

# **Spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči**

Pavλίna Urbanová

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavλίna Urbanová**

Osobní číslo: **H11753**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury v oblasti dané problematiky.**

**Vymezení pojmů vztahujících se k hospicové péči.**

**Příprava metodiky průzkumné části ke zjištění důležitosti spirituálních potřeb nemocných v paliativní hospicové péči.**

**Realizace kvantitativního průzkumu v hospicích pomocí dotazníkového šetření.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**HANZLÍKOVÁ, Alžbeta et al. Komunitní ošetřovatelství. Martin: Osveta, 2006. ISBN 978-808-0632-571.**

**KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. Ošetřovatelství v komunitní péči. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-807-3187-262.**

**O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.**

**SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-807-1955-801.**

**SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4741-079.**

**TRACHTOVÁ, Eva et al. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 978-807-0133-248.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**15. ledna 2014**

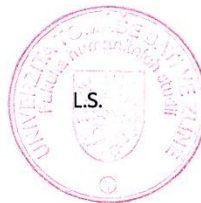
Termín odevzdání bakalářské práce:

**23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 20.2.14.....

Milanová.....

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 nevydělečně 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 vzdělávacímu 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). *Odptřá-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 jim 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

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

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

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

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

## **ABSTRACT**

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

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

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

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

Keywords: hospice care, palliative care, death and dying, spirituality

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, Csc. za odborné vedení, trpělivost a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

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

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

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

Motto:

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

Euripidés

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 POTŘEBY NEMOCNÝCH</b> .....	<b>11</b>
1.1 VÝZNAM POJMU POTŘEBA .....	11
1.1.1 Potřeby biologické .....	11
1.1.2 Potřeby psychické .....	11
1.1.3 Potřeby sociální .....	12
1.1.4 Potřeby spirituální .....	12
1.2 HIERARCHIE POTŘEB DLE ABRAHAMA MASLOWA .....	13
<b>2 HOSPICOVÁ PÉČE</b> .....	<b>14</b>
2.1 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	14
2.2 PALIATIVNÍ PÉČE .....	16
2.2.1 Historie paliativní péče .....	16
2.2.2 Paliativní péče v České republice .....	17
2.3 UMÍRÁNÍ A SMRT .....	18
2.3.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossovové .....	19
<b>3 SPIRITUALITA, VÍRA A NÁBOŽENSTVÍ</b> .....	<b>21</b>
3.1 SPIRITUALITA .....	21
3.1.1 Dělení spirituální služby .....	22
3.2 VÍRA A NÁBOŽENSTVÍ .....	22
3.2.1 Křesťanství .....	23
3.2.2 Islám .....	24
3.2.3 Svědci Jehovovi .....	25
3.2.4 Buddhismus .....	25
3.3 DUCHOVNÍ PÉČE .....	25
3.3.1 Zdravotník v roli doprovázejícího .....	26
3.3.2 Duchovní v roli doprovázejícího .....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>30</b>
<b>4 METODIKA PRŮZKUMU</b> .....	<b>31</b>
4.1 TECHNIKA VÝZKUMU – DOTAZNÍK .....	31
4.2 CÍLE VÝZKUMU .....	31
4.3 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	31
4.4 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ .....	31
4.4.1 Charakteristika dotazníkových položek .....	32
4.5 ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	32
4.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	32
<b>5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU</b> .....	<b>33</b>
5.1 ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	33
<b>6 DISKUZE</b> .....	<b>56</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>62</b>



<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>68</b>

## ÚVOD

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

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

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

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

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

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 POTŘEBY NEMOCNÝCH

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

### 1.1 Význam pojmu potřeba

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

#### 1.1.1 Potřeby biologické

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

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

#### 1.1.2 Potřeby psychické

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

Při komunikaci s umírajícím bychom měli dodržovat následující zásady:

- dívat se nemocnému do tváře
- podávat pravdivé informace
- volit vhodná slova, nepoužívat nesrozumitelnou odbornou terminologii

- být trpěliví
- nepřerušovat nemocného
- nedávat falešné naděje, ale zachovat tu naději, která vede nemocného k boji s nemocí
- využít neverbální komunikaci (úsměv, pohlazení)
- zapojit do rozhovoru rodinu
- naslouchat
- dát prostor na vyjádření pocitů
- být laskaví a vstřícní (Payneová et al, 2007, s. 154)

### 1.1.3 Potřeby sociální

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

### 1.1.4 Potřeby spirituální

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

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

Spirituální potřeby lze rozdělit na dva typy:

- spirituální potřeby obecně lidské – zde můžeme zařadit například potřebu milovat a být milován, potřebu víry, potřebu odpuštění a smíření

- spirituální potřeby náboženského charakteru – zde patří například potřeba modlitby, potřeba duchovního rozhovoru, potřeba náboženských rituálů nebo potřeba číst náboženskou literaturu (Opatrný, ©2013)

## 1.2 Hierarchie potřeb dle Abrahama Maslowa

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

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

Maslow uspořádal potřeby následovně:

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

## 2 HOSPICOVÁ PÉČE

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

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

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

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

### 2.1 Formy hospicové péče

#### 1. Domácí hospicová péče

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

#### 2. Ambulantní hospicová péče

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

#### 3. Stacionární hospicová péče

Cílem hospicového stacionáře je poskytnout nemocným příležitost k aktivizaci a rozvoji své momentální schopnosti. Může pro klienta znamenat třeba rehabilitaci a to hlavně psychickou (Student J. Ch., Mühlum a Student U., 2006, s. 98).

Klient je ráno přijat, odpoledne nebo večer jde domů. Dopravu mu zařizuje rodina nebo hospic. Péči zde poskytuje multidisciplinární tým na odborné úrovni, který řeší problémy jako bolest a terapie. Tento typ hospicové péče se vyskytuje spíše v zahraničí.

#### 4. Lůžková hospicová péče

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

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

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

V hospici nestačí být jen lékařem, zdravotní sestrou nebo ošetrovatelkou. Odbornost je sice důležitá, vzdělání je povinností, ale to samo o sobě nestačí. V hospici může pracovat jen ten, kdo má skutečně rád lidi. A co je ještě nezbytné? Aby byl sám vyrovnaný se svou smrtelností a věděl jak energii – sílu a lásku doplňovat.

#### Hospicová péče z časového hlediska:

1. období (pre finem) – péče o nemocného a jeho blízké od okamžiku zjištění diagnózy po nástup terminálního stavu
2. období (in finem) – péče o nemocného a jeho blízké během terminálního stavu
3. období (post finem) – péče o tělo zemřelého, doprovázení pozůstalých



Nelze chápat hospic pouze jako péči „in finem“, z čehož vyplývá, že čím dříve nemocný a jeho blízcí hospic kontaktují, tím více pro ně hospic může udělat (Svatošová, 2003, s. 102-110).

## 5. Mobilní hospicová péče

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

## 2.2 Paliativní péče

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

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

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

### 2.2.1 Historie paliativní péče

Již ve středověku začaly vznikat útulky pro těžce nemocné a zmrzačené, které byly součástí některých klášterů. Roku 1842 založila v Lyonu Jeanne Garnierová společenství žen, které se věnovaly péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1847 v Paříži otevřelo toto společenství dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s J. Garnierovou získalo slovo „hospic“ význam jako místo, kam jsou přijímáni nemocní na konci života. V roce 1878 vznikla v Dublinu kongregace Sester lásky, jejíž hlavním posláním je doprovázet umírající při umírání. Touto komunitou došlo k založení několika domů v Irsku a v Anglii. V jednom

z těchto hospiců, v Londýně, pracovala Cicely Saunders, která věnovala svůj život výzkumu a péči o pacienty v pokročilém stádiu onemocnění a je považována za průkopnici moderního hospicového hnutí. V roce 1967 zakládá Cicely Saunders hospic sv. Kryštofa v Londýně, kde je poprvé zajištěna péče multidisciplinárním týmem. Tato událost bývá považována za počátek moderního hospicového hnutí. Hospicové hnutí rozvíjelo svou činnost v několika formách. Na klasické lůžkové hospice navazovala domácí hospicová péče. Ta se rozvinula především v USA a Velké Británii. Některé hospice, kromě lůžkové a domácí péče, provozují také denní hospicové stacionáře.

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

### **2.2.2 Paliativní péče v České republice**

V České republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989. Řada našich lékařů a sester navštívilo zahraniční hospice, kde získali mnoho praktických i teoretických poznatků. Na základě těchto zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které v současnosti působí jako nestátní zdravotnické zařízení zřizované občanskými sdruženími nebo charitou. Jako první byl otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, za jehož vznikem stojí lékařka Marie Svatošová. Oddělení paliativní péče se poprvé otevřelo roku 1992 v Babicích nad Svitavou. Ve Fakultní nemocnici v Brně působí od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny. V poslední době bylo zřízeno také několik agentur zaměřujících se na domácí hospicovou péči. Velmi významnou událostí se stalo založení České společnosti paliativní medicíny jako součást České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, které bylo schváleno v roce 2008. Společnost je určena lékařům a ostatním zdravotnickým i nezdravotnickým pracovníkům se zájmem o problematiku paliativní medicíny (Vorlíček a kolektiv, 2004, s. 22; Hanzlíková a kolektiv, 2006, s. 263-265).

#### **Základní principy paliativní péče:**

- poskytovat úlevu od projevů nemoci
- neoddalovat ani neurychlovat smrt
- integrovat do péče o nemocné psychologické a duchovní aspekty

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

### 2.3 Umírání a smrt

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

Smrt nepostihuje pouze fyzickou stránku, ale i psychickou a sociální. Při fyzické smrti dochází k úplné a trvalé ztrátě vědomí. Je popisována jako stav organismu, kdy dochází k selhání základních životních funkcí. Psychickou smrt charakterizujeme naprostou psychickou rezignací, beznadějí a zoufalstvím. Smrt sociální je stav, kdy člověk sice žije, ale je sociálně izolován. Psychická a sociální smrt často předchází smrti fyzické (Misconiová, 1998, s. 16-17).

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

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

ovládali laické ošetrovatelské úkony. Nabízeli umírajícímu stravu a tekutiny. Zesláblého umírajícího přikrývali, protože správně tušili, že pociťuje zimu. Nepřekvapovala je ani změna barvy kůže. A když člověk zemřel, zatlačili mu oči, otevřeli okno, aby duše zemřelého mohla odlétnout, umyli mrtvé tělo, podvázali bradu a s úctou se u dotyčného pomodlili. Dnešní lidé tyto znalosti nemají (Haškovcová, 2007, s. 23-29).

Úzkost ze smrti je matkou všech náboženství, která se snaží zmírnit muka naší konečnosti. Smrt totiž není jen fyzický konec těla, ale konec všech našich plánů a vztahů. Smrt znamená konec všech přání, předsevzetí, cokoliv ještě prožít, ovlivnit, s kýmkoliv mluvit. Strach z bolesti? Ano, určitě ho máme, avšak lékaři nás ujišťují, že dnes je bolest zvládnutelná, zcela odstranitelná. Co je ale neodstranitelné? Úzkost. Strach, který se nedá pochopit, lokalizovat, ani se mu nedá vzdorovat. Dá se snad dočasně potlačit uklidňujícími medikamenty, po nichž ustupuje. Přinejmenším na chvíli. Úzkost ze smrti se týká nevěřících i hluboce věřících lidí. Pochybují o sobě, o tom, zda žili správně, mají-li nárok jít do nebe. Jedním ze základních úkolů víry člověka, k čemuž mu pomáhá náboženství nebo nějaká filozofická úvaha, je vypořádat se s hrozivým strachem z vlastního zániku (Šiklová, 2013, s. 86-88).

### **2.3.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové**

#### **1. Popírání a izolace**

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

#### **2. Zlost**

Po slovech: „To není možné, určitě je to jen nějaký omyl,“ následuje zlost. Zlost na život, na svět, na sebe, na své blízké nebo na Boha. Pacientův hněv se obrací na všechny strany, jeho blízcí jen s obtížemi nachází porozumění. Ať se pacient podívá kamkoli, všechno ho irituje. Začíná si uvědomovat nevyhnutelnou situaci a brání se právě pocitem zlosti, hně-

vem a mrzutostí. K nemocnému v této fázi je důležité přistupovat s empatií a trpělivostí (Kübler-Rossová, 1992, s. 35-120).

### 3. Smlouvání

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

### 4. Deprese

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

### 5. Smíření

Jestliže měl pacient dostatek času a možnost zvládnout popsaná stádia, není deprimován ani necítí zlost na svůj osud. Netruchlí nad ztrátou důležitých lidí a věcí. Ve většině případů bude unaven, zesláblý a bude upadat do spánku. Smíření, akceptace je stádium téměř ztráty vědomí. Odchází bolest a přichází čas odpočinku. Pacienti nemívají náladu na povídání, komunikace je stále více neverbální. Chvilé ticha mohou být nejsmysluplnějším gestem, které pro nemocného můžeme udělat. Naše blízkost mu dává najevo, že nezůstal sám. V tomto období potřebuje více porozumění a podpory rodina a blízcí umírajícího (Vojtíšek, Dušek a Motl, 2012, s. 206, Kübler-Rossová, 1992, s. 35-120).

### 3 SPIRITUALITA, VÍRA A NÁBOŽENSTVÍ

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

V roce 2001 se k náboženskému vyznání v České republice přihlásilo asi 3,3 milionů lidí, což znamená téměř jednu třetinu z celkového počtu obyvatel. Naopak osob bez vyznání bylo více než 6 milionů, tedy téměř tři pětiny obyvatel. Zbývající část populace na tuto otázku neodpověděla. Nejvíce osob se přihlásilo k římskokatolické církvi. K českobratrské církvi evangelické se hlásí 117 tisíc lidí a věřících československé husitské církve bylo 99 tisíc (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 206-209).

V příloze P IV: Obyvatelstvo podle náboženského vyznání k 1. 3. 2001 – uvádím graf, který mapuje náboženské vyznání obyvatel České republiky.

