naplnit spirituální potřeby pacientů není vůbec snadné, autoři, kteří se touto problematikou zabývají upozorňují na několik překážek, jak ze strany zdravotníků ale i ze strany pacientů.

3.3.1 Nedostatek času

Významnou překážkou v poskytování spirituální péče je nedostatek času. Zdravotníci jsou technicky i administrativně tak vytíženi, že i přes veškerou snahu nemohou vždy zvládnout nároky pacienta na to, aby mu pomáhali nést jeho nemoc nebo hovořit o jeho obavách o budoucnosti (Kalvínská, 2006, str. 111).

3.3.2 Nedostatek znalostí a předsudky

Zdravotníci jsou občas neví rady, když se mají na duchovní potřeby pacientů zeptat, nebo nabídnout péči o ně. Mají obavu, že příliš vstupují do soukromí pacienta nebo v něm mohou vyvolat pocit, že by se měl nemocný zajímat o „věci poslední“ (Kalvínská, Opatrný a Víchová, 2009, str. 19).

Předsudky a nedostatek informací můžeme vnímat i ze strany pacientů. Často odmítají návštěvu duchovního, protože nejsou věřící a žádného faráře nepotřebují, ale i praktikující křesťané si jeho návštěvu často nepřejí, protože si ji spojují s tzv. posledním pomazáním a vnímají ji jako předzvěst smrti (Odrobiňák, 2010, s. 128).

Zkušenosti ukazují, že pokud není nemocný organizován v žádné církvi, nenapadne ho o návštěvu duchovního požádat, příčinou může být ostych, obavy, aby neobtěžoval nebo také obava z nátlaku a manipulace. U zdravotníků je stále ještě zakořeněná představa duchovní

péče jako návštěvy duchovního těsně před smrtí nemocného. Tyto zažitě předsudky se považují za značnou komplikaci při poskytování duchovní péče v nemocnicích (Kalvínská, 2006, str. 111).

3.3.3 Nedostatek vzdělání a zkušeností

Zdravotníci uvádí jako velký problém nedostatek vzdělání v oblasti komunikace na téma spirituality, pociťují nedostatek zkušeností, jak na téma spirituality mluvit, jak si získat důvěru nemocného a najít společnou řeč. Necítí se být připraveni adekvátně reagovat na otázky, které se týkají umírání a smrti, obávají se také nezvládnutí svých emocí a poté bojují s pocitem bezmoci (Kalvínská, Opatrný a Víchová, 2009, str. 19).

3.3.4 Nedostatečné definování kompetencí

Stále není úplně jasné, kdo má tuto péči poskytovat a který odborník by se měl spirituálními potřebami zabývat. Dobrý lékař i sestra však ví, že jsou součástí léčebné péče a občas ten, který léčí nebo ošetřuje ani neví, že naplňuje spirituální potřeby pacienta. Než se tedy objeví specialisté na spirituální péči, jsou to právě zdravotníci, kteří ať už to vědomě či nevědomě můžou naplňovat spirituální potřeby nemocných (Mašát, 2006, str. 104).

3.4 Poskytovatelé spirituální péče

Účinně může pomáhat ten, kde je pacientovi blízký, má pro něj pochopení, ten, koho si nemocný pro tuto roli vybere nebo souhlasí s nabízenou pomocí. Poskytnout základní pomoc v duchovní oblasti může do jisté míry každý zralý člověk, a to především chápajícím rozhovorem. Nedoporučuje se ihned přesouvat tuto pomoc na odborníky (kněze, psychologa, pastoračního asistenta), pokud však nemocný o tuto duchovní pomoc požádá, nebo k ní svolí bývá zpravidla velkým přínosem (Opatrný, 2002, str. 5).

3.4.1 Role sestry

Role sestry v oblasti duchovních potřeb nemocného může být velice zásadní. Duchovní péče nepředstavuje izolované intervence, které se od jiných výkonů odlišují, ale je součástí veškerých činností ošetrovatelské péče. Tato péče zahrnuje hodnocení a uznání současné situace nemocného, jeho vztahů a přesvědčení. Hodnocení vyžaduje dovednost vést rozhovor a zájem o pacientův příběh. Mezi duchovní intervence patří podporování vztahů, které jsou pro nemocného důležité, povzbuzování při navazování přetržených svazků a ochraňování

svazků stávajících nebo také zapojení dalších osob při podporování nemocného ve víře (Plevová, 2011, str. 121-122).

Některé sestry se můžou cítit nepohodlně nebo nepřípraveně diskutovat s pacienty o duchovních a náboženských tématech, proto se doporučuje systematický přístup k posuzování duchovní pohody. Předpokladem může být, že duchovní péče o pacienty může být poté převedena na nemocničního kaplana, ačkoliv je tahle role velmi důležitá, tak by zdravotnický personál, má-li poskytovat duchovní péči, měl mít prvotní znalosti o duchovních praktikách a potřebách pacientů (O'Brien, 2014, str. 53-54).

3.4.2 Role lékaře

Mnoho lékařů stále pokládá spiritualitu za soukromé téma, podceňují ji a považují ji za věc kněží a o vzdělání v této oblasti nestojí. Často tak nezkušený lékař usoudí z celkového vzezření pacienta, že má nemocný depresi a předepíše mu antidepresiva. Zkušenější lékař, pokud si najde chvíli času a promluví si s nemocným, může zjistit, že pacient vůbec nemá depresi, ale má výčitky svědomí, utrpení z těch výčitek může být někdy daleko horší než bolest fyzická. Řešení takových bolestí však přesahuje kompetence lékaře, ale při správné týmové spolupráci není problém zajistit pacientovi odbornou pomoc (Svatošová, 2003, str. 134-135).

3.4.3 Role kaplana

V současné době jsou součástí zdravotnického týmu nemocniční kaplani. Každý duchovní (kaplan, kněz, jáhen) by měl mít dobrým psychologem a měl by umět poskytnout pomoc také nemocným bez náboženského vyznání (Vorlíček, 2004, str. 454).

Nemocniční kaplani jsou povinni dodržovat ve zdravotnických zařízeních tyto etické zásady:

- Respektovat a chránit důstojnost každého člověka.
- Respektovat duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti.
- Dbát na to, aby spirituálním potřebám lidí z jiných náboženských prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení nemocného.
- Chránit nemocné před nevhodnou duchovní vtíravostí.
- Poskytovat spirituální péči empatickým nasloucháním.
- Zprostředkovat nebo poskytnout bohoslužbu, obřad či svátost.
- Působit jako smířčí osoby v konfliktní situaci.

- Zachovávat mlčenlivost (Svatošová, 2012, str. 89-90).

3.4.4 Role psychologa

Psychologická péče se zaměřuje na lidi, kteří se dostali do těžké životní situace, měla by tedy mít podobu podpůrného provázení člověka, s cílem předejít tomu, aby se smutek nezměnil v depresi, strach, obavy nebo úzkost. V praxi to znamená především komunikovat a naslouchat, zjistit, kde nemocný čerpá sílu, kdo nebo co nemocnému poskytuje v životě oporu. Je potřeba mu pomoci se zorientovat v nové situaci a pomoci mu se adaptovat na změny, novou roli a zabývat se tématy, o kterých dříve nepřemýšlel. Může se zdát, že psycholog pečuje o duševní rozpoložení člověka a duchovní jej provází hlubšími tématy, obojí je ale neoddělitelné, a cesta ke zkvalitnění péče o nemocné je vzájemné spolupráce profesí (Víchová, 2010, str. 42).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak všeobecné a praktické sestry vnímají problematiku spirituálních potřeb pacientů.

Dílčí cíle:

- **Dílčí cíl č. 1**
Zjistit, míru informovanosti sester o spirituálních potřebách pacientů v nemocnici.
- **Dílčí cíl č. 2**
Zjistit, jak sestry informují pacienty o duchovní službě v jejich zařízení.
- **Dílčí cíl č. 3**
Zjistit, do jaké míry pracoviště a sestry uspokojují spirituální potřeby pacientů.

4.2 Metoda výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda výzkumu technikou dotazníku.

4.2.1 Dotazník

Dotazník je soubor otázek, které jsou připraveny na určitém formuláři. Výhodou dotazníkové techniky je jednoznačná formulace otázek a možnost hromadného počítačového zpracování (Kutnohorská, 2009, str. 41-42).

Dotazník určený pro tuto bakalářskou práci obsahuje celkem 22 otázek, na které respondenti odpovídali podle pokynů v úvodní části dotazníku. Dotazník byl zcela anonymní. První 4 otázky jsou zaměřeny na identifikaci respondentů. Dále byla většina otázek uzavřená s možností jedné odpovědi, u otázek č. 5, č. 14 a č. 18 byla možnost více odpovědí. Celý dotazník nalezneme v příloze, jako přílohu P I.

4.3 Skupina respondentů

Cílovou skupinou pro výzkum byly všeobecné a praktické sestry, které pracují v nemocnici. Důvodem výběru této skupiny respondentů bylo především to, že se při své práci často setkávají s touto problematikou, a tak jsme se chtěli dozvědět, jaký na ni mají názor a jak se s ní vypořádávají.

4.4 Organizace výzkumu

Dotazník byl pouze v elektronické podobě, a to na platformě Survio. Dotazník byl sdílen pomocí sociálních sítí a byl dostupný na přelomu měsíce července a srpna 2019, celkem 20 dní. V tomto období dotazník vyplnilo celkem 98 respondentů. Ve výsledcích je zpracováno všech 98 dotazníků, což činí 100,00 %.

4.5 Zpracování výsledků výzkumu

Pro analýzu dat byly použity programy Microsoft Word a Microsoft Excel. Získaná data byla zpracována do tabulek, které obsahují absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost udává počet respondentů a relativní četnost představuje procentuální vyjádření této hodnoty. Pouze u otázek, kde je možné označit více odpovědí najednou, je uvedena absolutní četnost všech odpovědí a relativní četnost v procentech také ze všech odpovědí. Pod každou tabulkou jsou výsledky také znázorněny pomocí grafů, ke kterým je přidána slovní interpretace výsledků.

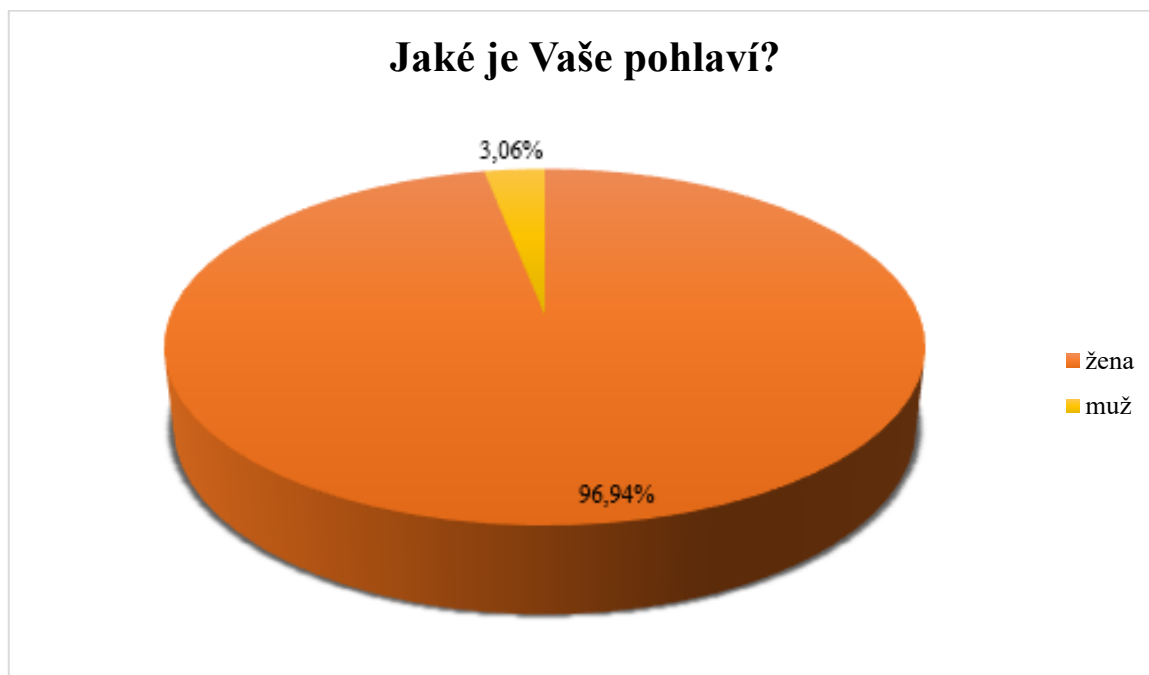
5 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č.1- Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	95	96,94 %
Muž	3	3,06 %
Celkem	98	100, 00 %

Graf č. 1- Pohlaví



Komentář:

