

Poskytování duchovní podpory umírajícímu

Petra Dulanská

Bakalářská práce
2015

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Petra Dulanská
Osobní číslo: H120247
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: prezenční

Téma práce: Poskytování duchovní podpory umírajícímu

Zásady pro vypracování:

- Nastudovat odbornou literaturu související s tématem.**
- Vymezit teoretické pojmy a východiska v oblasti poskytování duchovní podpory.**
- Připravit metodiku průzkumné části.**
- Realizovat průzkum metodou dotazníkového šetření.**
- Zpracovat a vyhodnotit získaná data.**
- Prezentovat výsledky průzkumu.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY. Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-702-1819-3.

JAROŠOVÁ, Darja a Radka RŮŽIČKOVÁ. Umírání z pohledu sestry. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001. ISBN 80-704-2325-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. Poslední úsek cesty. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-854-9543-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání. 1. vydání. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-807-4621-451.

SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4741-079.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10.2.2015

.....
Dwornala

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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou „Poskytování duchovní podpory umírajícímu“. Tato práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část práce blíže popisuje pojmy smrt a umírání a popisuje potřeby umírajícího či těžce nemocného člověka. Dále charakterizuje paliativní péči a stadia umírání. V neposlední řadě je zde část, která popisuje poskytování duchovní podpory.

V praktické části jsou výsledky kvantitativního průzkumu, který byl zrealizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření bylo určeno všeobecným sestřám. Vyhodnocená data jsou zpracována do tabulek a do grafů.

Klíčová slova: smrt, umírající, spiritualita, paliativní péče, duchovní péče

ABSTRACT

Bachelor thesis is aimed of „Providing Spiritual Support for a Dying Patient“. The thesis consists of two sections: a theoretical section and a practical section.

The theoretical part discusses such as terms “death“ and “dying“ and also analyzes needs of a dying or a terminally ill person. It also discusses palliative care and different stages in dying. Last but not least this section also explains providing spiritual support.

The practical section of the thesis presents results of quantitative research based on a questionnaire. This research was conducted as a survey of general nurses. The data received is provided in schemes and graphs presented in the thesis.

Keywords: death, dying, spirituality, palliative care, pastoral care

Mnohokrát děkuji všem, kdo se podílel na vzniku této bakalářské práce. V první řadě bych chtěla poděkovat mé vedoucí Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za ochotný přístup, trpělivost a poskytnutí spoustu cenných rad při vedení práce. Děkuji také respondentům, bez kterých by tato práce nebyla úplná. Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině, která mi během celého studia byla velkou oporou.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	12
1.1 SMRT - HISTORIE VS. SOUČASNOST	12
1.2 ROZDĚLENÍ ÚMRTÍ.....	13
1.2.1 Náhlé úmrtí.....	13
1.2.2 Neočekávané úmrtí.....	13
1.2.3 Očekávané úmrtí	13
2 POTŘEBY ČLOVĚKA	14
2.1 POTŘEBY BIOLOGICKÉ, PSYCHICKÉ, SOCIÁLNÍ A DUCHOVNÍ	14
2.2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO ČLOVĚKA.....	15
3 KOMUNIKACE	20
3.1 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM	20
4 PALIATIVNÍ PÉČE	22
4.1 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	23
4.2 DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ.....	24
4.3 CHARTA UMÍRAJÍCÍCH	24
4.4 MODELY UMÍRÁNÍ.....	25
4.4.1 Domácí model umírání.....	25
4.4.2 Institucionální model umírání	25
4.4.3 Paliativní model umírání	26
4.5 MODEL PĚTI FÁZÍ UMÍRÁNÍ.....	26
4.5.1 První stádium – popírání a izolace	27
4.5.2 Druhé stádium – zlost.....	27
4.5.3 Třetí stádium – smlouvání.....	27
4.5.4 Čtvrté stádium – deprese	28
4.5.5 Páté stádium – akceptace	28
5 DUCHOVNO A POSKYTOVÁNÍ DUCHOVNÍ PÉČE	29
5.1 SMRT A BIBLE	29
5.2 SPIRITUALITA	29
5.3 SPIRITUALITA A SMRT	30
5.4 POČÁTKY KŘESŤANSKÉ SLUŽBY NEMOCNÝM	31
5.4.1 Doprovázení umírajícího.....	32
5.5 DUCHOVNÍ (PASTÝŘSKÁ) PÉČE.....	33
5.6 NEMOCNIČNÍ DUCHOVNÍ	35
5.6.1 Spolupráce personálu s duchovním.....	36
5.7 CÍRKEVNÍ NEMOCNICE.....	36
5.7.1 Nemocnice Milosrdných bratří	37

5.8	RITUÁL POMAZÁNÍ NEMOCNÝCH	37
5.9	MODLITBA	37
5.10	SVATÁ ZPOVĚĎ.....	38
5.11	SVATÉ PŘIJÍMÁNÍ.....	38
5.12	DUCHOVNÍ PÉČE O PŘÍBUZNÉ UMÍRAJÍCÍHO	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
6	METODIKA PRŮZKUMU	41
6.1	HLAVNÍ CÍLE A DÍLČÍ CÍLE PRŮZKUMU	41
7	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	43
7.1	JEDNOTLIVÉ VÝSLEDKY PRŮZKUMU	43
8	DISKUZE	64
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	71
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM GRAFŮ	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Umí všeobecné sestry správně rozeznat deficit duchovních potřeb u umírajícího pacienta? Co si vlastně pod pojmem duchovní potřeba sestry představují? Jak reagují na deficit v této oblasti? A jak je tomu v oblasti spirituality?