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

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

#### 3.1 Spiritualita

Pojem spiritualita je odvozen z latinského spiritus, což v překladu znamená duch. Ve spiritualitě jde o hledání vyšší moci. Jádrem se stávají otázky smyslu života, jeho směřování, otázky vztahu k sobě samému i abstraktní hodnoty jako je láska a nenávisť, dobro a zlo. Dá se říct, že je spiritualita životní cestou (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 204).

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

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

### 3.1.1 Dělení spirituální služby

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

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

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

## 3.2 Víra a náboženství

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

Náboženství je systém uctívání, který pomáhá lidem připravit se na smrt a posilňovat je během života. Každé náboženství má své základní rituály, praktiky a chování aplikované na každodenní život. Mnozí si podle náboženských předpisů uspokojují své spirituální potřeby (Kozierová, Erbová a Olivieriová, 1995, s. 777-782; Vorlíček a kolektiv, 2004, s. 454).

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

Zakladateli českých hospiců jsou církevní instituce nebo občanská sdružení založena křesťany. To ale neznamená, že by hospicová zařízení měla výhradně církevní ráz. Nemocní jsou přijímáni bez ohledu na vyznání. Někde se o umírající starají řádové sestry, bývají zde modlitebny a bohoslužby, kterých se nemocní mohou a nemusí zúčastňovat. Většinou se střídají evangelické a katolické mše nebo jsou slouženy ekumenické bohoslužby. Pastorace je nabídnuta každému, odmítnutí je však respektováno (Haškovcová, 2007, s. 62-63).

Jelikož existuje mnoho druhů náboženství, svou pozornost věnuji pouze některým nejznámějším směrům.

### 3.2.1 Křesťanství

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

1. Křest – Octne-li se člověk v nebezpečí smrti, často smýšlí o křtu. Rozhodnutí ke křtu musí být zcela dobrovolné. Není-li v dosahu kněz, biskup nebo jáhen, může křtít kdokoliv, kdo od křtěného přijme jeho vyznání víry.
2. Biřmování – V případě nebezpečí smrti může udělit tuto svátost nejen biskup, ale i kněz.
3. Eucharistie – Svátost eucharistie vyžadují nemocní nejčastěji. Eucharistii nemusí donášet jen kněz. Je určena všem, kdo jsou pokřtěni a setrvávají v katolické církvi. Člověk má před přijímáním dodržet půst, což je za normálních okolností hodinu před přijímáním svátosti, u nemocných čtvrt hodiny. Voda a léky půst neporušují. V případě, kdy nemocný nemůže přijmout ani úlomek hostie, je možné podat víno.



4. Smíření – Přijetí svátosti smíření je nejvýraznější pomoc, která se může nemocnému dostat. Je důležité, aby byla nemocnému nabízena jako pomoc, nikoli jako povinnost.
5. Svátost nemocných – Udělovatelem je kněz nebo biskup. Svátost pomazání nemocných má nemocný přijmout, když vážně onemocní. Lze ji přijmout i vícekrát během života. Je důležité, aby se chápala jako pomoc v nemoci, ne jako příprava na smrt.
6. Kněžství – Svátost přijímají muži, kteří byli pověřeni sloužit mši svatou a udělovat svátosti.
7. Manželství – Přijetí této svátosti v nemocnici či hospici není časté. K uzavření manželství je třeba kněz a dva svědci, kteří nemusí být pokřtěni, musí být však plnoletí. S povolením biskupa může dojít k uzavření manželství mimo kostel (Svatošová, 2012, s. 80).

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

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

### 3.2.2 Islám

V poslední době u nás stále přibývá pacientů vyznávající islám. Islámská víra chápe nemoc jako zkoušku, která vyžaduje trpělivost v očekávání odměny na věčnosti. Islámský názor říká, že zdraví a nemoc, život a smrt jsou vůle boží. Také muslimům přikazuje, aby své nemocné léčili a provedli vše k prevenci nemoci. Věřící muslim se modlí pětkrát denně. Nemocní však tvoří skupinu, která je zproštěna povinnosti se modlit. Mnozí ale chtějí modlitby vykonávat i ve zdravotnickém prostředí. V takovém případě je důležité soukromí pro modlitbu. Je možné, že muslimský pacient projeví touhu se po hygienické péči umýt ještě jednou, ale rituálně. Muslim je považován za znečištěného, pokud krvácí, má v těle

zánět, byl v bezvědomí, měl pohlavní styk nebo je po gynekologickém vyšetření. Velkou roli zde hraje rodina, která se snaží o nemocného sama pečovat a být mu neustále nablízku. Komunikace s muslimským pacientem je složitější. Pokud s nimi lékař nemluví, nabývají dojmu, že jsou smrtelně nemocní. V islámské kultuře je zakázáno hovořit o rodinných a intimních problémech, vyprazdňování, těhotenství – zejména s mužem, počtu dětí nebo rodinném stavu. Proto by měli zdravotníci počítat s odmítavými reakcemi pacienta. Místo pozdravu často kladou ruku na srdce a odmítají podat lékaři nebo sestře ruku. Muslimské náboženství dovoluje lékařům použít všechny prostředky k záchraně života či jeho prodloužení. Umírá-li nemocný, rodinní příslušníci se o něj velmi intenzivně starají a předčítají mu z Koránu. Je-li to možné, měl by umírající muslimský pacient sedět nebo ležet tváří k Mekce. Pokud chybí kontakt s rodinou, měli by se zdravotníci vyvarovat kremaci. Pitva je povolena jen za cílem zjištění přesné příčiny smrti (Kropáček et al., 2010, s. 58-60; Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 217).

### 3.2.3 Svědci Jehovovi

Příslušníci této sekce nekonzumují červené maso, nepodporují kouření ani alkohol. Svědci Jehovovi odmítají krevní transfuze, krevní deriváty při léčbě a transplantace orgánů. Pitvu připouští jen ve chvíli, kdy to přikazuje zákon. Nesouhlasí však s plánovaným potratem. Pomáhají spíše sobě navzájem než druhým lidem (Kozierová, Erbová a Olivieriová, 1995, s. 777-782).

### 3.2.4 Buddhismus

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

## 3.3 Duchovní péče

Duchovní neboli spirituální péči rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnostech, přistupujeme k němu s úctou, věnujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, pomáháme mu důstojně zvládnout jeho životní situaci včetně smrti na úrovni jeho víry s perspektivou jejího možného rozvoje (Svatošová, 2012, s. 85-89).

Duchovní péče se týká na jedné straně lidí zdravých, na druhé straně lidí nemocných. Tam, kde se péče věnuje lidem nemocným, se ještě dále dělí na spirituální péči o tělesně či psy-

chicky nemocné, lehce a vážně nemocné a duchovní péči o umírající. V případě lehce a těžce nemocných jde o posilování pacientů v jejich boji s nemocí, bolestmi a o posilování jejich snahy zvládnout obtíže spojené s nemocí. V případě duchovní péče o umírající, se jedná o pomoc umírajícím přijmout nevyhnutelnou skutečnost a vyrovnat se s ní – nejen ji akceptovat, ale smířit se s tím, co přichází. Dříve se zdravotníci spirituálními potřebami nemocných vesměs nezabývali, je známo, že Hippokrates radil svým žákům odejít z pacientova domu, nemohou-li zabránit smrti. Také dnes se můžeme setkat s tím, že někteří zdravotničtí pracovníci považují smrt svého pacienta za osobní prohru a kontakt s ním omezují na minimum. Až díky paliativní medicíně se chování k umírajícím začíná měnit. Postupně přibývá těch, kteří si uvědomují podstatu duchovní péče v terminální fázi nemoci a přispívají k jejímu uspokojování.

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

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

### 3.3.1 Zdravotník v roli doprovázejícího

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

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

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

tomu tak být samozřejmě vždy, záleží na vztazích a důvěře. Mnohdy dělají zdravotníci závěry o nezájmu nemocných k duchovním potřebám. Usuzují třeba jen z toho, že pacient nežádá přítomnost duchovního. Avšak často i ateista hledá smysl událostí, prosí o modlitbu. Neměly bychom jejich otázky „Kdo jsem? Proč já?“ nechat jen tak vymizet, mohou být odrazovým můstkem pro další komunikaci, při níž mohou duchovní potřeby pacienta vyplynout na povrch. Umíme zjišťovat tělesné potřeby – „Je pravidelná stolice? Máte problémy se spánkem?“ Ovšem zjistit takovým způsobem duchovní potřeby dost dobře nejde. Z dotazníku s otázkami: „Jste věřící - ano/ne“, který bývá nemocným předkládán, se mnoho nedozvíme. Měli bychom začínat u sebe a svých vlastních duchovních potřeb. Je totiž užitečné čerpat ze svých osobních zkušeností, tudíž pokud si neuvědomujeme své vlastní duchovní potřeby, nejsme schopni identifikovat ani duchovní potřeby nemocných.

Pro odebrání spirituální anamnézy se ve světě používají dotazníky FICA (Příloha P IV: Spirituální dotazník FICA) a HOPE. Autorkou dotazníku FICA je Christina Puchalski. Počáteční písmena označují oblasti, na které by se měl člověk odebírající anamnézu zaměřit. F (Faith) – víra, náboženské přesvědčení, I (Importance) – důležitost v pacientově životě, C (Community) – společenství, A (Address) – využití spirituality. Písmena v dotazníku HOPE značí: H (Hope) – smysl života, O (Organized religion) – význam náboženství, P (Personal spirituality and practices) – osobní spiritualita, E (Effect on medical care) – dopad spirituality na zdravotní péči (Hallenbeck, ©2003).

V hospici má většina nemocných potřebu pochopit situaci, v níž se ocitli a otázka „proč“ je tady na denním pořádku. Nemusíme se spiritualitou druhého souhlasit, ale musíme ji respektovat, abychom ho neomezovali v jeho vlastní svobodě. Konkrétní informace o duchovních potřebách nám může poskytnout i pacient v bezvědomí. Zde nám může napovědět křížek na krku, či Bible v nočním stolku. Někdy nám cenné informace poskytne rodina.

Co může signalizovat spirituální bolest? Může to být potřeba pozornosti, respektu a lásky, zmínky o zradě, nespravedlnosti a opuštěnosti. Spirituální bolest se může projevit rezignací, nejruznějšími somatickými problémy, beznadějí a zoufalstvím. Jindy nás upozorní pacientovi emoce, pohyby těla, strach či smutek v očích a slzy. Těmto pacientům bychom se neměli vyhýbat, ale naopak jim věnovat každou volnou chvíli. Co dělat, svěří-li se nemocný se spirituální bolestí? Umět si vážit a ocenit jeho důvěru a hlavně ho nezklamat. Nedokážu-li pomoci nemocnému sám, nevím-li co říct, vyžaduje situaci odkázat nemocného na duchovního (Svatošová, 2012, s. 39- 70).

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

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

#### **Možnosti pomoci nemocnému v oblasti spirituálních potřeb:**

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

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

Pierre Lefevre (2001, in Křivohlavý, 1995, s. 60) ve své knize Příběhy psané životem vypráví o tom, jak se pacient ptal lékaře: „*Pane doktore, co mě čeká po smrti? Jak to bude vypadat tam na druhé straně?*“ *Místo odpovědi otevřel lékař dveře na chodbu, kde na něj čekal jeho pes. Ten vběhl do pokoje a plný radosti štěkal a skákal na svého pána – lékaře. Lékař ho pohladil a obrátil se k pacientovi: „Vidíte, ten pes v této místnosti nikdy nebyl. Nevěděl, jak to tady vypadá. Věděl však jedno - že v této místnosti na něj čeká jeho pán. Nikdo nevíme, co nás po smrti čeká, stačí nám však vědomí, že nás tam čeká náš Pán.“* – i takto může vypadat pomoc ve spirituální oblasti.

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

### 3.3.2 Duchovní v roli doprovázejícího

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

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

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

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

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

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

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRŮZKUMU

Práce je zaměřena na spirituální potřeby nemocných v paliativní hospicové péči. K získání potřebných informací bylo zvoleno kvantitativní šetření, které bylo realizováno formou dotazníku. K průzkumu jsem použila vlastní dotazník, jehož plné znění uvádím v příloze (Příloha P V: Dotazník).

### 4.1 Technika výzkumu – dotazník

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

### 4.2 Cíle výzkumu

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

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

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

### 4.3 Charakteristika průzkumného šetření

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

### 4.4 Charakteristika vzorku respondentů

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



#### 4.4.1 Charakteristika dotazníkových položek

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

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

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

#### 4.5 Organizace průzkumného šetření

Dotazníky jsem v únoru 2014 rozdala v Hospici Hvězda ve Zlíně a v Hospici Citadela ve Valašském Meziříčí. Pro malou návratnost byly další dotazníky distribuovány do Hospice Dobrého pastýře v Čerčanech, Hospice sv. Jana. N. Neumanna v Prachaticích, Hospice v Mostě, Hospice sv. Lazara v Plzni, Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích a Hospice ve Frýdku - Místku. Zde byly dotazníky poslány poštou zároveň s označenou obálkou pro zpětné zaslání.