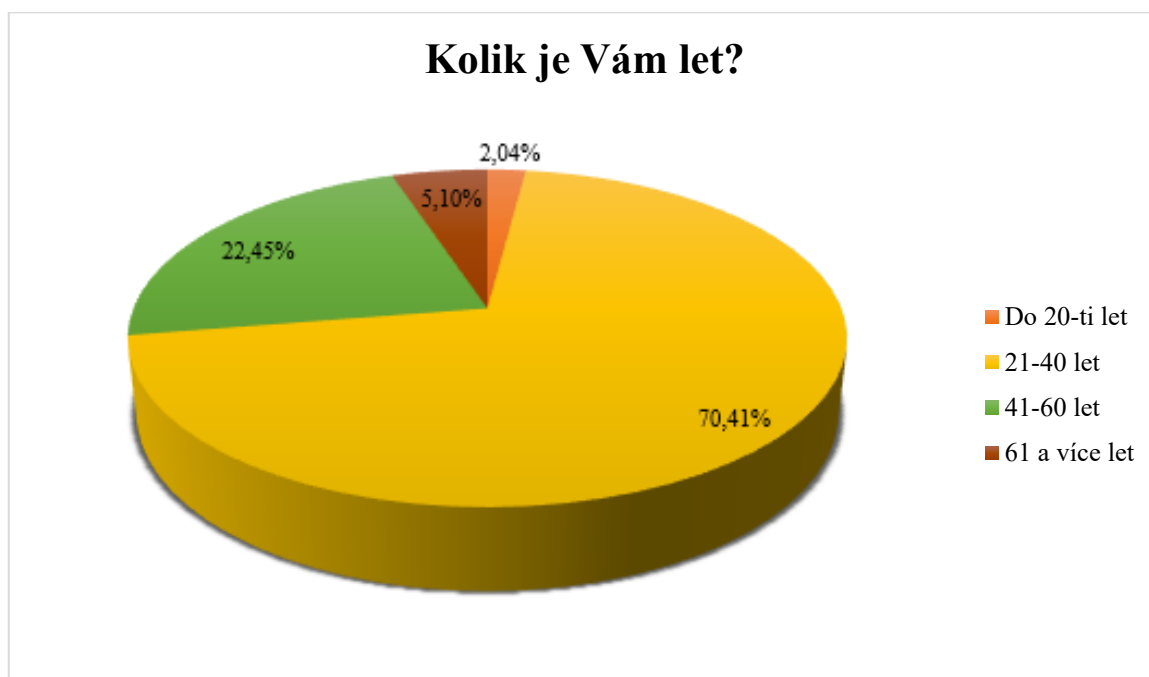
Otázka č. 1 byla zaměřena na pohlaví respondentů. Z celkového počtu 98 respondentů se do dotazníkového šetření zapojilo 95 žen (96,94 %) a 3 muži (3,06 %). Je tedy patrné, že se do výzkumu se zapojilo převážně ženské pohlaví.

Otázka č. 2- Kolik je Vám let?

Tabulka č. 2- Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 20-ti let	2	2,04 %
21–40 let	69	70,41 %
41–60 let	22	22,45 %
61 a více let	5	5,10 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 2- Věk

**Komentář:**

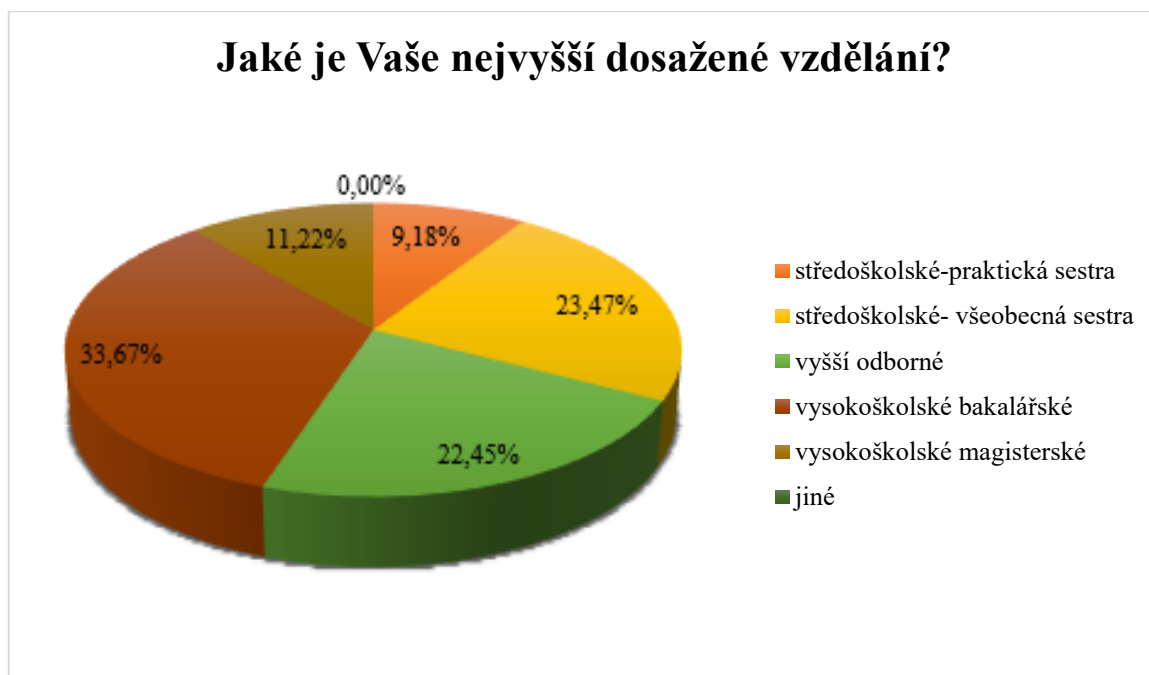
Otázka č. 2 zjišťovala věk respondentů. Z celkového počtu 98 respondentů bylo 69 respondentů (70,41 %) ve věku od 21 do 40 let, 22 respondentů (22,45 %) ve věku od 41 do 60 let, 5 respondentů (5,10 %) ve věku 61 a více let a 2 respondenti (2,04 %) ve věku do 20-ti let. Byly tedy zastoupeny všechny uvedené věkové kategorie.

Otázka č. 3- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3- Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské – praktická sestra	9	9,18 %
Středoškolské – všeobecná sestra	23	23,47 %
Vyšší odborné	22	22,45 %
Vysokoškolské bakalářské	33	33,67 %
Vysokoškolské magisterské	11	11,22 %
Jiné	0	0,00 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 3- Vzdělání

**Komentář:**

Otázka č. 3 se zabývala nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů. Z 98 respondentů má 33 respondentů (33,67 %) vysokoškolské bakalářské vzdělání, 23 respondentů (23,47 %) dosáhlo středoškolského vzdělání v oboru všeobecná sestra, 22 respondentů (22,45 %) má

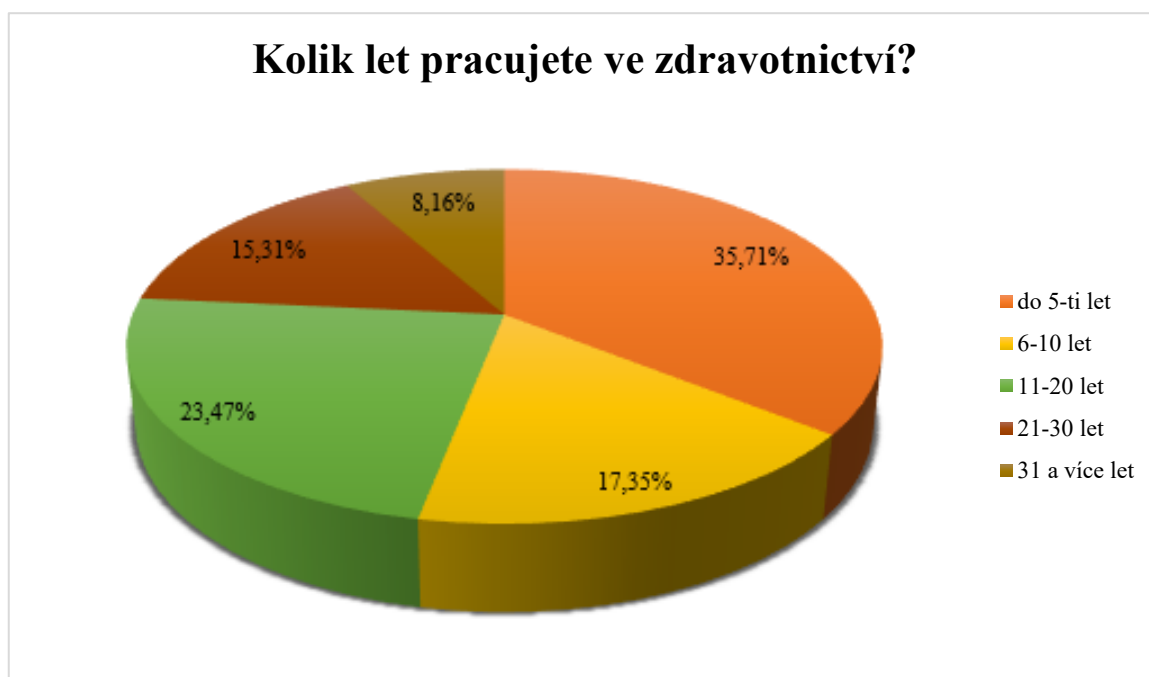
vyšší odborné vzdělání, 11 respondentů (11,22 %) disponuje vysokoškolským magisterským vzděláním, 9 respondentů (9,18 %) má středoškolské vzdělání v oboru praktická sestra a žádný respondent neuvedl odpověď jiné.

Otázka č. 4- Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 4- Délka praxe ve zdravotnictví

Délka praxe ve zdravotnictví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 5- ti let	35	35,71 %
6–10 let	17	17,35 %
11–20 let	23	23,47 %
21–30 let	15	15,31 %
31 a více let	8	8,16 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 4- Délka praxe ve zdravotnictví

**Komentář:**

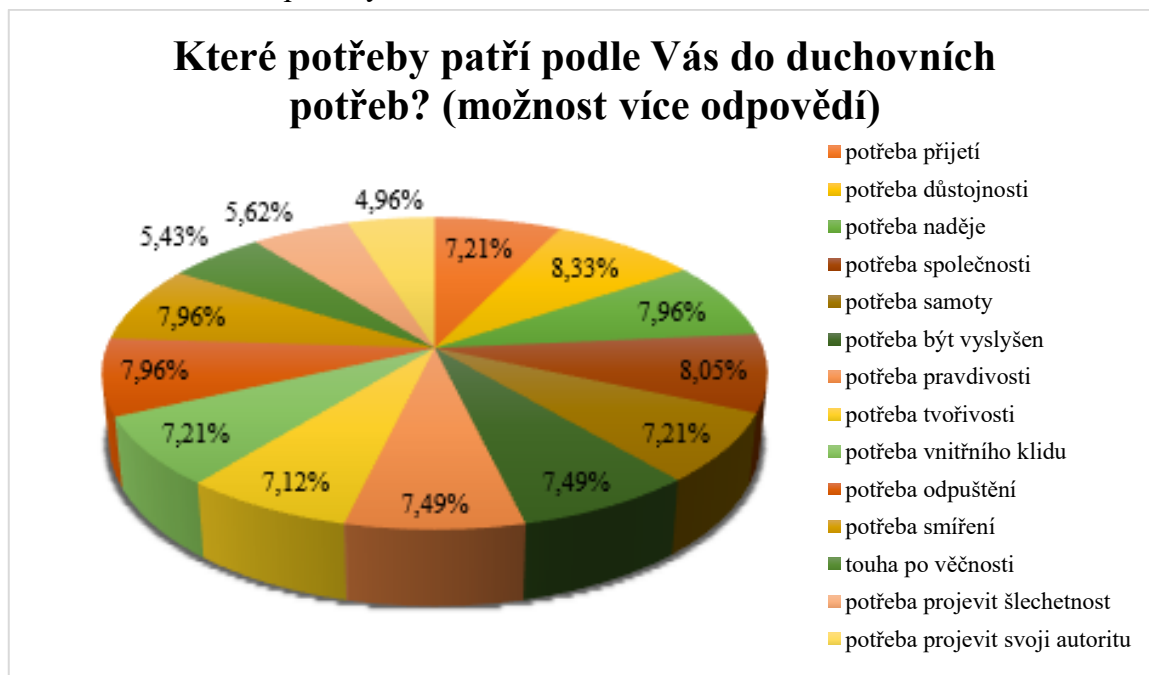
Otázka č. 4 byla zaměřena na zjištění délky praxe. Celkem 35 respondentů (35,71 %) uvedlo délku praxe ve zdravotnictví do 5- ti let, 23 respondentů (23,47 %) uvedlo praxi mezi 11-20 lety, 17 respondentů (17,35 %) má praxi mezi 6–10 lety, 15 respondentů (15,31 %) má praxi mezi 21-30 lety, 8 respondentů (8,16 %) uvedlo, že pracuje ve zdravotnictví 31 a více let.

Otázka č. 5- Které potřeby patří podle Vás do duchovních potřeb? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 5- Duchovní potřeby

Pracovní zařazení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Potřeba přijetí	77	7,21 %
Potřeba důstojnosti	89	8,33 %
Potřeba naděje	85	7,96 %
Potřeba společnosti	86	8,05 %
Potřeba samoty	77	7,21 %
Potřeba být vyslyšen	80	7,49 %
Potřeba pravdivosti	80	7,49 %
Potřeba tvořivosti	76	7,12 %
Potřeba vnitřního klidu	77	7,21 %
Potřeba odpuštění	85	7,96 %
Potřeba smíření	85	7,96 %
Touha po věčnosti	58	5,43 %
Potřeba projevit šlechtnost	60	5,62 %
Potřeba projevit svoji autoritu	53	4,96 %
Celkem	1068	100,00 %

Graf č. 5- Duchovní potřeby

**Komentář:**

Otázka č. 5 byla zaměřena na znalosti duchovních potřeb respondentů. Odpovědi na tuto otázku byly zvoleny dle Prášilové, která řadí všechny možnosti mezi duchovní potřeby. Tato otázka byla s možností více odpovědí.

Nejčastěji zvolili respondenti odpověď potřeba důstojnosti a to celkem 89krát (8,33 %), následovala možnost potřeba společnosti 86krát (8,05 %), poté následovali možnosti potřeba naděje, potřeba odpuštění a potřeba smíření, ty byly zvoleny shodně 85krát (7,96 %), možnosti potřeba být vyslyšen a potřeba pravdivosti byly zvoleny 80krát (7,49 %), potřeba přijetí, potřeba samoty a potřeba vnitřního klidu byly určeny celkem 77krát (7,21 %), možnost potřeba tvořivosti byla zvolena 76krát (7,12 %), možnost potřeba projevit šlechtnost zvolili respondenti celkem 60krát (5,62 %), touha po věčnosti byla zvolena 58krát (5,43 %) a potřeba projevit svoji autoritu byla zvolena 53krát (4,96 %).

Otázka č. 6- Jak byste zhodnotil/a své znalosti v oblasti spirituálních potřeb?

Tabulka č. 6- Znalosti spirituálních potřeb

Znalosti spirituální potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výborné	11	11,22 %
Dostatečné	40	40,85 %
Částečně dostatečné	33	33,67 %
Nedostatečné	11	11,22 %
Nevím	3	3,06 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 6- Znalosti spirituálních potřeb

**Komentář:**

Otázka č. 6 se zabývala znalostmi spirituálních potřeb respondentů. Celkem 40 respondentů (40,85 %) by zhodnotilo své znalosti jako dostatečné, 33 respondentů (33,67 %) jako částečně dostatečné, 11 respondentů (11,22 %) jako výborné, 11 respondentů (11,22 %) uvedlo,

že by své znalosti zhodnotilo jako nedostatečné a 3 respondenti (3,06 %) uvedli, že neví, jak by zhodnotili své znalosti.

Otázka č. 7- Myslíte si, že spirituální potřeby mohou ovlivnit zdraví/nemoc pacienta?

Tabulka č. 7- Ovlivnění zdraví/nemoci pacienta

Ovlivnění zdraví/nemoci pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	59	60,20 %
Spíše ano	31	31,63 %
Spíše ne	4	4,08 %
Ne	2	2,04 %
Nevím	2	2,04 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 7- Ovlivnění zdraví/nemoci pacienta

**Komentář:**

Otázka č. 7 zjišťovala, jestli si respondenti myslí, zda mohou spirituální potřeby ovlivnit zdraví/nemoc pacienta. Celkem 59 respondentů (60,20 %) uvedlo ano, 31 respondentů

(31,63 %) uvedlo spíše ano, 4 respondenti (4,08 %) uvedli spíše ne, 2 respondenti (2,04 %) uvedli odpověď ne a 2 respondenti (2,04 %) uvedli odpověď nevím.

Otázka č. 8- Myslíte si, že je důležité zjišťovat u pacientů jejich spirituální potřeby?

Tabulka č. 8- Důležitost spirituálních potřeb

Důležitost spirituálních potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	57	58,16 %
Spíše ano	33	33,67 %
Spíše ne	3	3,06 %
Ne	2	2,04 %
Nevím	3	3,06 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 8- Důležitost spirituálních potřeb

**Komentář:**

Otázka č. 8 se zaměřovala na to, co si respondenti myslí o důležitosti zjišťování spirituálních potřeb u pacientů. Celkem 57 respondentů (58,16 %) uvedlo, že je důležité zjišťovat tyto potřeby, 33 respondentů (33,67 %) uvedlo odpověď spíše ano, 3 respondenti (3,06 %) uvedli

odpověď spíše ne a odpověď ne uvedli 2 respondenti (2,04 %) a 3 respondenti (3,06 %) zvolili odpověď nevím.

Otázka č. 9- Myslíte si, že dokážete rozpoznat spirituální potřebu?

Tabulka č. 9- Rozpoznání spirituálních potřeb

Rozpoznání spirituálních potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	31,63 %
Spíše ano	34	34,69 %
Spíše ne	20	20,41 %
Ne	6	6,12 %
Nevím	7	7,14 %
Celkem	105	100,00 %

Graf č. 9- Rozpoznání spirituálních potřeb



Komentář:

Otázka č. 9 se zabývala tím, jestli si respondenti myslí, že dokáží rozpoznat spirituální potřebu. Celkem 34 respondentů (34,69 %) odpovědělo spíše ano, 31 respondentů (31,63 %) odpovědělo ano, 20 respondentů (20,41 %) zvolilo odpověď spíše ne, 7 respondentů (7,14

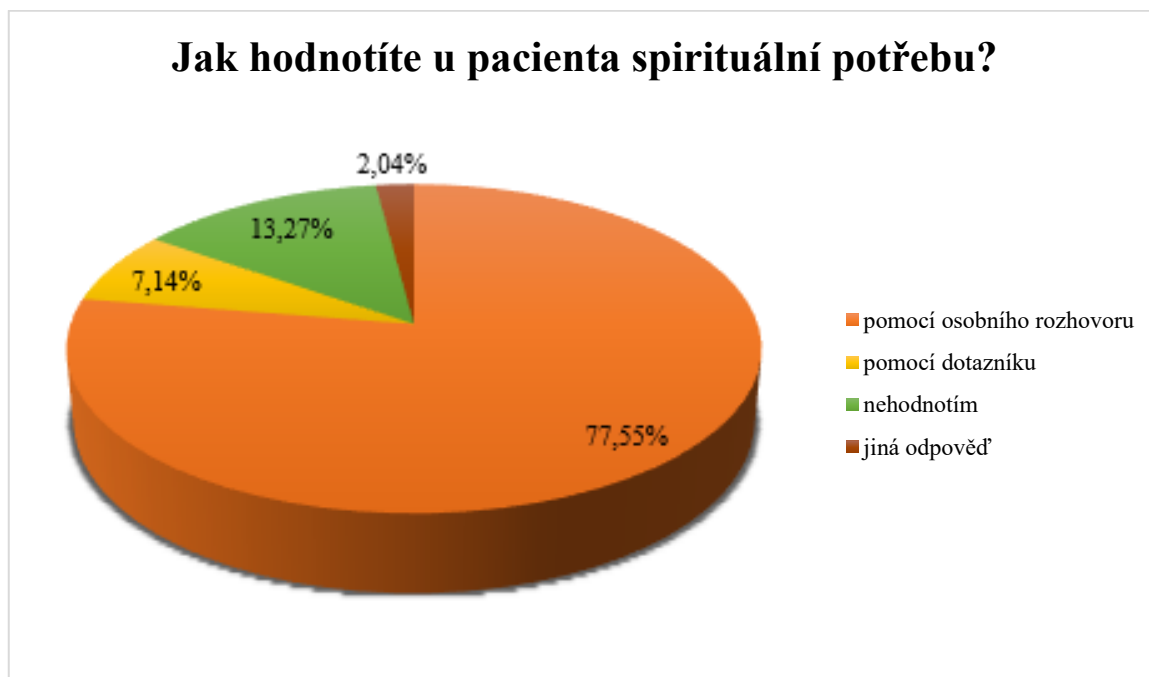
%) odpovědělo, že neví a 6 respondentů (6,12 %) uvedlo, že nedokáží rozpoznat spirituální potřebu.

Otázka č. 10- Jak hodnotíte u pacienta spirituální potřebu?

Tabulka č. 10- Hodnocení spirituálních potřeb

Hodnocení spirituálních potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomocí osobního rozhovoru	76	77,55 %
Pomocí dotazníku	7	7,14 %
Nehodnotím	13	13,27 %
Jiná odpověď	2	2,04 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 10- Hodnocení spirituálních potřeb



Komentář:

Otázka č. 10 byla zaměřena na hodnocení spirituálních potřeb pacientů. Celkem 76 respondentů (77,55 %) uvedlo, že spirituální potřeby hodnotí pomocí osobního rozhovoru, 13 respondentů (13,27 %) uvedlo, že spirituální potřeby nehodnotí, 7 respondentů (7,14 %) hodnotí spirituální potřeby pomocí dotazníku.

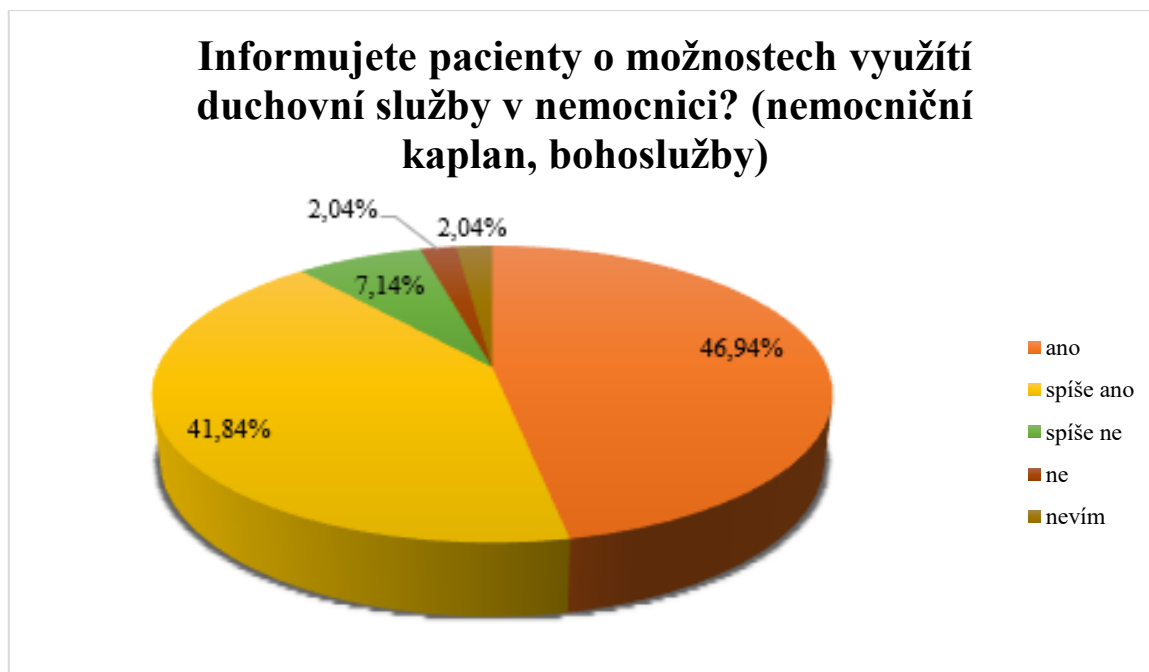
Kolonku jiná odpověď si zvolili 2 respondenti (2,04 %), kde uvedl 1 respondent jako možnost rozhovor s rodinou nemocného a 1 respondent napsal, že se s touto problematikou ještě nikdy nesetkal.

**Otázka č. 11- Informujete pacienty o možnostech využití duchovní služby v nemocnici?
(nemocniční kaplan, bohoslužby)**

Tabulka č. 11- Informovanost pacientů

Informovanost pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	46,94 %
Spíše ano	41	41,84 %
Spíše ne	7	7,14 %
Ne	2	2,04 %
Nevím	2	2,04 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 11- Informovanost pacientů



Komentář:

Otázka č. 11 se zaměřovala na to, zda všeobecné a praktické sestry informují pacienty o možnostech využití duchovní služby v nemocnici. Celkem 46 respondentů (46,94 %) uvedlo odpověď ano, 41 respondentů (41,84 %) uvedlo odpověď spíše ano, 7 respondentů (7,14 %) uvedlo odpověď spíše ne, 2 respondentů (2,04 %) uvedlo odpověď ne, 2 respondentů (2,04 %) uvedlo odpověď nevím.

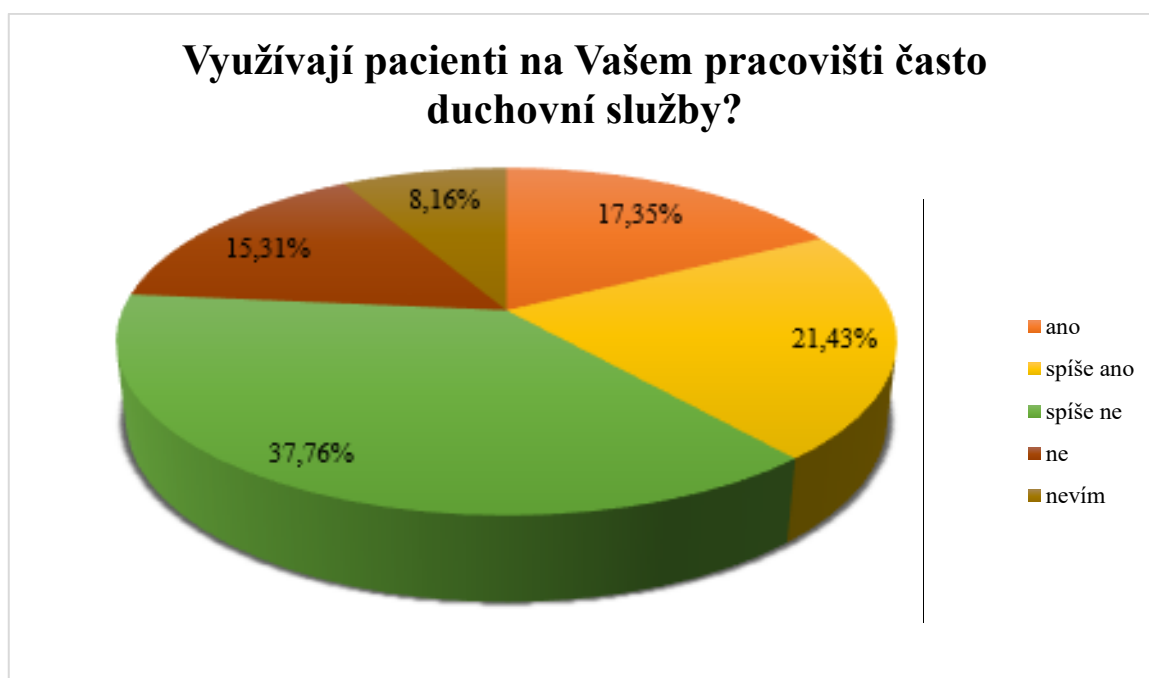
uvedlo spíše ne, 2 respondenti (2,04 %) neinformují pacienty o těchto službách a 2 respondenti (2,04 %) odpověď nevím.