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

#### 4.6 Zpracování získaných dat

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

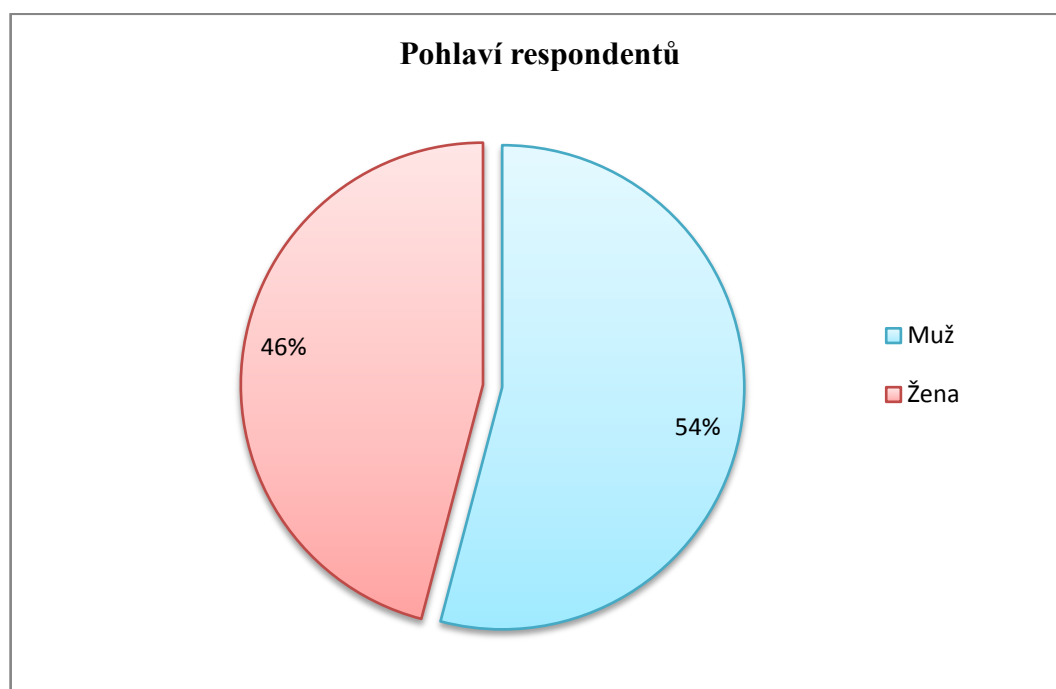
## 5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

### 5.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 1 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Muž</b>	33	54 %
<b>Žena</b>	28	46 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 1 Pohlaví respondentů

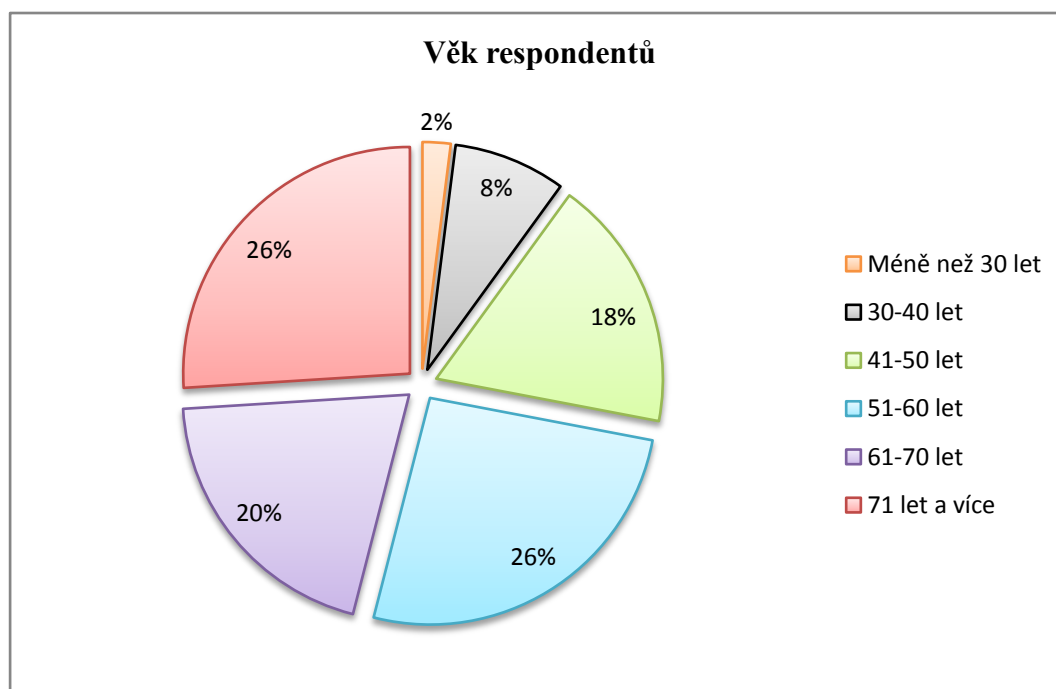
#### Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 33 mužů (54 %) a 28 žen (46 %).

## Otázka č. 2: Kolik je Vám let

Tab. 2 Věk respondentů

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



Graf 2 Věk respondentů

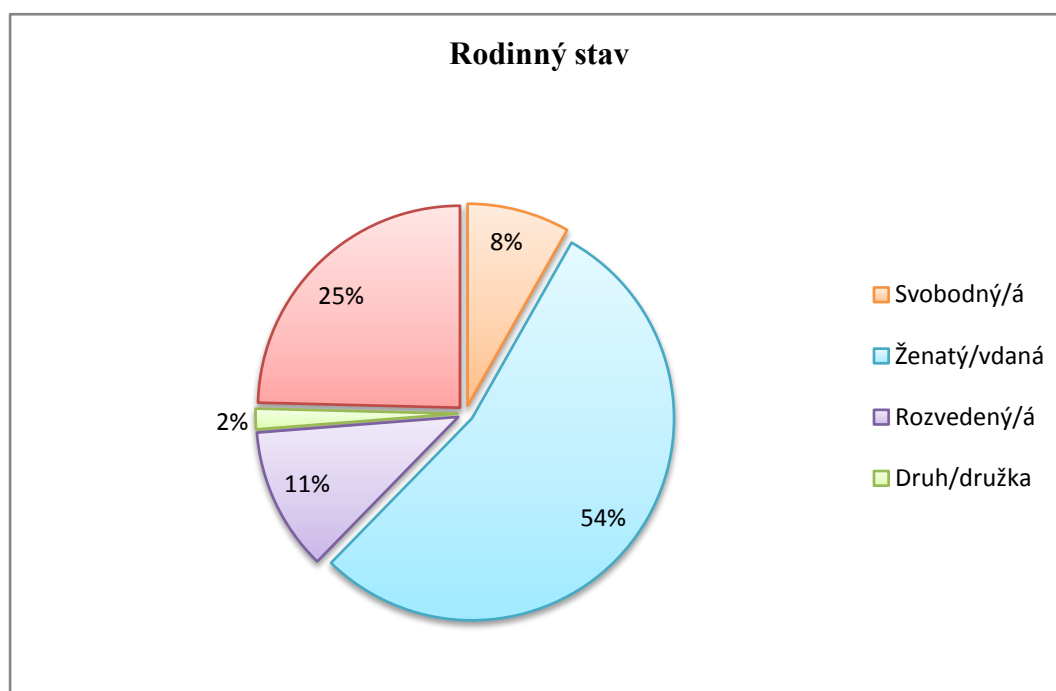
**Komentář:**

Z celkového počtu 61 dotazovaných má 1 (2 %) respondent méně než 30 let. Ve věkové kategorii 30-40 let je zastoupeno 5 (8 %) respondentů, 11 (18 %) ve věku 41-50 let, 16 (26 %) ve věku 51-60 let, 12 (20 %) dotazovaných spadá do kategorie 61-70 let a věková hranice nad 71 let je zastoupena 16 respondenty (26 %).

Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?

Tab. 3 Rodinný stav

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Svobodný/á	5	8 %
Ženatý/vdaná	33	54 %
Rozvedený/á	7	11 %
Druh/družka	1	2 %
Vdovec/vdova	15	25 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 3 Rodinný stav

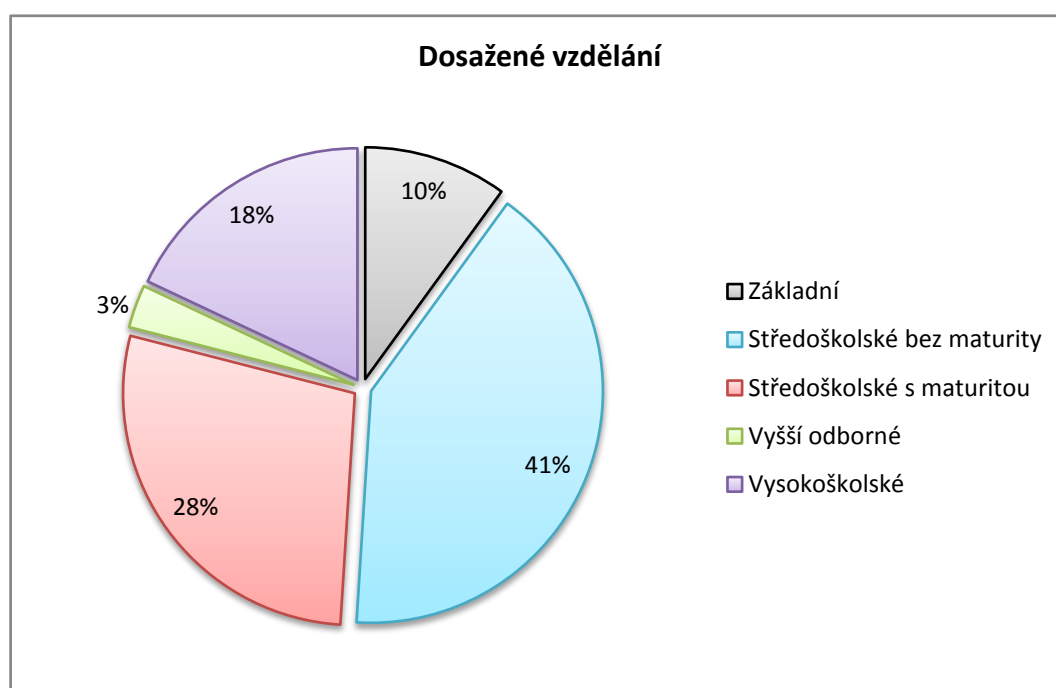
#### Komentář:

Mezi dotazovanými je 5 svobodných (8 %), 34 ženatých/vdaných (52 %), 7 rozvedených (11 %) a 15 vdovců/vdov (25 %). Možnost druh/družka neoznačil nikdo z respondentů.

Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 4 Dosažené vzdělání

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	6	10 %
Středoškolské bez maturity	25	41 %
Středoškolské s maturitou	17	28 %
Vyšší odborné	2	3 %
Vysokoškolské	11	18 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 4 Dosažené vzdělání

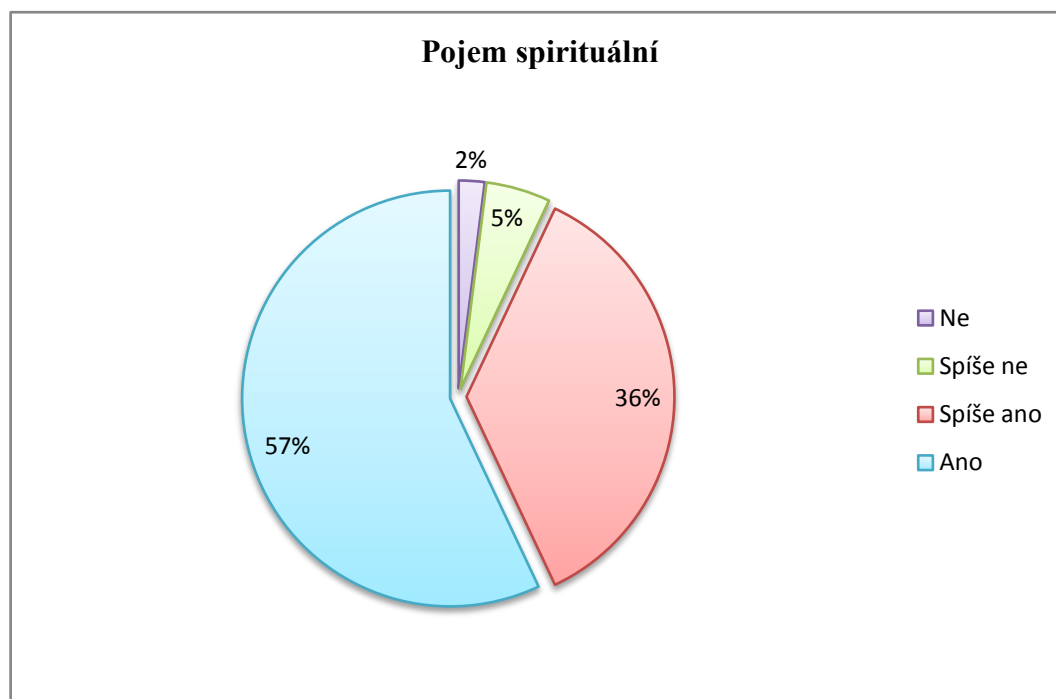
#### Komentář:

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

Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s pojmem spirituální?

Tab. 5 Pojem spirituální

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	1	2 %
Spíše ne	3	5 %
Spíše ano	22	36 %
Ano	35	57 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 5 Pojem spirituální

**Komentář:**

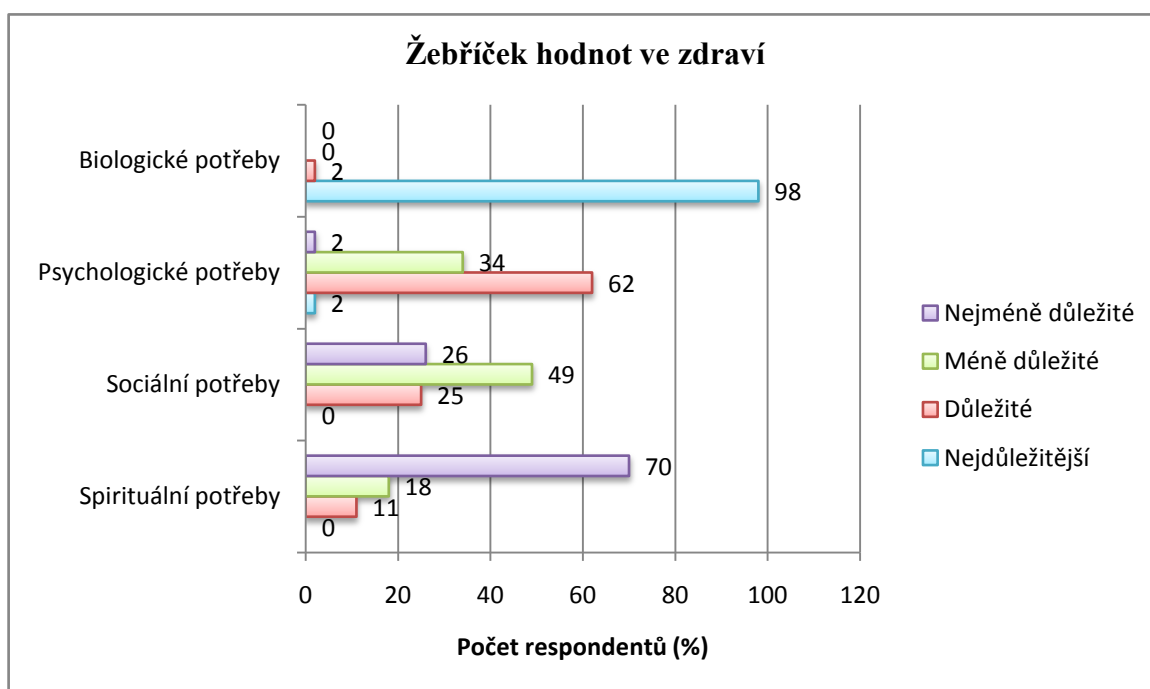
Se zápornou odpovědí jsem se setkala pouze u 1 (2 %) dotazovaného. Odpověď spíše ne jsem získala u 3 (5 %) respondentů. Odpověď spíše ano označilo 22 (36 %) respondentů a kladná odpověď se vyskytla u 35 (57 %) dotazovaných.