Otázka č. 12- Využívají pacienti na Vašem pracovišti často duchovní služby?

Tabulka č. 12- Využití duchovní služby

Využití duchovní služby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	17,35 %
Spíše ano	21	21,43 %
Spíše ne	37	37,76 %
Ne	15	15,31 %
Nevím	8	8,16 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 12- Využití duchovní služby

**Komentář:**

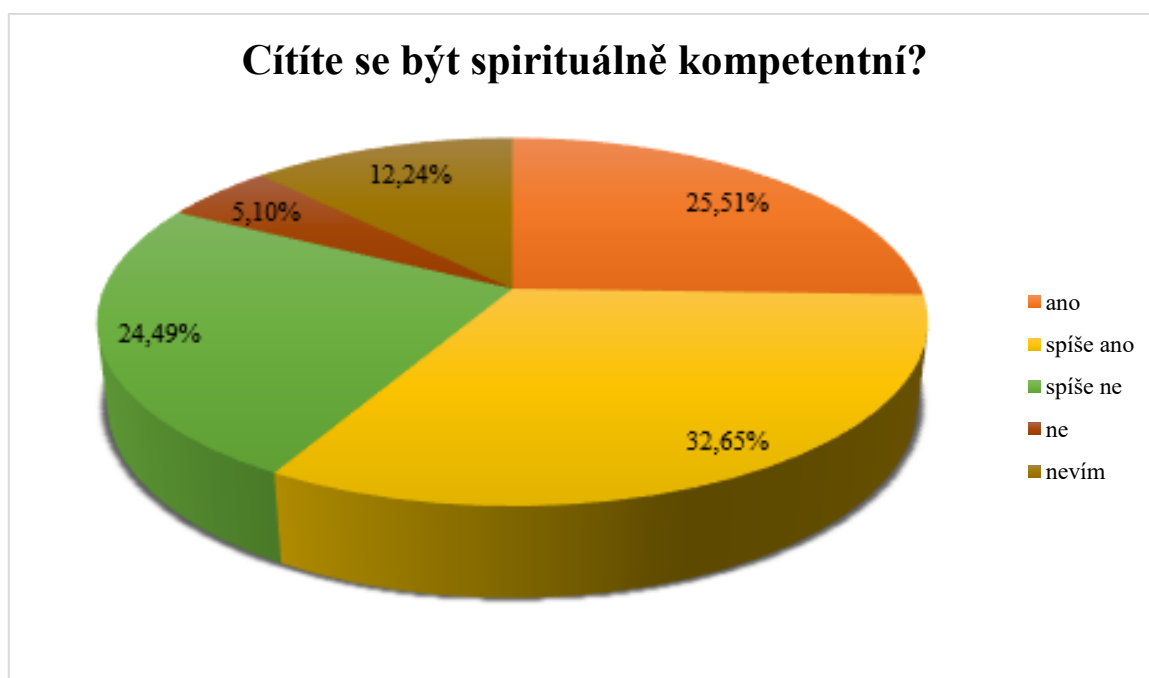
Otázka č. 12 se zaměřovala na to, jestli pacienti často využívají duchovní služby. Celkem 37 respondentů (37,76 %) zvolilo odpověď spíše ne, 21 respondentů (21,43 %) uvedlo odpověď spíše ano, 17 respondentů (17,35 %) uvedlo odpověď ano, 15 respondentů (15,31 %) zvolilo odpověď ne a 8 respondentů (8,16 %) zvolilo odpověď nevím.

Otázka č. 13- Cítíte se být spirituálně kompetentní?

Tabulka č. 13- Kompetentnost

Kompetentnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	25,51 %
Spíše ano	32	32,65 %
Spíše ne	24	24,49 %
Ne	5	5,10 %
Nevím	12	12,24 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 13- Kompetentnost

**Komentář:**

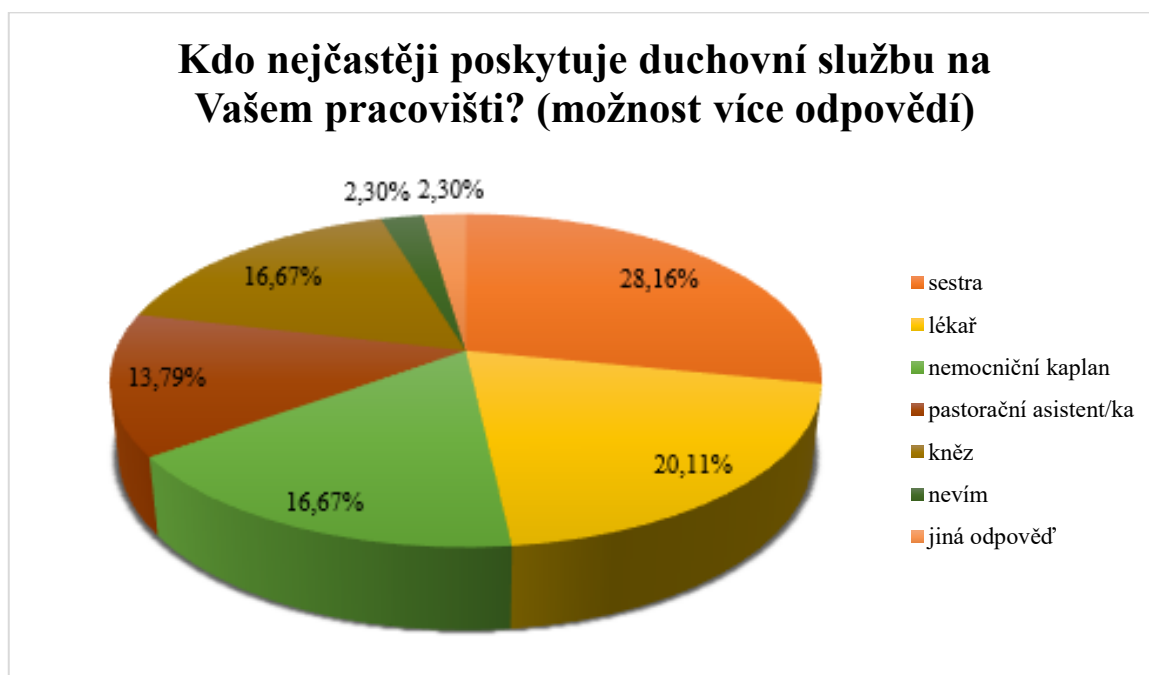
Otázka č. 13 se zaměřovala na to, zda se všeobecné a praktické sestry cítí být spirituálně kompetentní. Celkem 32 respondentů (32,65 %) zvolilo odpověď spíše ano, 25 respondentů (25,51 %) odpovědělo ano, 24 respondentů (24,49 %) odpovědělo spíše ne, 12 respondentů (12,24 %) vybralo odpověď nevím a 5 respondentů (5,10 %) zvolilo odpověď ne.

Otázka č. 14- Kdo nejčastěji poskytuje duchovní službu na Vašem pracovišti? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 14- Poskytování duchovní služby

Poskytování duchovní služby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sestra	49	28,16 %
Lékař	35	20,11 %
Nemocniční kaplan	29	16,67 %
Pastorační asistent/ka	24	13,79 %
Kněz	29	16,67 %
Nevím	4	2,30 %
Jiná odpověď	4	2,30 %
Celkem	174	100,00 %

Graf č. 14- Poskytování duchovní služby



Komentář:

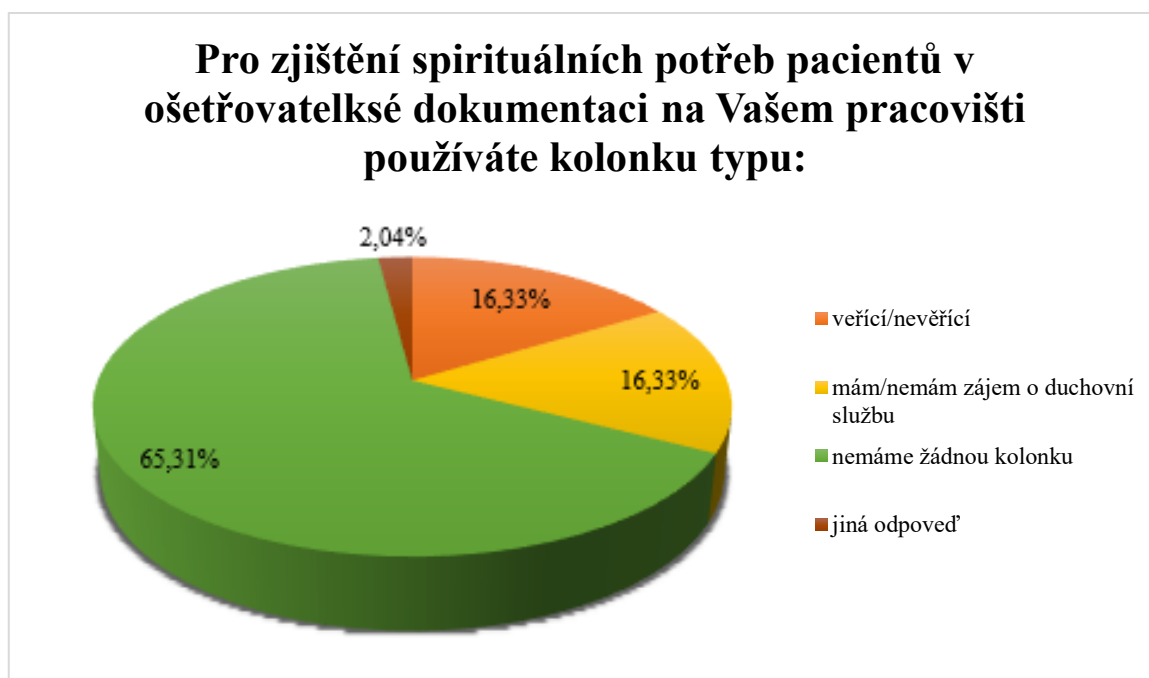
Otázka č. 14 se zaměřovala na to, kdo poskytuje nejčastěji duchovní služby na pracovišti respondentů. Tato otázka byla s možností více odpovědí. Spirituální potřeby jsou nejvíce zajišťovány sestrou, tato možnost byla zvolena 49krát (28,16 %), následuje lékař, jenž byl uveden 35krát (20,11 %), možnosti nemocniční kaplan a kněz byly zvoleny stejně a to 29krát (16,67 %), možnost pastorační asistent/ka byla zvolena 24krát (16,67 %), odpověď nevím byla zvolena celkem 4krát (2,30 %) a možnost jiná odpověď byla zvolena taktéž 4krát (2,30 %), kdy respondenti napsali odpověď psycholog.