Otázka č. 6: **Seřad'te Vaše potřeby dle důležitosti ve zdraví:** (1 – nejdůležitější, 4 – nejméně důležité)

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

Tab. 6 Žebříček hodnot ve zdraví

	Nejdůležitější		Důležité		Méně důležité		Nejméně důležité	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Biologické potřeby</b>	60	98 %	1	2 %	0	0 %	0	0 %
<b>Psychologické potřeby</b>	1	2 %	38	62 %	21	34 %	1	2 %
<b>Sociální potřeby</b>	0	0 %	15	25 %	30	49 %	16	26 %
<b>Spirituální potřeby</b>	0	0 %	7	11 %	11	18 %	43	70 %



Graf 6 Žebříček hodnot ve zdraví

### Komentář:

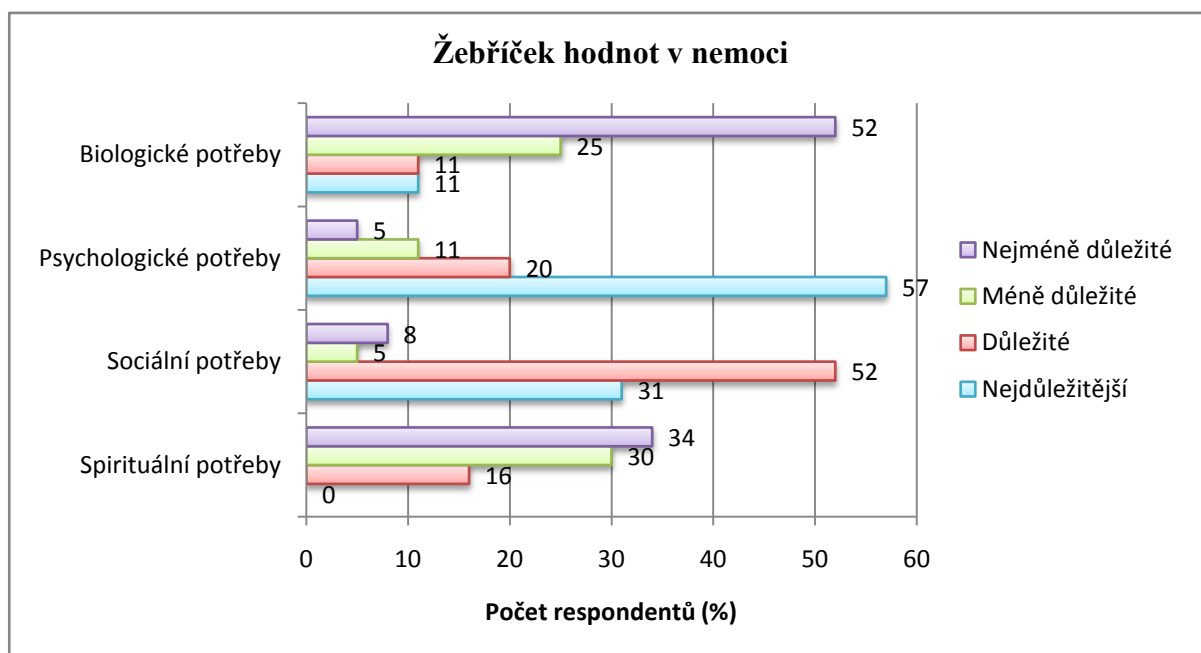
Za nejdůležitější považuje 60 (98 %) respondentů biologické potřeby, poté potřeby psychologické, sociální a nakonec potřeby spirituální. Tuto a následující otázku jsem do dotazníku zařadila proto, aby si respondenti uvědomili svůj žebříček hodnot a mimo jiné také, abychom mohli vidět postup některých dříve méně důležitých hodnot výše.

Otázka č. 7: **Seřad'te Vaše potřeby dle důležitosti v nemoci:** (1 – nejdůležitější, 4 – nejméně důležité)

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

Tab. 7 Žebříček hodnot v nemoci

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



Graf 7 Žebříček hodnot v nemoci

### Komentář:

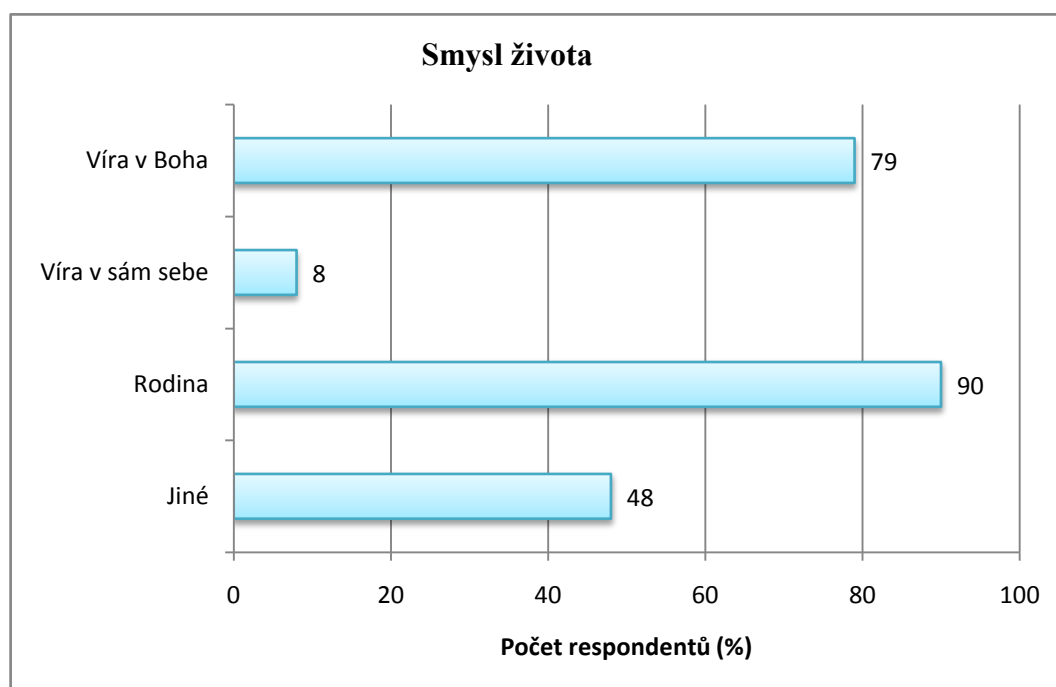
Biologické potřeby se v nemoci nejčastěji dostávají až na poslední místo. Tím se dostávají výše potřeby spirituální. Jako důležité označili respondenti nejčastěji sociální potřeby, a na prvním, nejdůležitějším místě jsou potřeby psychologické.



## Otázka č. 8: Co dává Vašemu životu smysl?

Tab. 8 Smysl života

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Víra v Boha	48	79 %
Víra v sám sebe	5	8 %
Rodina	55	90 %
Jiné	29	48 %



Graf 8 Smysl života

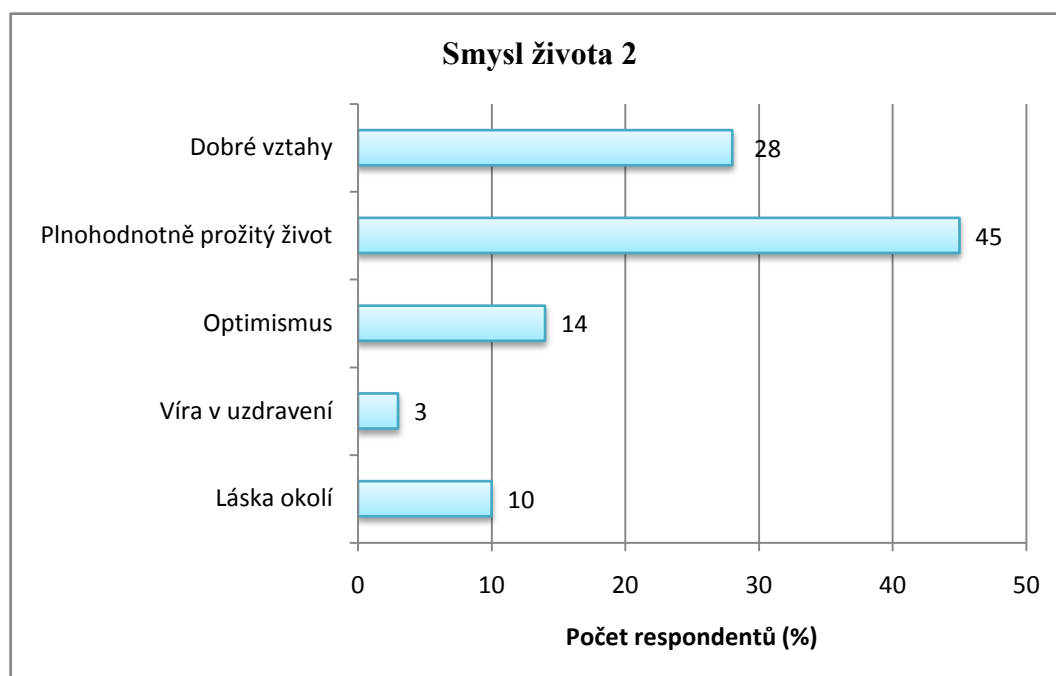
**Komentář:**

Rodinu jako smysl života označilo 55 dotazovaných (90 %) a 48 (79 %) respondentů zvolilo víru v Boha. Pouze 5 (8 %) respondentů vidí smysl života sám v sobě. K možnosti jiné se vyjádřilo 29 (48 %) dotazovaných.

Nyní uvádím tabulku a graf, který ukazuje, co respondenti uvedli jako smysl svého života.

Tab. 9 Smysl života 2

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dobré vztahy	8	28 %
Plnohodnotně prožitý život	13	45 %
Optimismus	4	14 %
Víra v uzdravení	1	3 %
Láska okolí	3	10 %
<b>CELKEM</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>



Graf 9 Smysl života 2

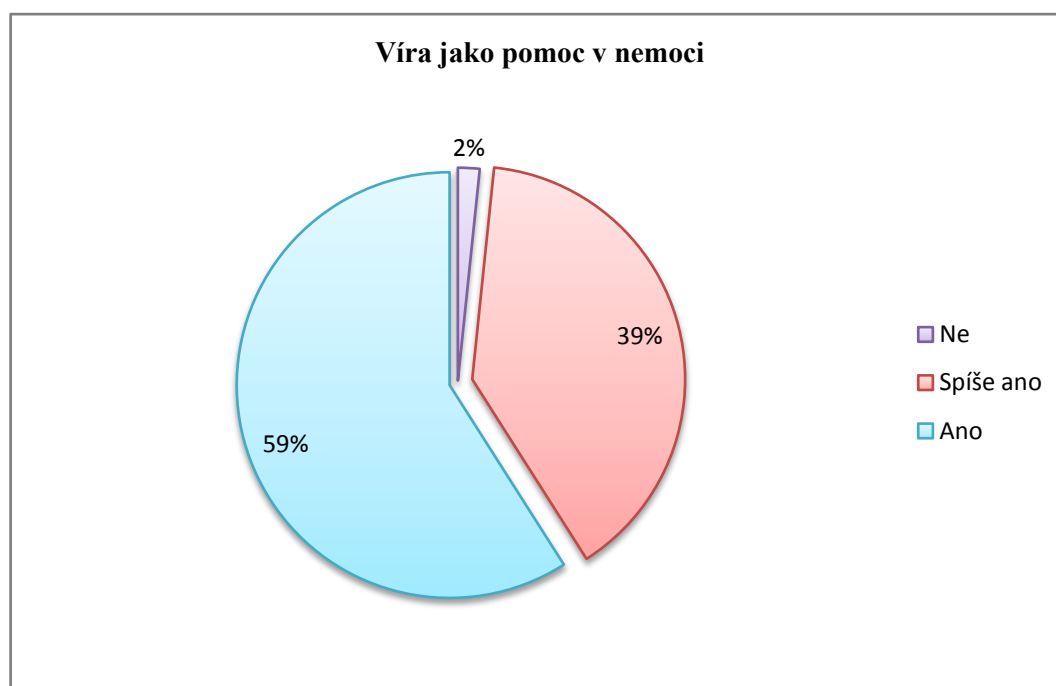
### Komentář:

Jednotlivé odpovědi respondentů, které uvedli k možnosti jiné, jsem shrnula do položek dobré vztahy, plnohodnotně prožitý život, optimismus, víra v uzdravení a láska okolí. Nejvíce z těchto možností dává dotazovaným smysl života plnohodnotně prožitý život (13, tj. 45 %). Jako druhou nejčastější položku uvedli dobré vztahy (8, tj. 23 %). 4 respondentům (14 %) dává smysl života optimismus, 3 (10 %) láska okolí a 1 (3 %) z dotazovaných uvedl víru v uzdravení.

Otázka č. 9: Myslíte si, že Vám víra (něco, v co věříte) pomáhá v boji s nemocí?

Tab. 10 Víra jako pomoc v nemoci

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	1	2 %
Spíše ne	0	0 %
Spíše ano	24	39 %
Ano	36	59 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 10 Víra jako pomoc v nemoci

#### Komentář:

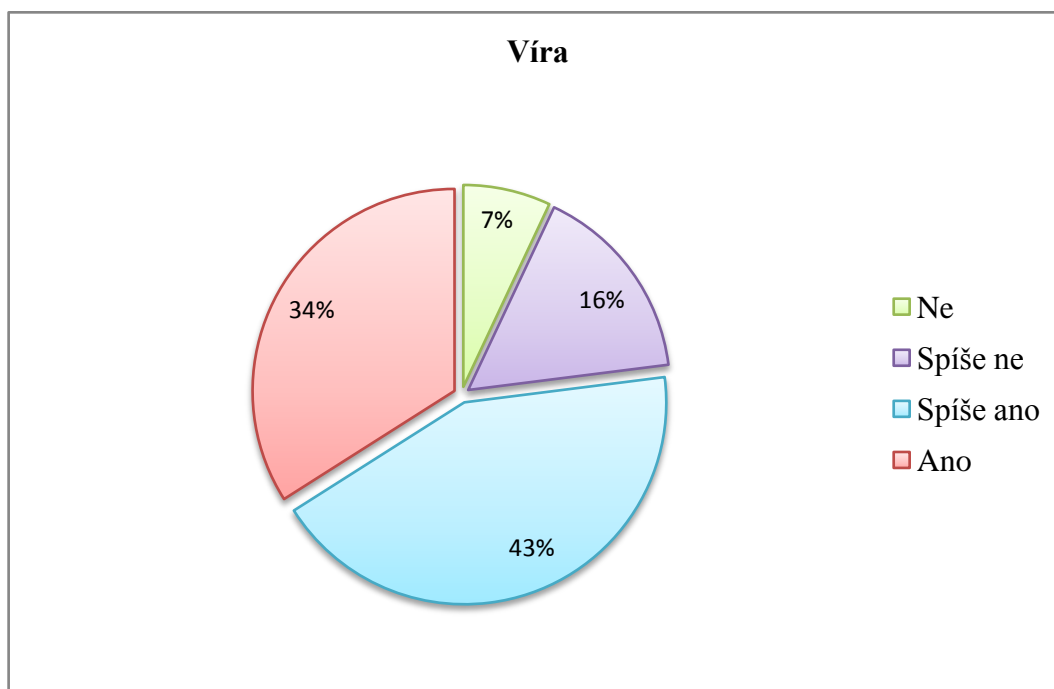
Z grafu velmi dobře vyplývá, že většině dotazovaných pomáhá jejich víra v boji s nemocí. Odpověď ano označilo 36 (59 %) respondentů a 24 (39 %) dotazovaných odpovědělo spíše ano. Pouze 1 (2 %) z dotazovaných zvolil možnost ne.

Vzhledem k tomu, že žádný z respondentů neoznačil položku spíše ne, na výše uvedeném grafu jsem ji vyřadila.

Otázka č. 10: Považujete se za zbožného člověka?

Tab. 11 Víra

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	4	7 %
Spíše ne	10	16 %
Spíše ano	26	43 %
Ano	21	34 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 11 Víra

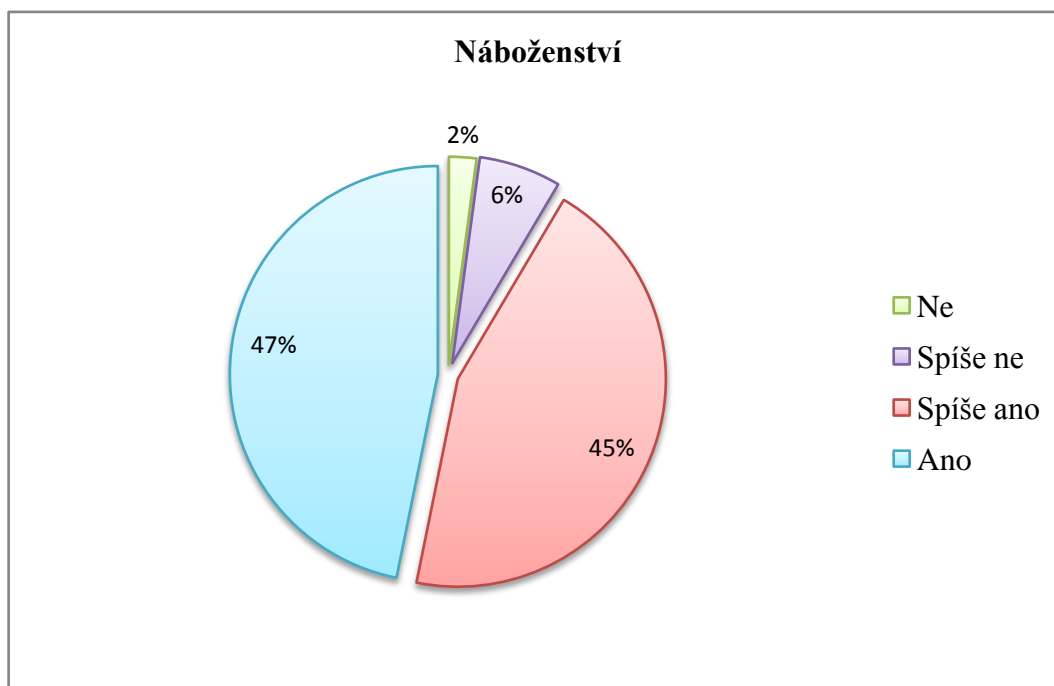
**Komentář:**

Za zbožného člověka se považuje 21 (34 %) respondentů a 26 (43 %) označilo odpověď spíše ano. Možnost spíše ne zvolilo 10 (16 %) dotazovaných a 4 (7 %) z dotazovaných se za zbožného člověka nepovažuje.

.Otázka č. 10.1: **Zajímal/a jste se o náboženství již dříve, než jste přišel/přišla do hospice?**

Tab. 12 Náboženství

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	1	2 %
Spíše ne	3	6 %
Spíše ano	21	45 %
Ano	22	47 %
<b>CELKEM</b>	<b>47</b>	<b>100 %</b>



Graf 12 Náboženství

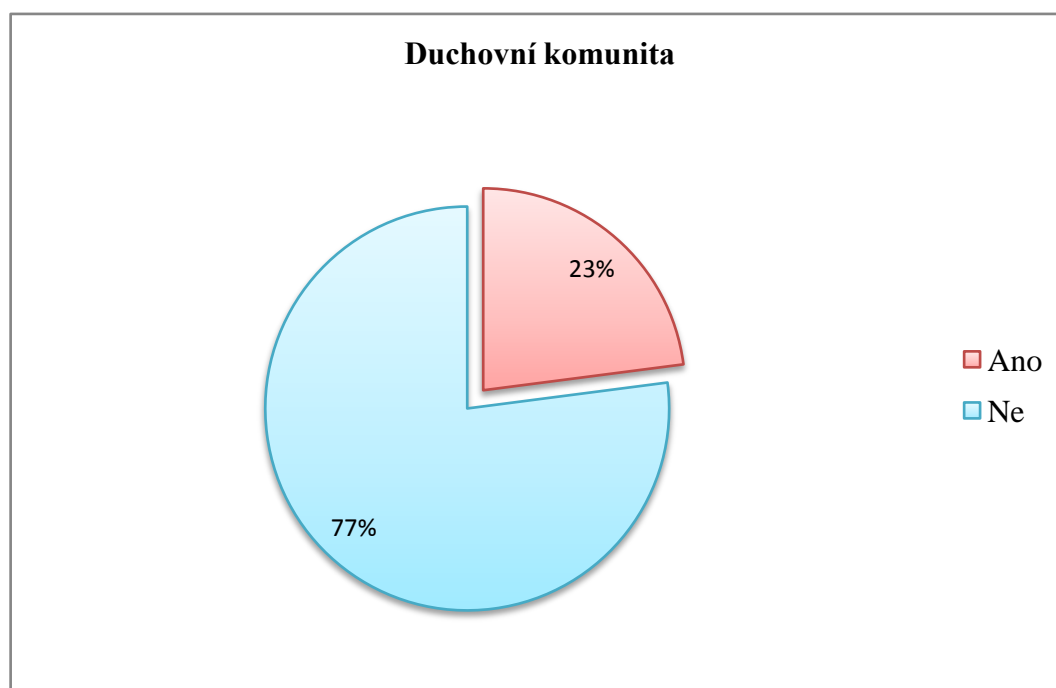
**Komentář:**

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

Otázka č. 11: **Jste součástí nějaké duchovní komunity?**

*Tab. 13 Duchovní komunita*

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	14	23 %
Ano	47	77 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



*Graf 13 Duchovní komunita*

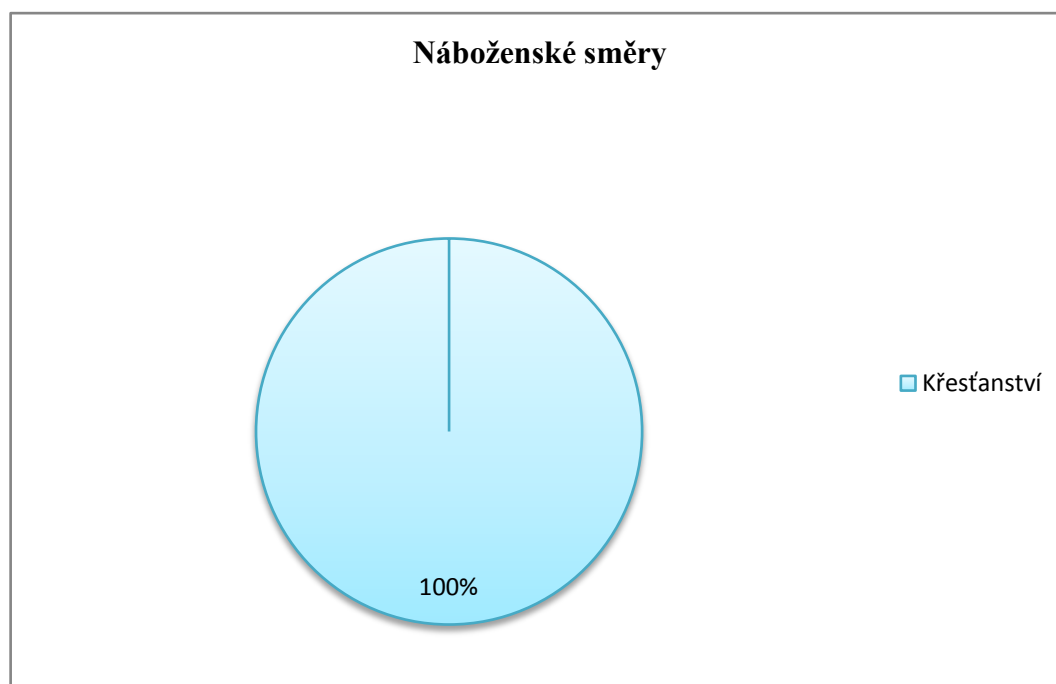
**Komentář:**

K určité duchovní komunitě, čímž je myšlena příslušnost k určité farnosti, se přiklání 47 respondentů (77 %), zbylých 14 (23 %) součástí duchovní komunity nejsou.

Následující graf znázorňuje náboženské směry, k nimž se hlásí věřící respondenti.

Tab. 14 Náboženské směry

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Křesťanství</b>	47	100 %
<b>Islám</b>	0	0 %
<b>Buddhismus</b>	0	0 %
<b>Jiné</b>	0	0 %
<b>CELKEM</b>	47	100 %



Graf 14 Náboženské směry

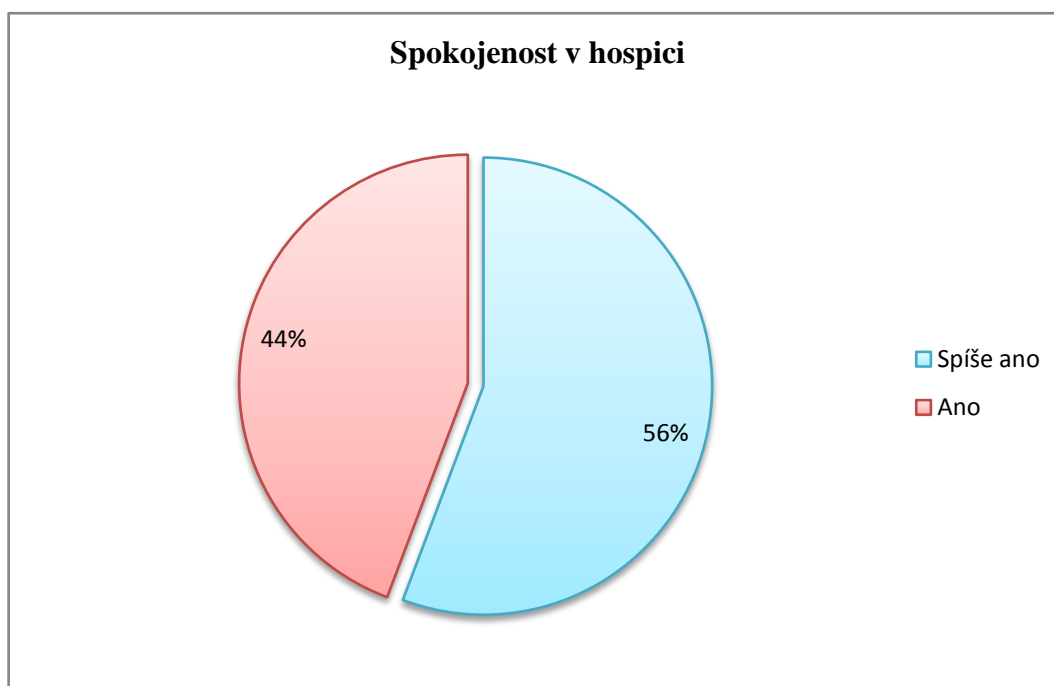
#### **Komentář:**

Z grafu jasně vyplývá, že všech 47 (100 %) respondentů hlásících se k duchovní komunitě vyznávají náboženský směr křesťanství. Zbylé možnosti tudíž nebyly na grafu znázorněny.