Otázka č. 15- Pro zjištění spirituálních potřeb pacientů v ošetrovatelské dokumentaci na Vašem pracovišti používáte kolonku typu:

Tabulka č. 15- Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věřící/nevěřící	16	16,33 %
Mám/nemám zájem o duchovní službu	16	16,33 %
Nemáme žádnou kolonku	64	65,31 %
Jiná odpověď	2	2,04 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 15- Ošetrovatelská dokumentace



Komentář:

V otázce č. 15 měli respondenti možnost odpovídat na otázku týkající se kolonky v ošetrovatelské dokumentaci pro zjišťování spirituálních potřeb. Nejčastěji byla zvolena možnost,

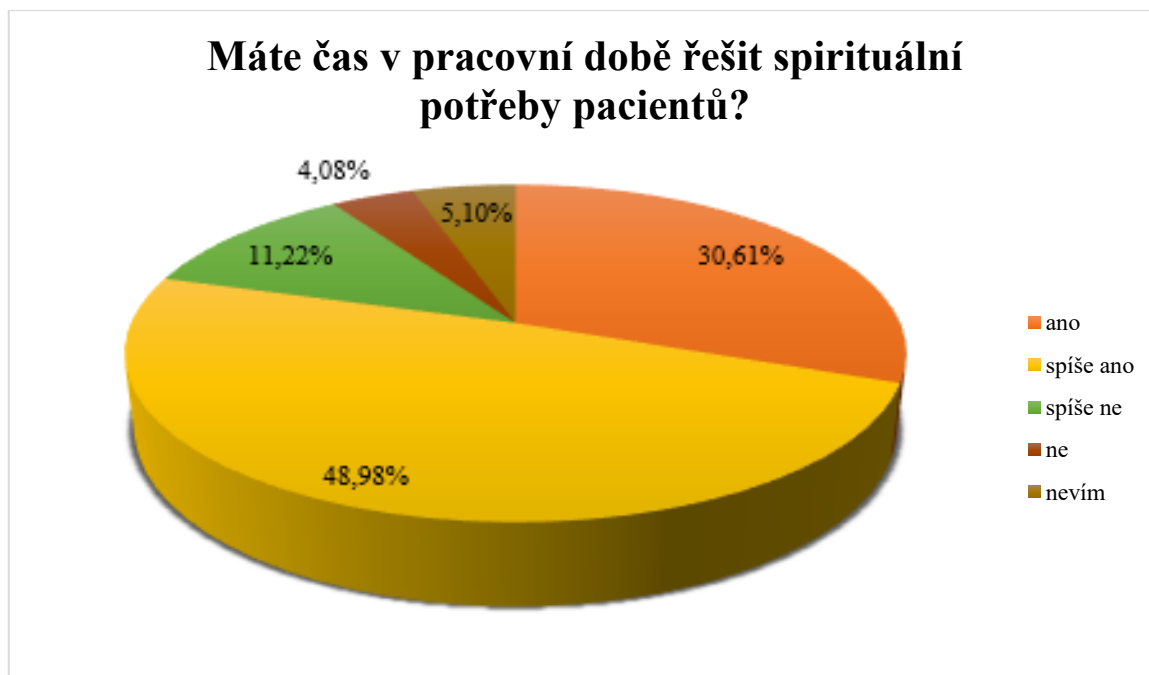
nemáme žádnou kolonku, tuto možnost zvolilo celkem 64 respondentů (65,31 %), možnosti věřící/nevěřící a mám/nemám zájem o duchovní služby zvolilo shodně 16 respondentů (16,33 %), možnost jiná odpověď vybrali 2 respondenti (2,06 %), kde shodně uvedli, že mají v ošetrovatelské dokumentaci kolonku mám/ nemám zájem o návštěvu nemocničního kaplana.

Otázka č. 16- Máte čas v pracovní době řešit duchovní potřeby pacientů?

Tabulka č. 16- Řešení duchovních potřeb v pracovní době

Řešení duchovních potřeb v pracovní době	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	30,61 %
Spíše ano	48	48,98 %
Spíše ne	11	11,22 %
Ne	4	4,08 %
Nevím	5	5,10 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 16- Řešení spirituálních potřeb v pracovní době

**Komentář:**

Otázka č. 16 se zaměřovala na to, zda se všeobecné a praktické sestry mají čas se věnovat duchovním potřebám pacientů v pracovní době. Celkem 48 respondentů (48,98 %) zvolilo odpověď spíše ano, 30 respondentů (30,61 %) odpovědělo ano, 11 respondentů (11,22 %)

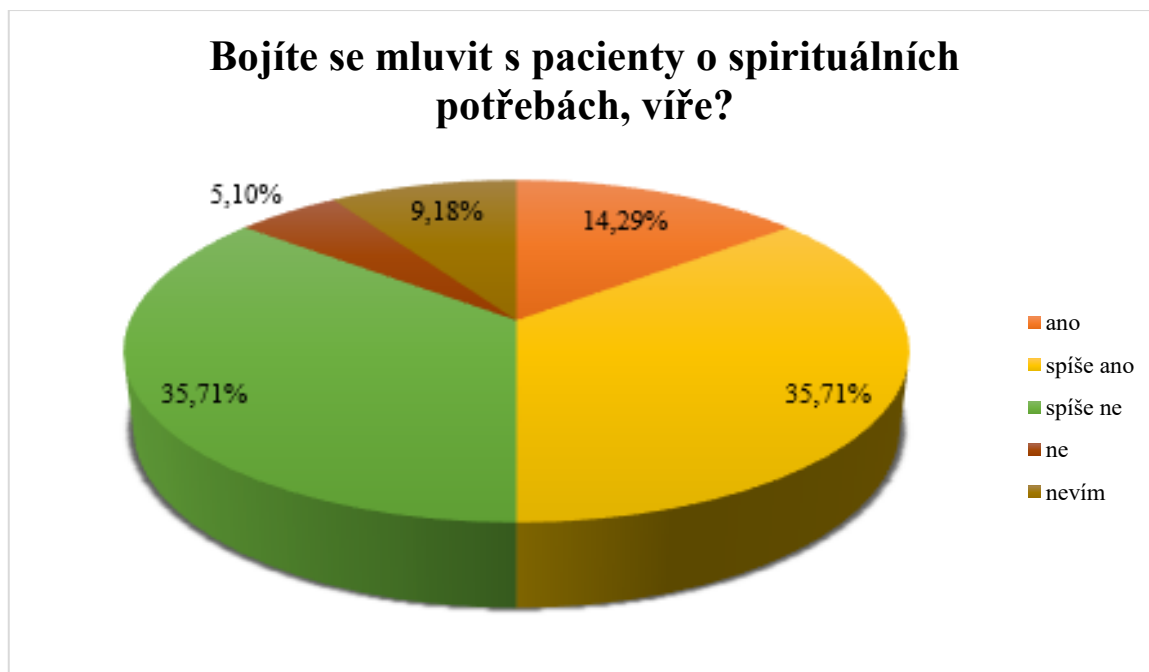
zvolilo odpověď spíše ne, 5 respondentů (5,10 %) odpovědělo nevím a 4 respondenti (4,08 %) zvolilo možnost ne.

Otázka č. 17- Bojíte se mluvit s pacienty o spirituálních potřebách, víře?

Tabulka č. 17- Mluvení o spirituálních potřebách

Mluvení o spirituálních potřebách	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	14,29 %
Spíše ano	35	35,71 %
Spíše ne	35	35,71 %
Ne	5	5,10 %
Nevím	9	9,18 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 17- Mluvení o spirituálních potřebách

**Komentář:**

Otázka č. 17 se zbyvala tím, jestli se bojí všeobecné a praktické sestry mluvit s nemocnými o spirituálních potřebách. Celkem 35 respondentů (35,71 %) zvolilo odpověď spíše ano a

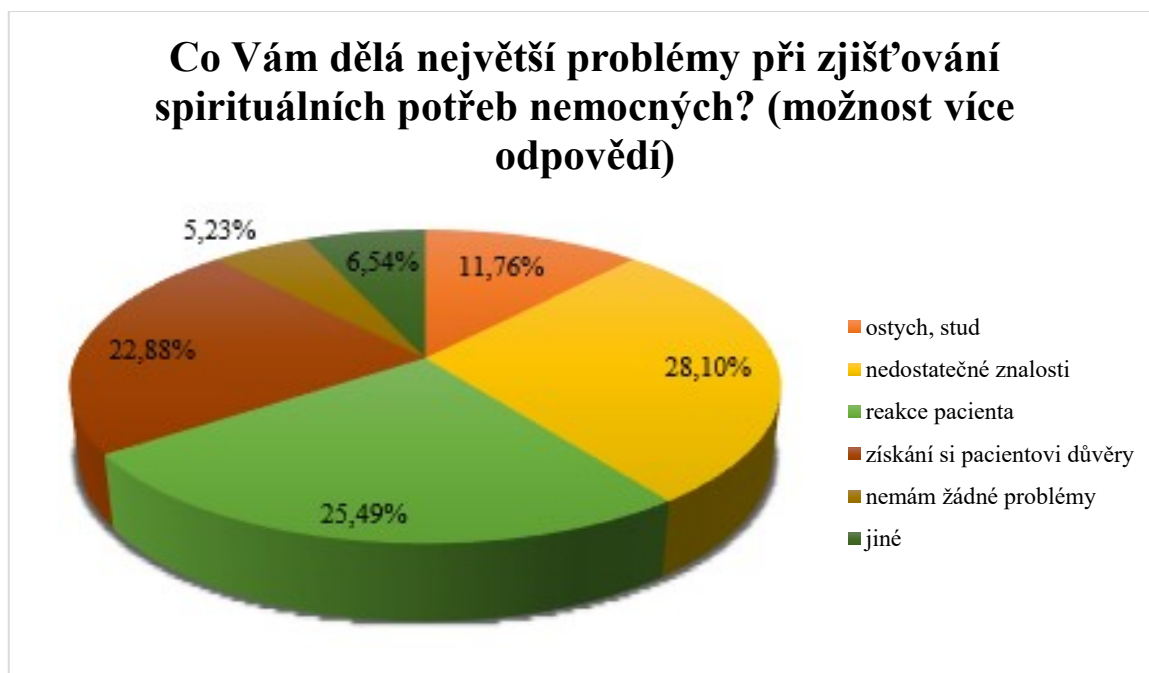
také odpověď spíše ne, 14 respondentů (14,29 %) odpovědělo ano, 9 respondentů (9,18 %) zvolilo odpověď nevím a 5 respondentů (5,10 %) odpovědělo ne.

Otázka č. 18- Co Vám dělá největší problémy při zjišťování spirituálních potřeb nemocných? (možnost více odpovědí)

Tabulka č. 18- Problémy při zjišťování spirituálních potřeb

Problémy při zjišťování spirituálních potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ostych, stud	18	11,76 %
Nedostatečné znalosti	43	28,10 %
Reakce pacienta	39	25,49 %
Získání si pacientovi důvěry	35	22,88 %
Nemám žádné problémy	8	5,23 %
Jiná odpověď	10	6,54 %
Celkem	153	100,00 %

Graf č. 18- Problémy při zjišťování spirituálních potřeb



Komentář:

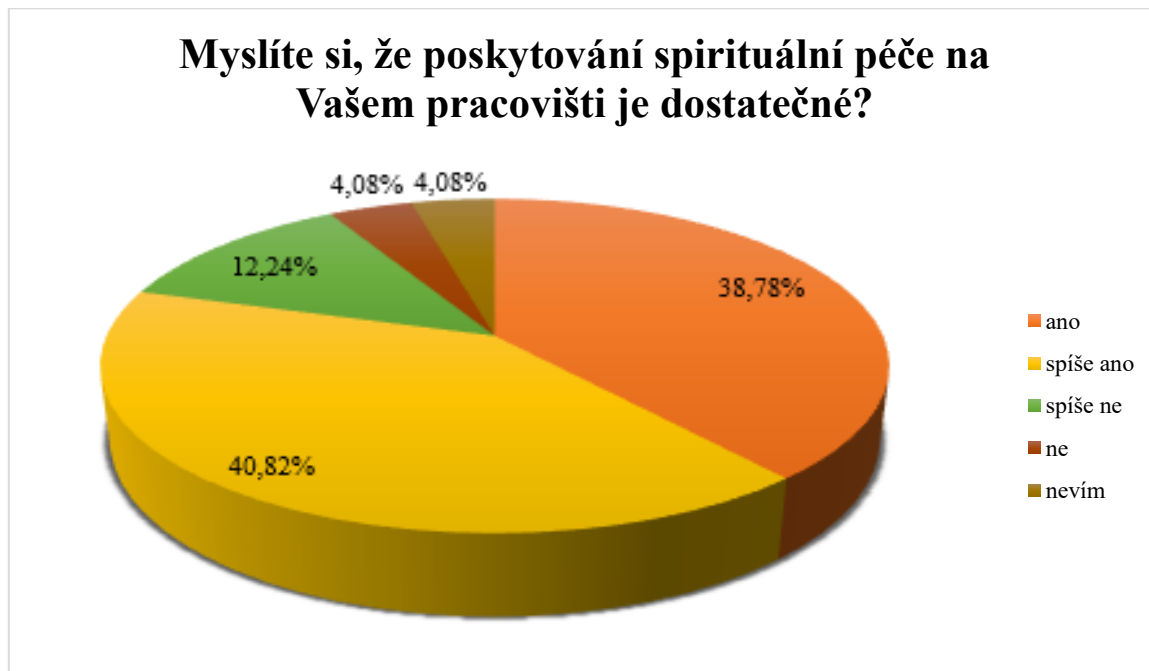
Otázka č. 18 byla zaměřena na zjištění problémů respondentů při zjišťování spirituálních potřeb, otázka měla možnost více odpovědí. Odpověď nedostatečné znalosti byla zvolena 43krát (28,10 %), odpověď reakce pacienta byla zvolena 39krát (25,49 %), získání si pacientovi důvěry vybrali respondenti 35krát (22,88 %), možnost ostych, stud byla vybrána 18krát (11,76 %), možnost jiná odpověď byla zvolena 10krát (6,54 %), respondenti napsali nejčastěji jako odpověď reakci rodiny a okolí a to celkem 8krát a 1 respondent uvedl, že se s touto problematikou ještě nesetkal, možnost nemám žádné problémy byla zvolena nejméně 8krát a to celkem 8krát (5,23 %).

Otázka č. 19- Myslíte si, že poskytování spirituální péče na Vašem pracovišti je dostatečné?