Otázka č. 12: Jste v hospici spokojen/a?

Tab. 15 Spokojenost v hospici

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	0	0 %
Spíše ne	0	0 %
Spíše ano	34	56 %
Ano	27	44 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 15 Spokojenost v hospici

**Komentář:**

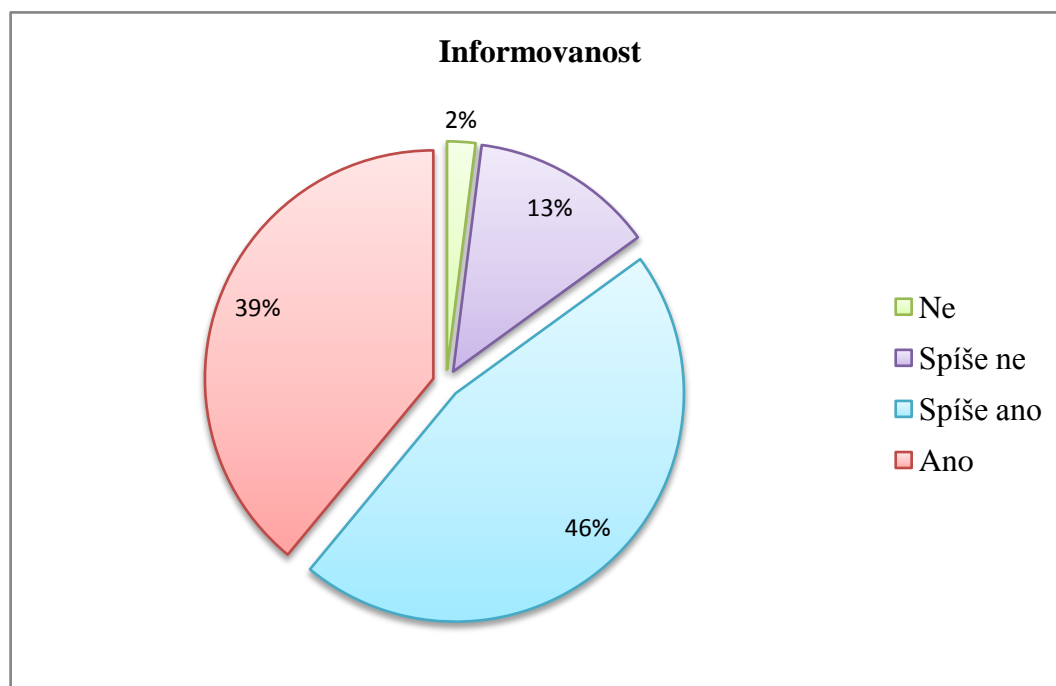
Z celkového počtu 61 dotazovaných je 34 (56 %) v hospici spíše spokojeno a 27 (44 %) spokojeno. Protože žádný z respondentů neoznačil možnost ne a spíše ne, z grafu jsou tyto položky vyřazeny.



Otázka č. 13: **Byl/a jste informován/a o duchovní péči v hospici?**

Tab. 16 Informovanost

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ne</b>	1	2 %
<b>Spíše ne</b>	8	13 %
<b>Spíše ano</b>	28	46 %
<b>Ano</b>	24	39 %
	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 16 Informovanost

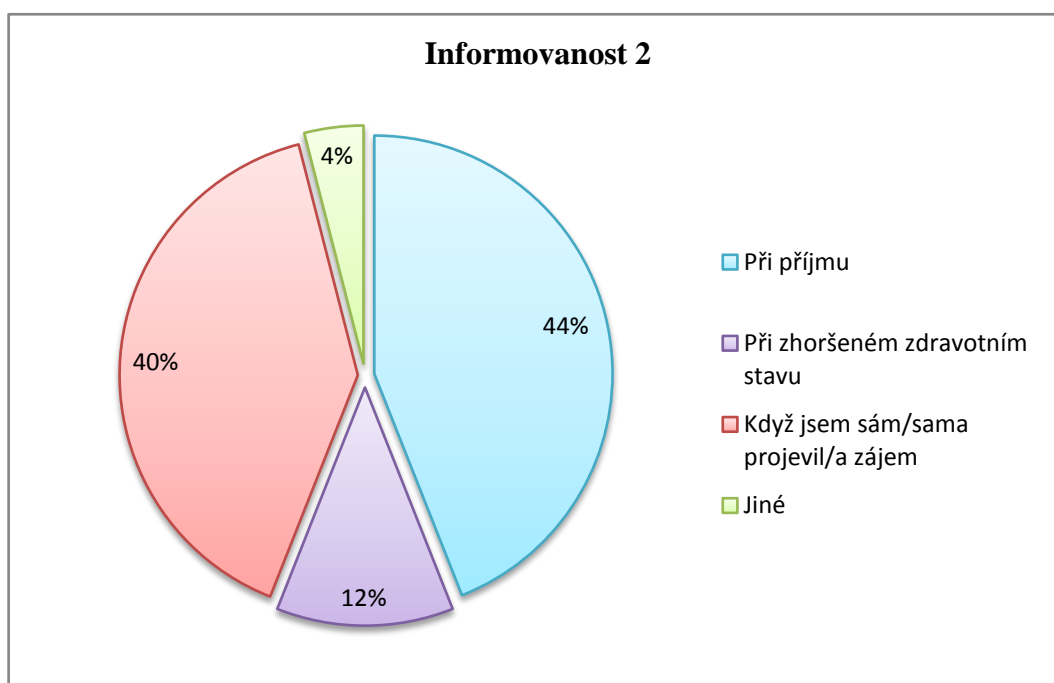
**Komentář:**

Na otázku, zda byli respondenti informováni o duchovní péči v hospici, odpověděl 1 (2 %) ne a 8 (13 %) spíše ne. Položku spíše ano označilo 28 (46 %) respondentů. Zbýlých 24 (39 %) respondentů odpovědělo ano.

Otázka č. 13.1: Kdy jste byl/a o duchovní péči v hospici informován/a?

Tab. 17 Informovanost 2

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



Graf 17 Informovanost 2

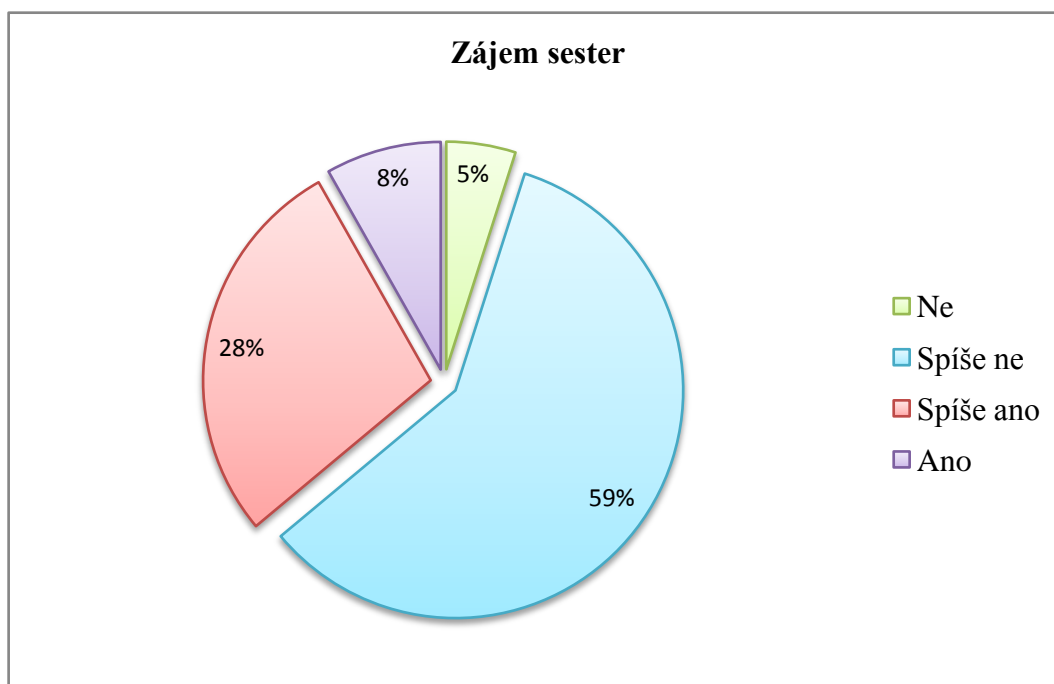
### Komentář:

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

Otázka č. 14: Zajímají se sestry o Vaše spirituální potřeby?

Tab. 18 Zájem sester

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	3	5 %
Spíše ne	36	59 %
Spíše ano	17	28 %
Ano	5	8 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 18 Zájem sester

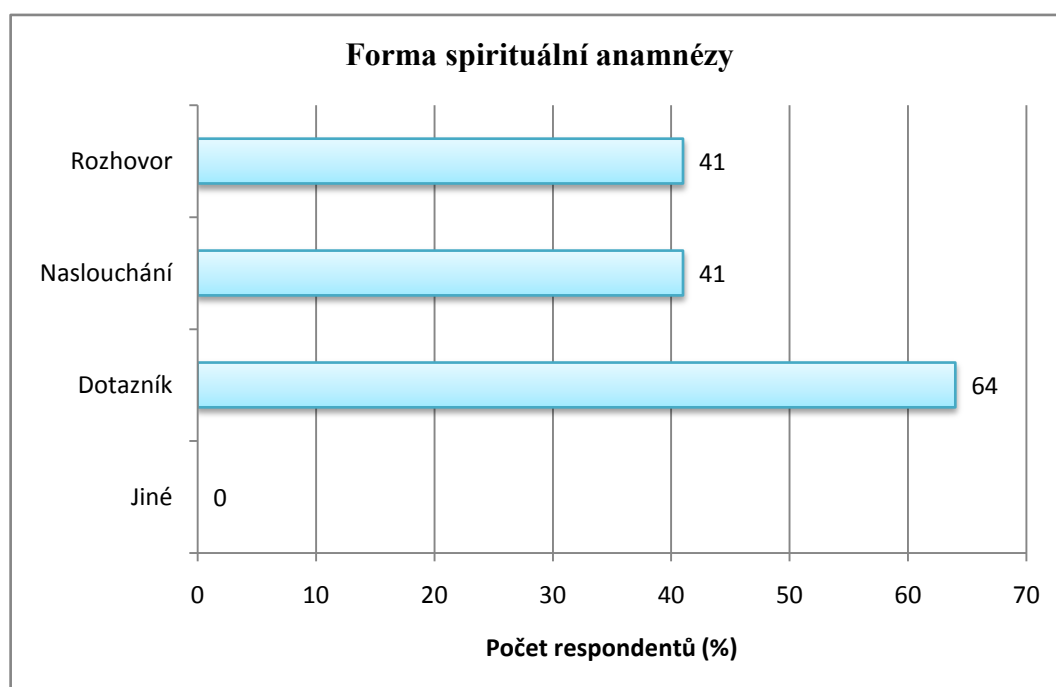
#### Komentář:

Tabulka a graf dokazují, že u 36 (59 %) dotazovaných se sestry spíše nezajímají o spirituální potřeby klientů. Jen 3 (5%) respondenti uvedli možnost ne a 17 (28 %) spíše ano. Pouze 5 (8 %) respondentů označilo položku ano.

Otázka č. 14.1: Jakou formu využívají sestry ke zjištění Vašich spirituálních potřeb?

Tab. 19 Forma spirituální anamnézy

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Rozhovor</b>	9	41 %
<b>Naslouchání</b>	9	41 %
<b>Dotazník</b>	14	64 %
<b>Jiné</b>	0	0 %



Graf 19 Forma spirituální anamnézy

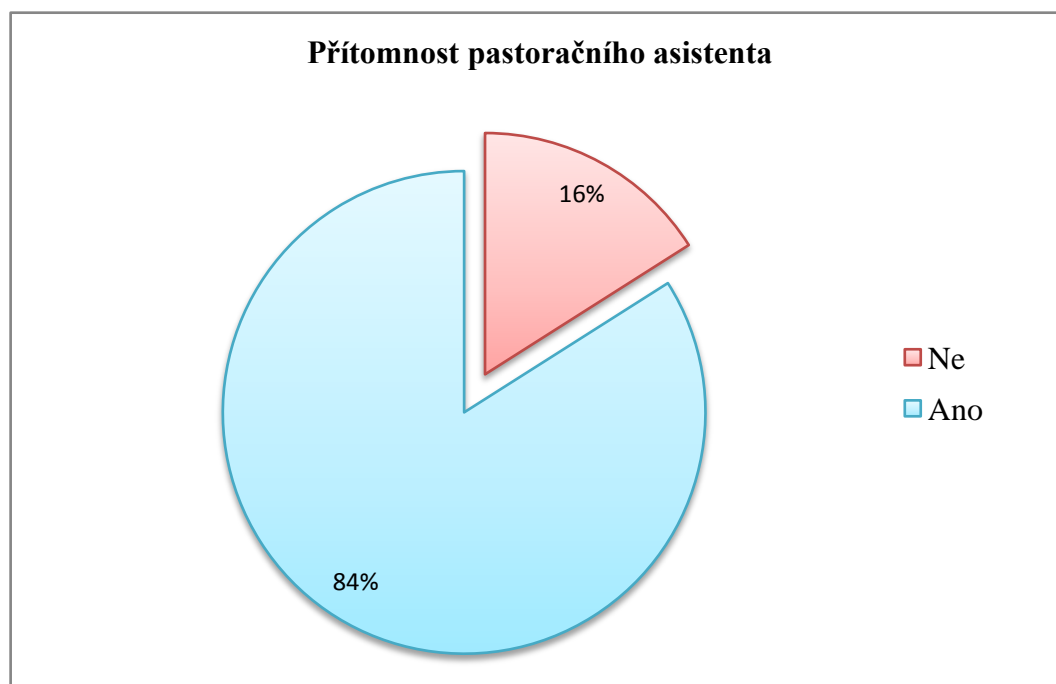
#### Komentář:

Ke zjišťování spirituálních potřeb klientů využívají sestry u 9 (41 %) z dotazovaných ke spirituální anamnéze formu rozhovoru a stejně tak i naslouchání. Formu dotazníku označilo nejvíce respondentů (14, tj. 64 %).