Tabulka č. 19- Dostatečnost poskytování spirituální péče

Dostatečnost poskytování spirituální péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	38	38,78 %
Spíše ano	40	40,82 %
Spíše ne	12	12,24 %
Ne	4	4,08 %
Nevím	4	4,08 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 19- Dostatečnost poskytování spirituální péče



Komentář:

Otázka č. 19 se zaměřovala na to, zda si respondenti myslí, že úroveň poskytované spirituální péče na jejich pracovišti je dostatečná. Celkem 40 respondentů (40,82 %) odpovědělo, že

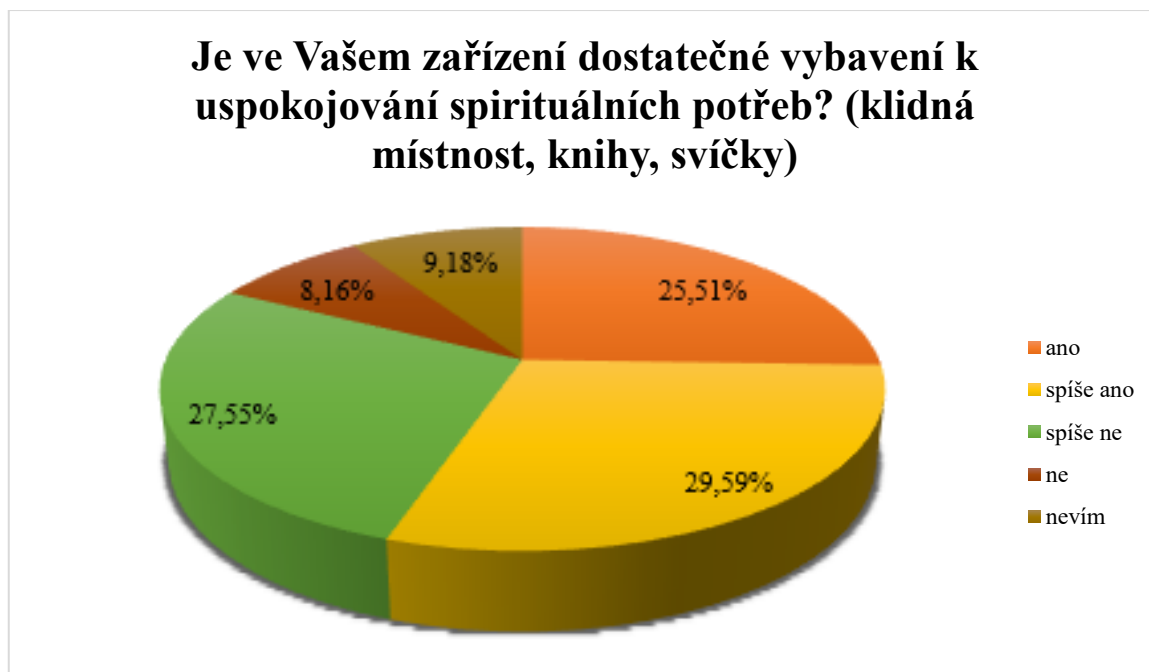
spíše ano, 38 respondentů (38,78 %) uvedlo odpověď ano, 12 respondentů (12,24 %), odpovědělo spíše ne a 4 respondenti (4,08 %) uvedli odpověď ne a také 4 respondenti (4,08 %) uvedli, že neví, zda je poskytování spirituální péče na jejich pracovišti dostatečné.

Otázka č. 20- Je ve Vašem zařízení dostatečné vybavení k uspokojování spirituálních potřeb? (klidná místnost, knihy, svíčky)

Tabulka č. 20- Dostatečné vybavení

Dostatečné vybavení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	25,51 %
Spíše ano	29	29,59 %
Spíše ne	27	27,55 %
Ne	8	8,16 %
Nevím	9	9,18 %
Celkem	98	100,00 %

Graf 20- Dostatečné vybavení



Komentář:

Otázka č. 20 se zaměřovala na to, zda si respondenti myslí, že je jejich zařízení dostatečně vybavené k uspokojování spirituálních potřeb. Celkem 29 respondentů (29,59 %) zvolilo

odpověď spíše ano, odpověď spíše ne zvolilo 27 respondentů (27,55 %), odpověď ano označilo 25 respondentů (25,51 %), 9 respondentů (9,18 %) odpovědělo, že neví a 8 respondentů (8,16 %) zvolilo odpověď ne.

Otázka č. 21- Znáte specifika poskytování spirituální ošetrovatelské péče u pacientů s různým náboženským vyznáním?

Tabulka č. 21- Specifika poskytování spirituální péče

Specifika poskytování spirituální péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	12,24 %
Spíše ano	9	9,18 %
Spíše ne	42	42,86 %
Ne	27	27,55 %
Nevím	8	8,16 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 21- Specifika poskytování spirituální péče



Komentář:

Otázka č. 21 se zaměřovala na znalost specifik poskytování spirituálních potřeb u pacientů s různým náboženským vyznáním. Celkem 42 respondentů (42,86 %) uvedlo odpověď spíše

ne, 27 respondentů (27,55 %) uvedlo, že tyto specifika neznají, 12 respondentů (12,24 %) tyto specifika zná, 9 respondentů (9,18 %) uvedlo odpověď spíše ano a 8 respondentů (8,16 %) uvedlo, že neví, zda zná tyto specifika.

Otázka č. 22- Měl/a byste zájem se více vzdělávat v oblasti spirituálních potřeb nemocných?

Tabulka č. 22- Vzdělávání

Vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	31,63 %
Spíše ano	27	27,55 %
Spíše ne	19	19,39 %
Ne	14	14,29 %
Nevím	7	7,14 %
Celkem	98	100,00 %

Graf č. 22- Vzdělávání



Komentář:

Otázka č. 22 byla zaměřena na vzdělávání respondentů v oblasti spirituálních potřeb. Celkem 31 respondentů (31,63 %) odpovědělo, že by mělo zájem o vzdělávání v oblasti spirituálních potřeb, 27 respondentů (27,55 %) zvolilo odpověď spíše ano, 19 respondentů (19,39

%) zvolilo odpověď spíše ne, 14 respondentů (14,29 %) nemá zájem se více vzdělávat v oblasti spirituálních potřeb nemocných a 7 respondentů (7,14 %) odpovědělo, že neví, zda by měli zájem se více vzdělávat.

6 DISKUZE

V bakalářské práci jsme zjišťovali, jak se všeobecné a praktické sestry staví k tématu spirituálních potřeb nemocných. Teoretické poznatky byly čerpány z odborné literatury. Praktická část byla uskutečněna za pomoci internetového dotazníku. Celkový počet respondentů, kteří vyplnili dotazník bylo 98. Ve výzkumu převažovaly ve větší míře ženy než muži. Nejčastěji byli respondenti ve věku 21-40 let, dále pak ve věku 41–60 let, poté ve věku 61 a více let 4, pouze 2 respondenti byli ve věku do 20-ti let. Byly tedy získány odpovědi od všech věkových skupin.

Dílčí cíl č. 1- Zjistit, míru informovanosti sester o spirituálních potřebách.

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, jak jsou všeobecné a praktické sestry informovány o spirituálních potřebách nemocných. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 22.

Otázka č. 5 se ptala na to, které potřeby patří podle respondentů do spirituálních potřeb, mezi nejčastější odpověď patřila možnost potřeba důstojnosti (89krát) následovanou potřebou společnosti (86krát), dále pak potřeby naděje, odpuštění a smíření (85krát), následují potřeby být vyslyšen a pravdivosti (80krát), hned za nimi byly potřeby přijetí, samoty a vnitřního klidu (77krát), poté potřeby tvořivosti (76krát), projevit šlechtnost (60krát), touha po věčnosti (58krát) a potřeba projevit svoji autoritu (53krát). Otázka č. 6 se zabývala znalostmi v oblasti spirituálních potřeb 41 % respondentů, zhodnotilo své znalosti jako dostatečné, 34 % jako částečně dostatečné, 11 % respondentů zhodnotilo své znalosti jako výborné, 11 % respondentů zhodnotilo své znalosti jako nedostatečné, 3 % respondentů neví, jak by zhodnotilo své znalosti. Otázka č. 7 zjišťovala, zda si respondenti myslí, jestli můžou spirituální potřeby ovlivnit zdraví/nemoc pacienta, 92 % respondentů uvedlo odpověď ano nebo spíše ano, 6 % respondentů odpovědělo spíše ne nebo ne a 2 % respondentů neví, zda můžou spirituální potřeby ovlivnit zdraví/nemoc nemocného. U otázky, která se zaměřovala na to, zda si respondenti myslí, že naplňovat spirituální potřeby nemocných je důležité odpovědělo více než 92 % respondentů ano nebo spíše ano, 5 % respondentů uvedlo odpověď ne nebo spíše ne a 3 % respondentů zvolilo odpověď nevím. Při zjišťování, zda si respondenti myslí, že umí rozpoznat spirituální potřebu, odpověděla více než polovina respondentů ano nebo spíše ano (66 %), 27 % respondentů odpovědělo ne nebo spíše ne a 7 % respondentů neví, zda ji dokáže rozpoznat. Na otázku, jak hodnotí respondenti spirituální potřebu, odpovědělo

78 % pomocí osobního rozhovoru, odpověď pomocí dotazníku zvolilo 7 % respondentů, 13 % respondentů spirituální potřeby nehodnotí a 2 % respondentů zvolilo jinou odpověď. Díky otázce č. 22 jsme zjistili, že více než polovina respondentů má zájem se vzdělávat v oblasti duchovních potřeb nemocných a to celkem 59 %, 34 % respondentů uvedlo odpověď ne nebo spíše ne a 7 % respondentů uvedlo, že neví.

Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Dílčí cíl č. 2- Zjistit, jak sestry informují pacienty o duchovní službě v jejich zařízení.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, jakým způsobem jsou informováni pacienti o duchovní službě v nemocnici. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 11, 12, 13 a 14.

Při zjišťování, zda všeobecné a praktické sestry informují pacienty o možnostech využití duchovní služby, uvedla více než polovina respondentů (89 %) odpověď ano nebo spíše ano, 9 % respondentů uvedlo odpověď ne nebo spíše ne a 2 % respondentů uvedlo odpověď, že neví. U otázky, zda pacienti využívají duchovní služby, odpověděla více než polovina respondentů (53 %) ne nebo spíše ne, 39 % respondentů odpovědělo ano nebo spíše ano a 8 % respondentů odpovědělo, že neví. Na otázku, zda se cítí být respondenti spirituálně kompetentní odpověděla více než polovina (58 %) ano nebo spíše ano, 30 % respondentů zvolilo odpověď ne nebo spíše ne a odpověď nevím zvolilo 12 % respondentů. Na otázku, kdo nejčastěji poskytuje duchovní péči na pracovišti respondentů, zvolili respondenti odpověď sestra 49krát, odpověď lékař 35krát, 29krát uvedli respondenti nemocničního kaplana, 24krát zvolili respondenti odpověď pastorační asistent/ka, možnost kněz zvolili respondenti 29krát, 4krát zvolili respondenti možnost jiné a 4krát odpověděli respondenti, že neví.

Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Dílčí cíl č. 3- Zjistit do jaké míry pracoviště a sestry uspokojují spirituální potřeby pacientů.

Dílčím cílem č. 3 bylo zjistit, do jaké míry pracoviště a sestry uspokojují spirituální potřeby nemocných. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20 a 21.

Na otázku, jakou kolonku používají respondenti v ošetrovatelské dokumentaci při zjišťování spirituálních potřeb, odpověděli respondenti, že nemají v dokumentaci žádnou kolonku, a to

celkem 65 %, 16 % respondentů zvolilo odpověď mám/nemám zájem o duchovní službu a stejně tak 16 % respondentů zvolilo odpověď věřící/nevěřící a 2 % zvolili odpověď jiné. Díky otázce č. 17, která zjišťovala, zda se respondenti bojí mluvit s nemocnými o spirituálních potřebách a víře, uvedlo 50 % respondentů odpověď ano nebo spíše ano, 41 % respondentů uvedlo odpověď ne nebo spíše ne a 9 % respondentů uvedlo odpověď, že neví. Na otázku, zda mají respondenti čas řešit v pracovní době spirituální potřeby odpovědělo 80 % ano nebo spíše ano, odpovědi ne nebo spíše ne uvedlo 15 % respondentů, odpověď nevím uvedlo 5 % respondentů. Na otázku, co dělá respondentům největší problémy, při zjišťování spirituálních potřeb, byla zvolena nejčastěji odpověď nedostatečné znalosti, a to celkem 43krát, dále pak reakce pacienta 39krát, následovala odpověď získání si pacientovi důvěry 35krát, odpověď ostych a stud 18krát, odpověď nemám žádné problémy, byla zvolena 8krát a jiná odpověď byla zvolena 10krát. Při zjišťování, zda si respondenti myslí, že poskytování duchovní péče je dostatečné odpovědělo 80 % ano nebo spíše ano, 16 % uvedlo odpověď ne nebo spíše ne a 4 % respondentů uvedlo odpověď nevím. Na otázku, zda mají respondenti v jejich zařízení dostatečné vybavení k uspokojování spirituálních potřeb, odpověděla více než polovina ano nebo spíše ano (55 %), odpověď ne nebo spíše ne zvolilo 36 % respondentů a odpověď nevím, zvolilo 9 % respondentů. Díky otázce č. 21 jsme zjistili, zda respondenti znají specifika poskytování duchovní ošetrovatelské péče u pacientů s různým vyznáním, zvolilo 70 % respondentů odpověď ne nebo spíše ne, 21 % respondentů uvedlo odpověď ano nebo spíše ano a 8 % respondentů uvedlo, že neví.

Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Hlavní cíl – Zjistit, jak všeobecné a praktické sestry naplňují spirituální potřeby pacientů v nemocnici.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak všeobecné a praktické sestry naplňují spirituální potřeby pacientů v nemocnici. Pomocí stanovených dílčích cílů jsme se postupně dopracovali k výsledkům, které nám ukázaly, jak sestry naplňují spirituální potřeby nemocných. Dostačující informace nám pomohl získat dotazník, který byl pro tuto bakalářskou práci sestaven.

Hlavní cíl byl splněn.

6.1 Porovnání s jinou literaturou

Výsledky výzkumu jsem dále porovnávala s výsledky dvou podobně zpracovaných bakalářských prací, a to Magdaleny Grebíkové z Masarykovy Univerzity v Brně a Evy Hradilové z Univerzity Pardubice.

Cílem č. 1 Magdaleny Grebíkové bylo zjistit způsob informování pacientů o duchovní službě. Na otázku, jakou kolonku používají respondenti pro přiblížení spirituálních potřeb pacientů, odpovědělo více než 80 % respondentů, že nemají žádnou kolonku a pouze 5 % respondentů uvedlo, že používají nějakou kolonku v ošetrovatelské dokumentaci. V mém výzkumu uvedli respondenti také nejčastěji, že nemají žádnou kolonku a to v 65 %, ale 33 % respondentů uvedlo, že mají kolonku, což je tedy v porovnání více. Dále autorka uvádí, že na otázku, kdo zajišťuje spirituální potřeby, uvedli respondenti nejčastěji odpověď pastorační asistentka – více než 50 %, následovaná nemocničním kaplanem 35 %. V této otázce se naše odpovědi výrazně liší, v mém výzkumu uvedli respondenti nejčastěji možnost sestry a to ve 28 %, tato možnost byla u autorky zvolena pouze ve 4 %, možnost nemocniční kaplan byla v mém výzkumu zvolena v 17 % a pastorační asistentka ve 14 %. V odpovědi na otázku, jak hodnotí respondenti spirituální potřeby pacientů, uvádí autorka, že nejvíce respondentů – 66 % hodnotí spirituální potřeby pomocí rozhovoru. Naše výsledky se v tomto tedy docela shodují v mém výzkumu uvedlo celkem 76 % respondentů, že spirituální potřeby hodnotí pomocí osobního rozhovoru. Dalším cílem autorčiny práce bylo zmapovat spirituální dimenzi všeobecný sester a jejich informovanost o problematice uspokojování spirituálních potřeb pacientů v nemocnici. V otázce, zda respondenti rozpoznají spirituální potřebu, uvedlo 65 % možnost rozhodně ano nebo spíše ano a 31 % uvedlo odpověď spíše ne nebo rozhodně ne. V téhle otázce se naše výsledky docela shodují. Dále 46 % respondentů uvádí, že konverzují o duchovních potřebách s nemocným bez ostychu a nejistoty, a více než 50 % udává, že konverzace na toto téma je pro mě nepříjemné nebo se v něm cítí nejistě. V mém výzkumu uvádí pouze 5 % respondentů, že nemá žádné problémy konverzovat na toto téma a více než 80 % problémy má. Na otázku, zda znají respondenti odlišnosti ošetrovatelské péče u lidí s různým vyznáním, odpovědělo více než 60 % respondentů, že tyto specifika znají. Tady se naše odpovědi ve výsledku opět zcela liší, v mém výzkumu uvedlo odpověď ano nebo spíše ano pouze 21 % respondentů. V autorčině výzkumu by mělo zájem o další informace pouze 43 % respondentů, v mém výzkumu by mělo o další informace více než 50 % respondentů, naše výsledky se v tomto zcela opět výrazně liší.

Na otázku v práci Evy Hradilové, zda se cítí být sestry oprávněné posuzovat spirituální potřeby, odpovědělo 45 % respondentů ano, 25 % respondentů ne a 30 % respondentů uvedlo odpověď nevím. V mém výzkumu odpověděli respondenti následovně: více než 50 % respondentů zvolilo odpověď ano nebo spíše ano, odpovědi ne nebo spíše ne zvolilo 30 % respondentů a odpověď nevím zvolilo pouze 12 % respondentů. U otázky, zda mají sestry čas, řešit duchovní potřeby pacientů odpovědělo v autorčině práci 65 % respondentů ano. V mé práci je respondentů na tuto otázku o něco více, a to celkem 80 %. Na otázku ohledně vybavení k uspokojování spirituálních potřeb odpověděli respondenti autorčiny práce v 70 %, že je jejich zařízení dostatečně vybaveno k uspokojování duchovních potřeb nemocných. V porovnání s mým výzkumem uvedla také více než polovina respondentů kladnou odpověď.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Problematika spirituálních potřeb je stále aktuálním tématem, všeobecné a praktické sestry si s tímto tématem občas neví rady a neví, jak na toto téma komunikovat s hospitalizovanými pacienty. Ze získaných výsledků výzkumu byly zjištěny nedostatky, které vedli k navržení bodů, které by mohli vést ke zlepšení této problematiky. Tyto návrhy se týkají především všeobecných a praktických sester a chodu oddělení v nemocnicích.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že zájem o vzdělávání ze strany respondentů v oblasti spirituálních potřeb nemocných by byl, tento problém by se dal vyřešit pomocí zajištění seminářů, přednášek či školení v této problematice a užší spoluprací s pastoračními asistenty či nemocničními kaplany. Dále by pacienti, popřípadě rodina či blízcí nemocného měli být informováni o možnostech využití duchovní služby ihned při příjmu, k tomuto by měla sloužit kolonka, která by měla být součástí ošetrovatelské dokumentace na každém pracovišti, mělo by se jednat nejlépe o jednotný systém záznamu, jak jsme mohli zjistit z výzkumu, kolonka v ošetrovatelské dokumentaci není v dnešní době na některých pracovištích standardem. K lepší informovanosti by mohli přispět také informační brožury či letáky, které by byly umístěny na chodbách na nástěnkách, v lepším případě na pokojích.

Zajistit by se měla také užší spolupráce zdravotnického týmu a nemocničního kaplana či pastoračního asistenta/ky nebo kněze. Podpora spirituální péče by měla být také ze strany managementu nemocnice.

Výsledky výzkumu mé bakalářské práce by mohli přispět ke zlepšení uspokojování spirituálních potřeb nemocných ze strany všeobecných a praktických sester. Osobně bylo pro mne psaní bakalářské práce přínosné, přála bych si, aby bakalářská práce byla přínosná i pro další všeobecné a praktické sestry a aby se tímto tématem více zabývaly.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na spirituální potřeby pacientů z pohledu všeobecných a praktických sester. Je rozdělena na dvě části, a to na část praktickou a část teoretickou.

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. V první kapitole se zaměřujeme na spirituální potřeby v ošetrovatelském procesu, najdeme zde definici potřeb člověka a blíže objasnění pojmů spiritualita a religiozita. Druhá kapitola se zaměřuje na diagnostiku spirituálních potřeb. Třetí a zároveň poslední kapitola je zaměřena na spirituální péči.

V rámci praktické části bakalářské práce byl uskutečněn kvantitativní výzkum, pomocí dotazníkového šetření, které nám zodpovědělo hlavní cíl práce, a to jak všeobecné a praktické sestry, naplňují spirituální potřeby nemocných v nemocnici. Byly splněny také dílčí cíle, které jsme si určili, a to zjistit, jaká je informovanost sester o spirituálních potřebách, zjistit, jakým způsobem jsou informováni pacienti o duchovní službě v nemocnici a zjistit do jaké míry pracoviště a sestry uspokojují spirituální potřeby pacientů. Všechny výsledky výzkumu jsou zpracovány a shrnuty v diskuzi, a z toho také vypracováno doporučení pro praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BLATNÝ, Marek, 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3434-7.
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- ČERMÁKOVÁ, Markéta, 2006. *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních – pomoc pro pacienta rodinu i zdravotnický personál*. In Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka II. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1424-4.
- GREBÍKOVÁ, Magdalena, 2014. *Uspokojování spirituálních potřeb v nemocnici*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Natálie Beharková.
- HRADILOVÁ, Eva, 2012. *Sestra a uspokojování spirituálních potřeb*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Linda Říhová.
- IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.
- KALVÍNSKÁ, Eva, 2010. *Praktické začleňování spirituální péče do ošetrovatelské péče ve FN v Motole*. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 6, č. 2, str. 36-37. ISSN 1801-1349.
- KALVÍNSKÁ, Eva, Aleš OPATRNÝ a Jana VÍCHOVÁ, 2009. *První zkušenosti se vzdáváním pracovníků v oblasti spirituální péče o pacienty v nemocnicích*. Sestra, roč. 19, č. 6, str. 18-20. ISSN 1210-0404.
- KALVÍNSKÁ, Eva, 2007. *Spirituální péče v nemocnici z pohledu lékaře*. Nemocniční kaplan. [online]. [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301_Kalvinska_spiritualni_pece.pdf.
- KALVÍNSKÁ, Eva, 2006. *Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích?* Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2, č.3, s. 111-112. ISSN 1801-1349.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., 1995. *Spiritualita a religiozita*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

- LITTVÁ, Vladimír, 2014. *Satisfying Spiritual Needs of Dying*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0866-9.
- MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-277-9.
- MAŠÁT, Vladimír, 2006. *Spirituální potřeby nemocného*. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2, č.3, s. 103-104. ISSN 1801-1349.
- MELLANOVÁ, Alena, 2004. *Spirituální potřeby jako terminologický a ošetrovatelský problém*. Ošetrovatelství, roč. 6, č.3-4, s.76-77. ISSN 1212-723X.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
- NANDA, International, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NEMCOVÁ, Jana, 2008. *Posudzovanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. 2. časť* Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 4, č.6, s.26-27. ISSN 1801-1349.
- NĚMCOVÁ, Jitka, 2010. *Saturace spirituálních potřeb pacientů*. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 6, č. 1, str. 26-29. ISSN 1801-1349.
- NOVOTNÁ, Helena a Miroslav KALA, 2015. *Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci*. Paliativna medicína a liečba bolesti, roč.8, č. 1, str. 23-25.
- O'BRIEN, Mary Elizabeth., 2014. *Spirituality in nursing: standing on holyground*. 5th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-4496-9467-8.
- ODROBIŇÁK, Jaromír, 2010. *Spirituální péče a psychoterapie*. Psychiatrie pro praxi, roč. 11, č. 3, str. 127-129.
- OPATRŇÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.
- OPATRŇÝ, Aleš, 2013. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta* [online]. [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: <https://www.pastorace.cz/clanky/pece-o-existencialni-a-spirituální-potreby-pacienta>.
- OPATRŇÝ, Aleš, 2002. *Vliv spirituálních hodnot na kvalitu života těžce nemocného člověka*. Onkologická péče, roč. 6, č. 4, s. 4–5. ISSN 1214-5602.

- PLEVOVÁ, Ivona, 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-8.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- SUCHOMELOVÁ, Věra, 2016. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-361-7.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4107-9.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO. ISBN 80-902049-4-5.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VÍCHOVÁ, Jana, 2010. *Dvě cesty, jeden cíl. Význam spolupráce duchovních a psychologů v péči o nemocné*. Diagnóza v ošetřovatelství, roč. 6, č.4, s.42. ISSN 1801-1349.
- VORLÍČEK, Jiří a kol., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9674-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activity Daily Living
č.	číslo
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation
např.	například
NEST	Needs at the End-of-Life Screening
NEQ	Needs Evaluation Questionnaire
PNAT	Patient Needs Assessment Tool
SCNS	Supportive Care Needs Survey
str.	strana
tzv.	takzvaně
%	procento
=	rovná se

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1- Pohlaví.....	30
Graf č. 2- Věk	31
Graf č. 3- Vzdělání.....	32
Graf č. 4- Délka praxe ve zdravotnictví.....	34
Graf č. 5- Duchovní potřeby	36
Graf č. 6- Znalosti spirituálních potřeb.....	37
Graf č. 7- Ovlivnění zdraví/nemoci pacienta.....	39
Graf č. 8- Důležitost spirituálních potřeb	41
Graf č. 9- Rozpoznání spirituálních potřeb.....	43
Graf č. 10- Hodnocení spirituálních potřeb	45
Graf č. 11- Informovanost pacientů.....	47
Graf č. 12- Využití duchovní služby.....	49
Graf č. 13- Kompetentnost.....	50
Graf č. 14- Poskytování duchovní služby	51
Graf č. 15- Ošetrovatelská dokumentace.....	53
Graf č. 16- Řešení spirituálních potřeb v pracovní době	55
Graf č. 17- Mluvení o spirituálních potřebách.....	57
Graf č. 18- Problémy při zjišťování spirituálních potřeb.....	59
Graf č. 19- Dostatečnost poskytování spirituální péče	61
Graf 20- Dostatečné vybavení	63
Graf č. 21- Specifika poskytování spirituální péče.....	65
Graf č. 22- Vzdělávání.....	67

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1- Pohlaví	30
Tabulka č. 2- Věk.....	31
Tabulka č. 3- Vzdělání.....	32
Tabulka č. 4- Délka praxe ve zdravotnictví	34
Tabulka č. 5- Duchovní potřeby	35
Tabulka č. 6- Znalosti spirituálních potřeb	37
Tabulka č. 7- Ovlivnění zdraví/nemoci pacienta	39
Tabulka č. 8- Důležitost spirituálních potřeb.....	41
Tabulka č. 9- Rozpoznání spirituálních potřeb	43
Tabulka č. 10- Hodnocení spirituálních potřeb	45
Tabulka č. 11- Informovanost pacientů	47
Tabulka č. 12- Využití duchovní služby	49
Tabulka č. 13- Kompetentnost.....	50
Tabulka č. 14- Poskytování duchovní služby	51
Tabulka č. 15- Ošetrovatelská dokumentace	53
Tabulka č. 16- Řešení duchovních potřeb v pracovní době.....	55
Tabulka č. 17- Mluvení o spirituálních potřebách.....	57
Tabulka č. 18- Problémy při zjišťování spirituálních potřeb	59
Tabulka č. 19- Dostatečnost poskytování spirituální péče	61
Tabulka č. 20- Dostatečné vybavení	63
Tabulka č. 21- Specifika poskytování spirituální péče	65
Tabulka č. 22- Vzdělávání	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

Příloha P II Maslowova hierarchie potřeb

Příloha P III Pražský dotazník spirituality

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazníkové šetření

Dobrý den,

Jmenuji se Lucie Urbančíková a jsem studentkou posledního ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o vyplnění krátkého dotazníku, který je zaměřen na poskytování spirituálních potřeb nemocných všeobecnými a praktickými sestrami. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Dotazník bude sloužit jako podklad k mé bakalářské práci.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Pokud není u otázky uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2) Kolik je Vám let?