Otázka č. 15: Dochází za Vámi pastorační asistent/ka?

Tab. 20 Přítomnost pastoračního asistenta

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	10	16 %
Spíše ne	0	0 %
Spíše ano	0	0 %
Ano	51	84 %
<b>CELKEM</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Graf 20 Přítomnost pastoračního asistenta

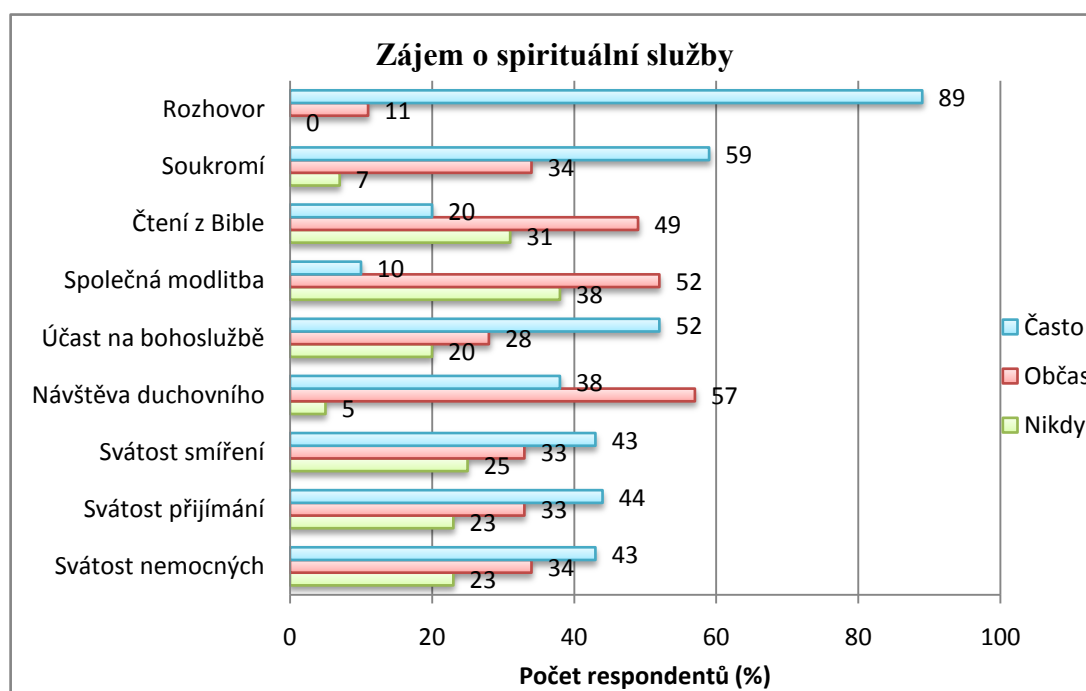
**Komentář:**

Většina dotazovaných – 51 (84 %) uvedlo, že součástí ošetrovatelského týmu jsou pastorační asistenti. S pastoračními asistenty se neseťkává pouze 10 (16 %) dotazovaných. Protože možnost spíše ne a spíše ano nikdo nezvolil, byly vyřazeny i z grafického znázornění.

Otázka č. 16: Máte zájem o:

Tab. 21 Zájem o spirituální služby

	Nikdy		Občas		Často	
	n	%	n	%	n	%
<b>Rozhovor</b>	0	0 %	7	11 %	54	89 %
<b>Soukromí</b>	4	7 %	21	34 %	36	59 %
<b>Čtení z Bible</b>	19	31 %	30	49 %	12	20 %
<b>Společná modlitba</b>	23	38 %	32	52 %	6	10 %
<b>Účast na bohoslužbě</b>	12	20 %	17	28 %	32	52 %
<b>Návštěva duchovního</b>	3	5 %	35	57 %	23	38 %
<b>Svátost smíření</b>	15	25 %	20	33 %	26	43 %
<b>Svátost přijímání</b>	14	23 %	20	33 %	27	44 %
<b>Svátost nemocných</b>	14	23 %	21	34 %	26	43 %



Graf 21 Zájem o spirituální služby

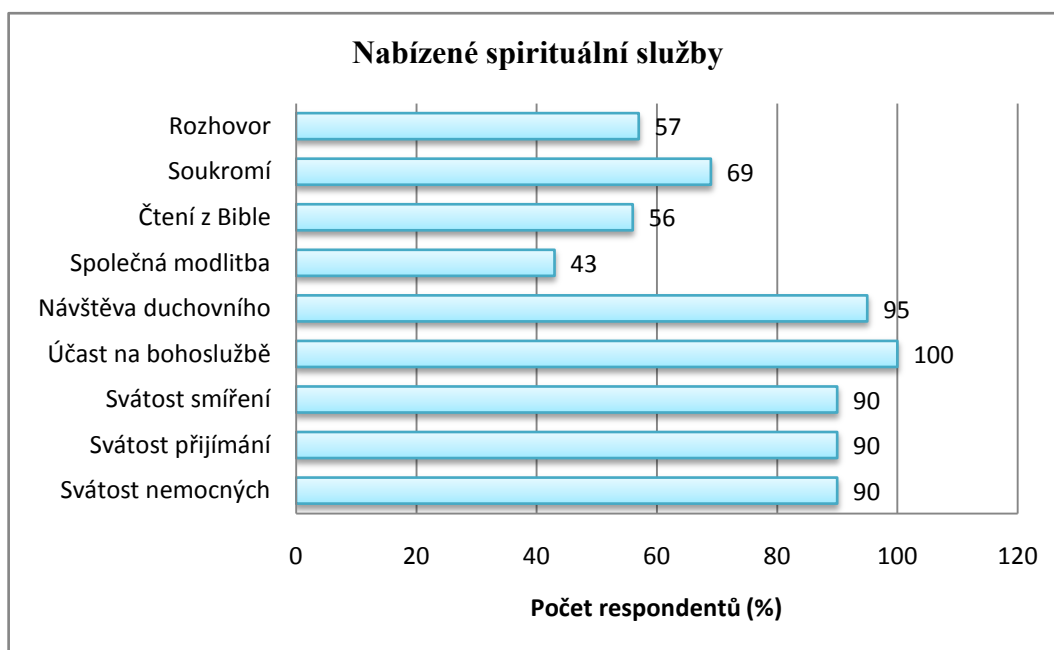
### Komentář:

Z tabulky a grafu vyplývá, že dotazovaní mají nejčastěji zájem o rozhovor (54, tj. 89 %), soukromí (36, tj. 59 %) a účast na bohoslužbě (32, tj. 52 %). Občas mají zájem o návštěvu duchovního (35, tj. 57 %), společnou modlitbu (32, tj. 52 %) a čtení z Bible (30, tj. 49 %). Nejméně jeví respondenti zájem o společnou modlitbu (23, tj. 38 %) a svátosti.

Otázka č. 17: Během pobytu v hospici Vám byly nabídnuty tyto spirituální služby:

Tab. 22 Nabízené spirituální služby

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



Graf 22 Nabízené spirituální služby

### Komentáře:

Z nabízených spirituálních služeb označilo 61 respondentů (100 %) účast na bohoslužbě. Možnost návštěvu duchovního označilo 58 (95 %) respondentů. Shodně označilo 55 respondentů (90 %) všechny tři svátosti. Soukromí bylo nabídnuto 42 (69 %) respondentům. Rozhovor zaškrtnulo 35 (57 %) respondentů. Položku čtení z Bible hospic nabídl 34 (56 %) a společnou modlitbu 26 (43 %) dotazovaných.

Na závěr bych ještě ráda slovně shrnula a mezi sebou porovnala předchozí 2 tabulky a grafy.

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

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

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

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

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

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



## 6 DISKUZE

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

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

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

Dále bych ráda zmínila bakalářskou práci s názvem Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných, kterou napsala studentka Univerzity Tomáše Bati. Svůj průzkum realizovala formou dotazníku. Na průzkumném šetření se podílely sestry onkologického, interního a chirurgického oddělení ve FN Brno-Bohunice, Krajské nemocnici T. Bati, a.s ve Zlíně a Nemocnici T. G. Masaryka v Hodoníně. Jako jeden z cílů si stanovila zjistit ochotu sester vzdělávat se v dané problematice. Bylo zjištěno, že 87 sester, z celkového počtu 94, hodnotí své znalosti nedostatečně, přesto až 47 z nich nejeví zájem se v dané problematice vzdělávat. Možná by se právě vzdělávání sester v této oblasti mohlo stát klíčem ke kvalitní spirituální péči.

Dotazník byl rozdělán do 9 hospiců. Celkem bylo distribuováno 180 dotazníků, na které odpovědělo 64 respondentů. Pro svoji neúplnost musely být 3 dotazníky z průzkumu vyřazeny. Dotazník obsahoval uzavřené a polouzavřené otázky. První čtyři otázky byly kategori-zační. Na dotazníky odpovědělo 33 mužů (tj. 54 %) a 28 žen (tj. 46 %). Nejvíce respondentů spadá do věkové kategorie 71 let a více (16, tj. 26 %). Ženatých/vdaných respondentů je

34 (tj. 56 %). Jako nejvyšší dosažené vzdělání respondenti nejčastěji uvedli SŠ bez maturity (25, tj. 41 %).

Ke zbývajícím otázkám v dotazníku se vztahují 2 cíle.

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

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

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

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

také při ranní toaletě. Nevede sestra ani takový rozhovor? Myje pacienta beze slov? Nebo hovoří místo s nemocným se svou kolegyní? Přestože je zde mnoho otázek, na které nelze jednoznačně odpovědět, dostávám se opět k myšlence, kde uvádím strach komunikovat s umírajícími. To by mohla být opět největší příčina neposkytnutí rozhovoru.

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

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

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

Důležitým ukazatelem se pro mě také stala položka č. 9, která zní „Myslíte si, že Vám víra (něco, v co věříte) pomáhá v boji s nemocí?“ Jestliže spojím odpovědi spíše ano a ano do jedné položky ano, získám hodnotu 60 (tj. 98 %), která dokazuje, že víra pomáhá dotazovaným klientům v boji s nemocí. To mě přivádí k myšlence, že kolikrát léčíme lidi, o nichž nic nevíme. Co když o naši fyzickou pomoc stojí méně než o tu duševní? Možná by stačil upřímný krátký rozhovor, v němž se s nemocným sblížíme a vyslechneme si jej. Je důležité dát mu najevo, že pro nás není jen pacient pod nějakým jménem či číslem, ale taky člověk,

který cítí a vnímá lidi kolem sebe. V této souvislosti mě napadá citát – „*Pouze život, který žijme pro ostatní, stojí za to.*“ Albert Einstein

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

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

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

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

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

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

## ZÁVĚR

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

Bakalářskou práci tvoří část teoretická a část praktická. Teoretická část se dělí na 3 kapitoly. První kapitola je zaměřena na potřeby nemocných, druhá se věnuje hospicové péči a péči paliativní. Kapitola třetí – nejobsáhlejší – nese název spiritualita, víra a náboženství. Pro praktickou část jsem zvolila dotazníkové šetření. Dotazník byl určen klientům hospicových zařízení.

Pro svoji práci jsem si zvolila 3 cíle:

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

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

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

Všechny cíle, které jsem si stanovila, byly splněny.

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

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

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

Na závěr bych chtěla uvést jednu svou zkušenost, kdy se klientka nemohla smířit s prognózou svého onemocnění, nechtěla jíst, odmítala léky, s nikým nekomunikovala a jejím přáním bylo co nejrychleji zemřít. Sestra se ji snažila přinutit k jídlu a užít léky na zklidnění. Když to nikam nevedlo, přivolala pastorační asistentku, která s touto klientkou

asi hodinu hovořila. Klientka se opravdu zklidnila, léky v tu chvíli ani nepotřebovala. Bylo opravdu důležité čekat na příchod pastorační asistentky? Proč si sestra k nemocné nepřisedla a nepromluvila s ní sama? Mnozí by to svedli na nedostatek času, nejspíš to byl ale opět již zmiňovaný strach a nedostatek znalostí v rozhovoru s umírajícím. I to je dalším důvodem výběru tohoto tématu. Tato zkušenost mi pomohla si uvědomit, jak důležitá je komunikace s nemocnými. A v neposlední řadě bych chtěla svou prací ukázat, že i práce s umírajícími je bohatá.

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

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

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY****MONOGRAFIE:**

- [1] BYOCK, Ira, 2005. *Dobré umírání: Možnost pokojného konce života*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-7021-797-9.
- [2] DUBCOVÁ, Marie, 2011. Etika umírání a smrti. *Sestra*. Roč. 21, č. 10, s. 44. ISSN 1210-0404.
- [3] HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kolektiv, 2006. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0632-571.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [5] HENNEZEL, M. de, 1997. *Smrt zblízka: umírající nás učí žít*. Praha: ETC. ISBN 80-86006-15-8.
- [6] IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.
- [7] KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIERIOVÁ, 1995. *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
- [8] KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-807-3187-262.
- [9] KRIŠKOVÁ, Anna, 2010. *Profesionálne opatrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-330-1.
- [10] KROPÁČEK, Luboš et al, 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-3-6.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. ISBN 80-85495-43-0.
- [12] KÚBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 1992. *O smrti a umírání*. Hradec Králové: Signum Unitatis. ISBN 80-900134-6-5.
- [13] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [14] KUŤÁKOVÁ, Eva, Václav MAREK a Jana ZACHOVÁ, 2003. *Moudrost věků – Lexikon latinských výroků, přísloví a rčení*. Praha: Leda. ISBN 80-7335-014-9.
- [15] KVAPILOVÁ, Bára, 2013. Péče na poslední cestě životem. *Sestra*. Roč. 23, č. 1, s. 23. ISSN 1210-0404.