- a) do 20-ti let
- b) 21–40 let
- c) 41–60 let
- d) 61 a více let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské – praktická sestra
- b) středoškolské – všeobecná sestra
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské bakalářské
- e) vysokoškolské magisterské
- f) jiné, uveďte prosím:

4) Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) do 5- ti let
- b) 6–10 let

- c) 11–20 let
- d) 21–30 let
- e) 31 a více let

5) Které potřeby patří podle Vás do duchovních potřeb? (možnost více odpovědí)

- a) Potřeba přijetí
- b) Potřeba důstojnosti
- c) Potřeba naděje
- d) Potřeba společnosti
- e) Potřeba samoty
- f) Potřeba být vyslyšen
- g) Potřeba pravdivosti
- h) Potřeba tvořivosti
- i) Potřeba vnitřního klidu
- j) Potřeba odpuštění
- k) Potřeba smíření
- l) Touha po věčnosti
- m) Potřeba projevit šlechtnost
- n) Potřeba projevit svoji autoritu

6) Jak byste zhodnotil/a své znalosti v oblasti spirituálních potřeb?

- a) výborné
- b) dostatečné
- c) částečně dostatečné
- d) nedostatečné
- e) nevím

7) Myslíte si, že spirituální potřeby mohou ovlivnit zdraví/nemoc pacienta?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

8) Myslíte si, že je důležité zjišťovat u pacientů jejich spirituální potřeby?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

9) Myslíte si, že dokážete rozpoznat spirituální potřebu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

10) Jak hodnotíte u pacienta spirituální potřebu?

- a) pomocí osobního rozhovoru

- b) pomocí dotazníku
- c) nehodnotím
- d) jiné, prosím uveďte:

11) Informujete pacienty o možnostech využití duchovní služby v nemocnici? (nemocniční kaplan, bohoslužby)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

12) Využívají pacienti na Vašem pracovišti často duchovní služby?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

13) Cítíte se být spirituálně kompetentní?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

14) Kdo nejčastěji poskytuje duchovní službu na Vašem pracovišti? (možnost více odpovědí)

- a) sestra
- b) lékař
- c) nemocniční kaplan
- d) pastorační asistent/ka
- e) kněz
- f) nevím
- g) jiné, prosím uveďte:

15) Pro zjištění spirituálních potřeb pacientů v ošetrovatelské dokumentaci na Vašem pracovišti používáte kolonku typu:

- a) věřící/nevěřící
- b) mám/ nemám zájem o duchovní službu
- c) nemáme žádnou kolonku
- d) jiné, prosím uveďte:

16) Máte čas v pracovní době řešit duchovní potřeby pacientů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

17) Bojíte se mluvit s pacienty o duchovních potřebách a víře?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

**18) Co Vám dělá největší problémy při zjišťování spirituálních potřeb pacientů?
(možnost více odpovědí)**

- a) ostych, stud
- b) nedostatečné znalosti
- c) reakce pacienta
- d) získání si pacientovi důvěry
- e) nemám žádné problémy
- f) jiné, prosím uveďte:

19) Myslíte si, že poskytování duchovní péče na Vašem pracovišti je dostatečné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

**20) Je ve Vašem zařízení dostatečné vybavení k uspokojování spirituálních potřeb?
(klidná místnost, knihy, svíčky)**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

21) Znáte specifika poskytování duchovní ošetrovatelské péče u pacientů s různým náboženským vyznáním?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

e) nevím

22) Měl/a byste zájem se více vzdělávat v oblasti spirituální potřeb nemocných?

a) ano

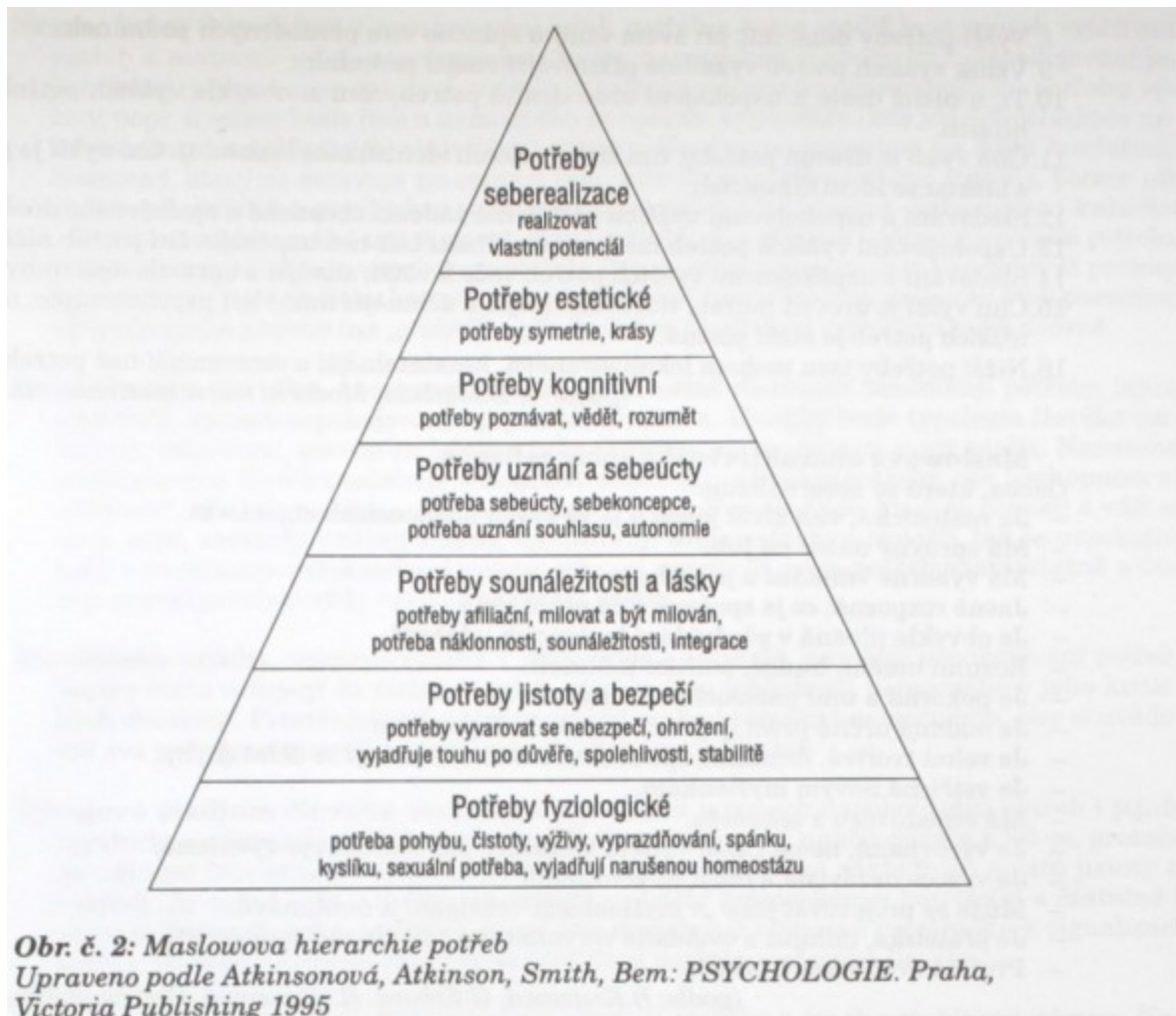
b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

e) nevím

PŘÍLOHA P II: MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB



(Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, str. 10)

PŘÍLOHA P III: PRAŽSKÝ DOTAZNÍK SPIRITUALITY

1. Silně cítím, že naše Země patří zvířatům stejně jako lidem.
2. Pocítil jsem někdy, že jsem jakoby očištěn od něčeho, co mě vnitřně pošpinilo.
3. Vědomí sounáležitosti s druhými lidmi mi pomáhá překonávat životní nepříjemnosti.
4. Měl/a jsem někdy pocit, že se mi otvírá tajemství vesmíru a existence.
5. Někdy celé mé nitro naplní touha změnit svůj život a "začít znovu".
6. Cítil/a jsem někdy, že jsem v kontaktu s poslední či nejvyšší skutečností.
7. Mívám chuť obejmout strom jako svého bratra nebo sestru.
8. Prožil jsem odpuštění, které jako by zázračně změnilo něčí život nebo lidské vztahy.
9. Když jsem s lidmi, prožiju někdy s překvapivou intenzitou, že jsem jedním/jednou z nich.
10. Stalo se mi, že pro mě čas, prostor a vzdálenost ztratily jakýkoli smysl.
11. Někdy se děším toho, jak strašně bych mohl/a zkazit svůj život.
12. Smrt je návrat někam „domů“.
13. Odpovědnost za přírodu je naším nejvyšším posvátným závazkem.
14. Někdy mě zaplaví soucit se všemi bytostmi, jež trpí.
15. Často toužím plně se otevřít tomu, co přijde.
16. Měl/a jsem někdy pocit, že se mé Já noří do nějaké větší skutečnosti, než jsem sám.
17. Existuje dost věcí, které bych nikdy neudělal/a, protože cítím, že by to zničilo moji lidskou podstatu.
18. Měl/a jsem někdy pocit, že jsem naplněn/a něčím lepším nebo vyšším, než jsem já sám/sama.
19. Někdy hluboce prožívám, že Země je mou matkou.
20. Někdy cítím, že podstatou mého života je předat dál to, co jsem získal díky druhým.
21. Často prožívám chvíle tiché radosti, která mě naplňuje tak, že se mi chce jásat, zpívat nebo plakat.
22. Prožil/a jsem někdy úplné sjednocení se Zemí a veškerým životem
23. Mívám chvíle, kdy se mi hnusí zlo ve mně i mimo mě.
24. Silně cítím, že existuje nejvyšší Pravda, i když ji nemůžeme plně poznat.
25. I neživé přírodě náleží nejvyšší respekt a úcta.
26. Někdy toužím věnovat celý svůj život boji dobra proti zlu.
27. Rozmanitost lidí, kteří dohromady i přes všechny rozdíly tvoří jednotu a dokonalost, mi

připadá úžasná.

28. Měl/a jsem zkušenost, jako bych nahlédl/a do hlubiny toho, co je.

29. Setkal/a jsem se s takovou obětavou statečností, že jsem se zastyděl/a za vlastní zbabělost.

30. Smrt je pro mě bránou k nejvyššímu tajemství.

31. Někdy mám pocit, že i po kamenech v lese mám našlapovat opatrně, protože možná mají duši.

32. Jsou chvíle, kdy celou svou bytostí toužím po tom, aby všechny bytosti byly šťastné.

33. Ve společnosti lidí, s nimiž mě něco důležitého spojuje a s nimiž si rozumím, cítím hluboké souznění duší.

34. Prožil/a jsem setkání s takovou mocí a vznešeností, že jsem se toho až zděsil/a.

35. Pocítil/a jsem někdy z druhého člověka takovou čistotu, že jsem se sám cítil/a špinavý/á.

36. Pocítil/a jsem někdy, že jsem zahrnut/a v lásce, která objímá veškeré tvorstvo.

Jednotlivé škály jsou tvořeny položkami takto:

EKO-SPIRITUALITA = 1 + 7 + 13 + 19 + 25 + 31

ETICKÝ ENTUZIASMUS = 2 + 8 + 14 + 20 + 26 + 32

POSPOLITOST = 3 + 9 + 15 + 21 + 27 + 33

MYSTIKA = 4 + 10 + 16 + 22 + 28 + 34

SVĚDOMITÁ STAROSTLIVOST = 5 + 11 + 17 + 23 + 29 + 35

TR. MONOTEISMUS = 6 + 12 + 18 + 24 + 30 + 36

(Blatný, 2010, str. 237-238)