- [16] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [17] MATZO, LaPorte Marriane a Deborah Witt SHERMAN, 2006. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. ISBN 0-8261-5794-7.
- [18] MISCONIOVÁ, Blanka, 1998. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky. ISBN 80-239-1915-6.
- [19] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- [20] PAYNEOVÁ, Sheila et al, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-23-7.
- [21] STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H&H Vyšehradská. ISBN 80-7319-059-1.
- [22] SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-4-5.
- [23] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-802-4741-079.
- [24] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [25] ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [26] ŠIKLOVÁ, Jiřina, 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: KALICH. ISBN 978-80-7017-197-4.
- [27] TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 978-807-0133-248.
- [28] VOJTÍŠEK, Zdeněk, Pavel DUŠEK a Jiří MOTL, 2012. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0088-8.
- [29] VORLÍČEK, Jiří a kolektiv, 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

#### INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [30] Hospice v České republice, ©2010. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>.



- [31] Definition of Palliative Care, ©2014. *World Health Organization*. [online]. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- [32] Domáci hospic Cesta domů, ©2014. *Cesta domů*. [online]. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/domaci-hospic.html>.
- [33] FITCHETT, George, ©2004. Anamnéza náboženské a duchovní zkušenosti. *Diabasis*. [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: [http://www.diabasis.cz/uploads/media/anamneza\\_nabozenske\\_a\\_duchovni\\_zkusenosti.pdf](http://www.diabasis.cz/uploads/media/anamneza_nabozenske_a_duchovni_zkusenosti.pdf).
- [34] HALLENBECK, James, ©2003. Psychosocial and Spiritual Aspects of Care: FICA. *Palliative Care Perspectives*. [online]. [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <http://www.mywhatevery.com/cifwriter/library/70/4966.html>.
- [35] KALVÍNSKÁ, Eva, ©2007. Spirituální péče v nemocnici z pohledu lékaře. *Nemocniční kaplan*. [online]. [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: [http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301\\_Kalvinska\\_spiritualni\\_pece.pdf](http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301_Kalvinska_spiritualni_pece.pdf).
- [36] Náboženské vyznání obyvatelstva, ©2012. *Český statistický úřad*. [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/tz/i/nabozenske\\_vyznani\\_obyvatelstva\\_ceske\\_republik\\_23\\_12\\_04](http://www.czso.cz/csu/tz/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republik_23_12_04).
- [37] OPATRNÝ, Aleš, ©2013. Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta. *Pastorace*. [online]. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta-Ales-Opatrny.html>.
- [38] ZACHOVAL, Jan, ©2013. Pracovní definice pojmu duchovní služba. *Paliativní medicína*. [online]. [cit. 2013-11-15]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/prilohy/194.pdf>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

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

**SEZNAM TABULEK**

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

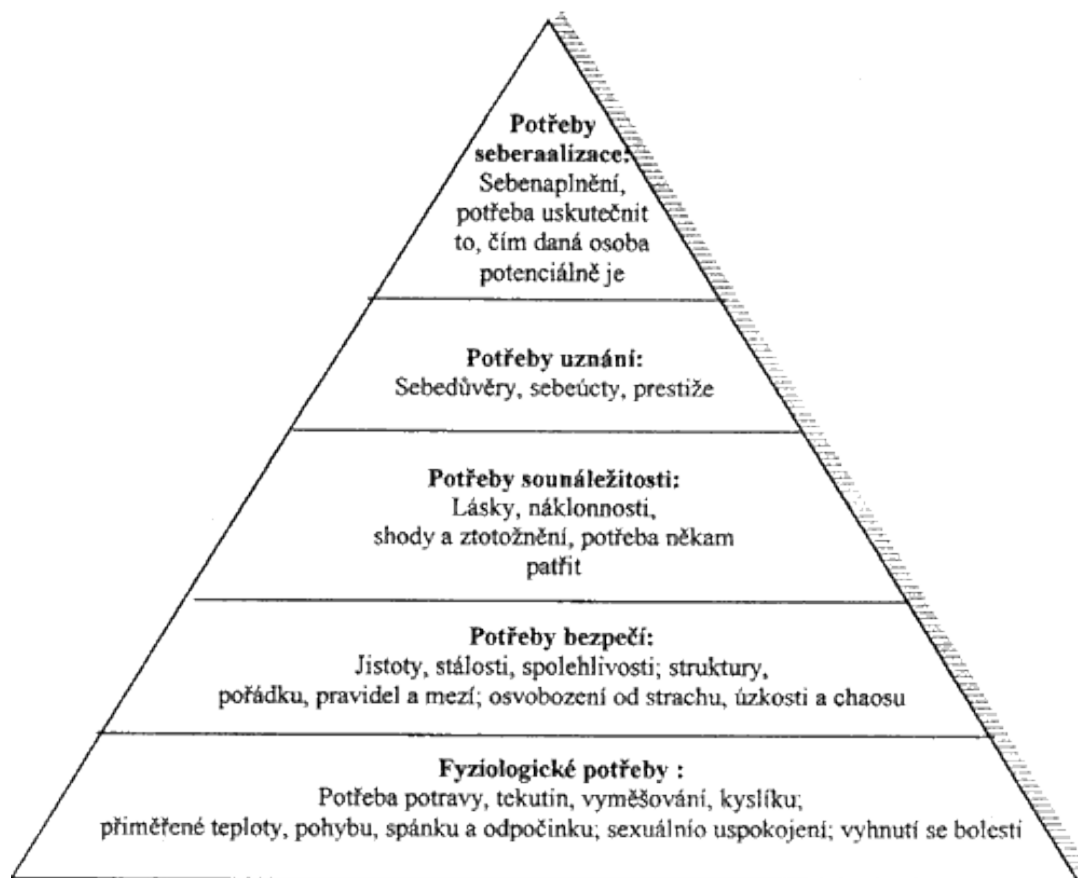
**SEZNAM GRAFŮ**

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

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Maslowova hierarchie potřeb
- P II Seznam lůžkových hospiců v ČR
- P III Obyvatelstvo podle náboženského vyznání k 1. 3. 2011
- P IV Spirituální dotazník FICA
- P V Dotazník
- PVI Desatero zásad pro rozhovor s umírajícím

## PŘÍLOHA P I: MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB



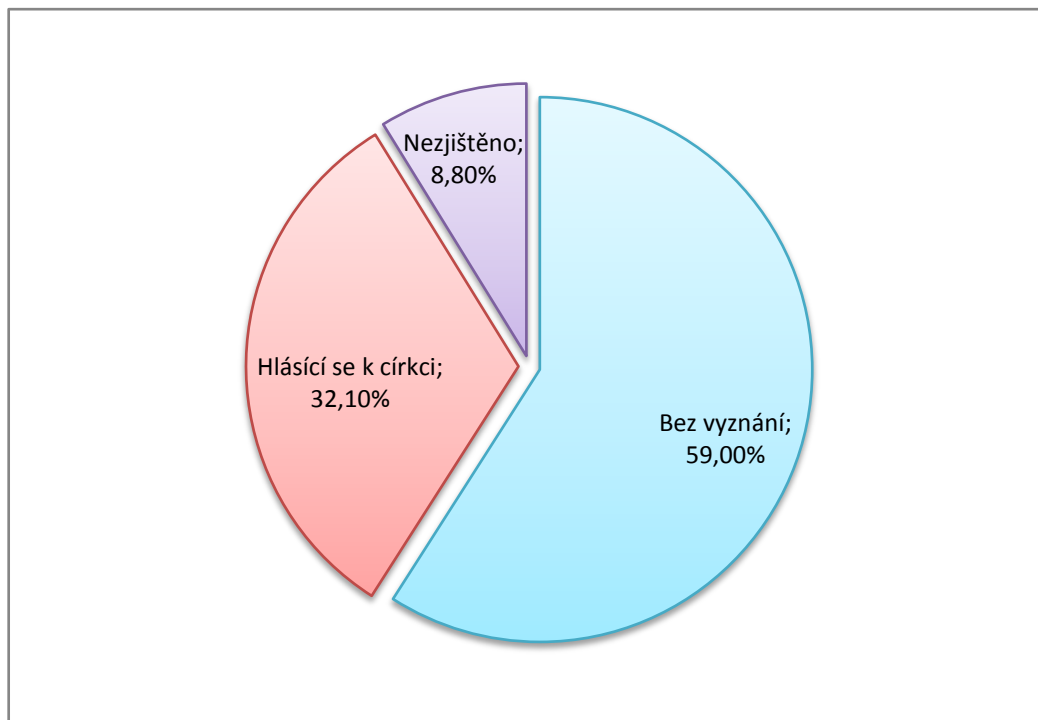
(Trachtová, 2006)

## **PŘÍLOHA P II: SEZNAM LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČR**

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

(Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, ©2010)

**PŘÍLOHA P III: OBYVATELSTVO PODLE NÁBOŽENSKÉHO  
VYZNÁNÍ K 1. 3. 2011**



(Český statistický úřad, ©2012)



## **PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK FICA**

F – Faith and Belief - Víra, náboženství, přesvědčení.

„Považujete se za duchovního (spirituálního) nebo náboženského člověka?“

„Máte duchovní přesvědčení, které vám pomůže vypořádat se se stresem?“ Pokud pacient odpoví: „Ne“, poskytovatel zdravotní péče by se mohl zeptat:

„Co dává Vašemu životu smysl?“ Někdy pacienti reagují odpověďmi jako rodina, kariéra, nebo příroda.

I – Importance - Důležitost, význam.

„Jaký význam má Vaše víra či přesvědčení ve Vašem životě?“

„Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak se během nemoci o sebe staráte?“

„Jakou roli zaujímá Vaše přesvědčení v procesu Vašeho uzdravování?“

C – Community - Společnost.

„Jste součástí nějakého společenství?“

„Jste součástí nějaké zájmové, společenské či duchovní komunity?“

„Je pro Vás toto společenství oporou a v čem?“

„Existují lidé, které opravdu milujete, nebo kteří jsou pro vás důležití?“

Společenství nebo skupina stejně smýšlejících lidí, kteří se scházejí v kostelech, chrámech, mešitách mohou sloužit jako silná podpora pro některé pacienty hlavně o období nemoci.

A – Address in Care - Součást péče.

„Jak byste si představoval, abych já, Váš poskytovatel zdravotní péče, zařadil tyto poznatky, informace do Vaší zdravotní péče?“ (Fitchett, ©2004)

## PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

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

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

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

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

Předem děkuji za Váš čas.

Urbanová Pavlína

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?

- méně než 30
- 30 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 – 70
- 71 a více

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- Svobodný/á
- Ženatý/ vdaná
- Rozvedený/á
- Druh/družka
- Vdovec/vdova

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

5. Setkal/a jste se někdy s pojmem **spirituální**?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

6. Seřad'te Vaše potřeby dle důležitosti ve **zdraví**: (1 – nejdůležitější, 4 – nejméně důležité)

- Biologické potřeby (jídlo, spánek) .....
- Psychologické potřeby (komunikace, bezpečí) .....
- Sociální potřeby (návštěvy) .....
- Spirituální potřeby (modlitba, bohoslužby) .....

7. Seřad'te Vaše potřeby dle důležitosti **v nemoci**: (1 – nejdůležitější, 4 – nejméně důležité)

- Biologické potřeby (jídlo, spánek) .....
- Psychologické potřeby (komunikace, bezpečí) .....
- Sociální potřeby (návštěvy) .....
- Spirituální potřeby (modlitba, bohoslužby) .....

8. Co dává Vašemu životu smysl? (*Zde je možné označit více odpovědí*)

- Víra v Boha
- Víra v sám sebe
- Rodina
- Jiné, uveďte .....

9. Myslíte si, že Vám víra (něco, v co věříte) pomáhá v boji s nemocí?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

10. Považujete se za zbožného člověka?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

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

10.1 Zajímal/a jste se o náboženství již dříve, než jste přišel/přišla do hospice?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

11. Jste součástí nějaké duchovní komunity?

- Ne
- Ano, duchovní směr (náboženství):
  - Křesťanství
  - Islám
  - Buddhismus
  - Jiné, uveďte .....

12. Jste v hospici spokojen/a?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

13. Byl/a jste informován/a o duchovní péči v hospici?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

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

13.1 Kdy jste byl/a o duchovní péči v hospici informován/a?

- Při příjmu
- Při zhoršeném zdravotním stavu
- Když jsem sám/sama projevila/a zájem
- Jiné, uveďte .....

14. Zajímají se sestry o Vaše spirituální potřeby?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

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

14.1 Jakou formu využívají sestry ke zjištění Vašich spirituálních potřeb?

*(Zde je možné označit více odpovědí)*

- Rozhovor
- Naslouchání
- Dotazník
- Jiné, uveďte .....

15. Navštěvuje Vás pastorační asistent/ka?

- Ne
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ano

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

	NIKDY	OBČAS	ČASTO
Rozhovor			
Soukromí			
Čtení z Bible			
Společná modlitba			
Návštěva duchovního			
Účast na bohoslužbě			
Svátost smíření			
Svátost přijímání			
Svátost nemocných			

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

Rozhovor	
Soukromí	
Čtení z Bible	
Společná modlitba	
Návštěva duchovního	
Účast na bohoslužbě	
Svátost smíření	
Svátost přijímání	
Svátost nemocných	

## PŘÍLOHA P VI: DESATERO ZÁSAD PRO ROZHOVOR S UMÍRAJÍCÍM

### **DESATERO ZÁSAD PRO ROZHOVOR S UMÍRAJÍCÍM**

- *Vyber klidné a tiché místo pro rozhovor!*
- *Pokud je přítomna rodina, zapoj ji do rozhovoru!*
  - *Srozumitelně se představ!*
- *Dej nemocnému najevo, že jsi zde pro něj a máš na něj čas!*
- *Nemocného nepřerušuj, stačí, když budeš jen tiše naslouchat!*
- *Občas nemocného oslov jménem, vzbudíš tím větší důvěru!*
  - *Nemocného povzbud', ale nenut' jej mluvit!*
- *Nedávej falešné naděje, ale ani nevyvracej ty, ve které nemocný věří!*
- *Chyt' nemocného za ruku, dotek pro něj může znamenat více než slova!*
- *Před odchodem se nezapomeň rozloučit a poděkovat za rozhovor a projevenou důvěru!*