Výše uvedené otázky jsou hlavním tématem této práce, která by měla odpovědět na otázky duchovní podpory těžce nemocných pacientů.

Důvodem k výběru tohoto tématu bakalářské práce bylo zamyšlení, že v dnešní moderní době, která mimo jiné zanechává své pokroky i v oblasti medicíny, je kladen důraz na ošetřování a uspokojování všech potřeb nemocného, či těžce nemocného pacienta. Všeobecné sestry společně s lékaři v co největší míře tyto potřeby uspokojují během ošetrovatelského a léčebného procesu. I když všechny výkony provádí v souladu s danými standardy a usilují o co nejlepší a nejkvalitnější přístup, často je podle všeobecného názoru opomíjena otázka spirituálních potřeb pacientů.

Delší dobu je zde snaha o holistický přístup, tedy přístup, kdy má zdravotnický i nezdravotnický personál pacienta chápat jako bio-psycho-sociální bytost. Hlavním znakem tohoto přístupu je uspokojování základních biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného pacienta. Velkou roli zde hraje i přístup k člověku, jako k individuální bytosti, která má potřebu se někomu svěřit a na někoho se obrátit při jeho těžkých chvílích.

Smrt neoddělitelně patří k lidskému životu. Se smrtelnou diagnózou či umíráním se v dnešní době nesetkáváme ale jen u člověka, který si svůj život již prožil a čeká na přicházející smrt. Bohužel si smrt vybírá i člověka, který je na samotném začátku své životní cesty. Pro takové lidi nastává čas otázek, kdy se v hlavě rojí myšlenky, dovoluujeme si říci, že snad ohledně všeho. Člověk, kterému se denně přemítá spousta otázek ohledně své nepřilíživé budoucnosti, začíná mít potřebu tyto věci s někým sdílet, někomu se svěřit.

Protože nemoc je mezi lidstvem úzce spjata s nemocnicí a nemocničním lůžkem, jsme právě my všeobecné sestry pro pacienta tím, komu se chce svěřit a očekává od nás odpověď. Jak ale na tuto výzvu všeobecné sestry reagují?

Umírání je staré jako lidstvo samo a i přesto je podle našeho názoru v této oblasti ještě pořád co zdokonalovat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Slova smrt a umírání lze definovat různými způsoby. Špatenková definuje slovo smrt jako konečnou fázi v lidském životě. Pojem umírání si můžeme představit jako různě dlouhou dobu, ve které dochází k patologickým změnám jednotlivých životních funkcí, kde je konečnou fází smrt jedince (Špatenková a kol., 2014, s. 31-33).

Lze se setkat se spoustou definic slova smrt. Hlavním důvodem je různé pojetí tohoto slova v jednotlivých oborech, jako jsou například biologie, medicína, sociologie, filozofie, psychologie a teologie. Janoušek uvádí, že: „*Smrt je nezvratné zastavení všech životních pochodů, jejich vzájemné souhry a definitivní přerušeni látkové výměny v organismu* (Janoušek, cit. In Špatenková a kol., 2014, s. 34).

1.1 Smrt - historie vs. současnost

Lidé se s podobou smrti setkávali a setkávají prakticky denně. Nejenže byla smrt každodenní součástí života, ale byla i viditelná. Umírání neprobíhalo pouze v domácnostech, nýbrž i na veřejných prostorech, kde lidé bez finančních prostředků končili bez pomoci, trpící hladem a obklopeni nepořádkem. Pomoci od lékaře či blízkých se dostávalo pouze zámožným lidem. Postupem času se změnila tato situace prostřednictvím příbuzných osob. Mnoho z nich se staralo o svého blízkého v jeho posledních chvílích, kde usilovali o to, aby umírající dovršil životní pouť klidnou smrtí. S těmito zkušenostmi se člověk celého pokolení jistým způsobem „učil“ umírat (Funk, 2014, s. 104-106; Haškovcová, 2007, s. 24).

Nelze říci, že se lidé v minulosti smrti nebáli, pouze chápali smrt jako určitý mezník mezi nepřilíš lehkým světským životem a věčným životem v ráji. Ráj v tomto případě znázorňoval místo, kde se již nikdy více neseťkají s bolestí a s utrpením. Již obyvatelé starověkého Egypta věřili ve svůj posmrtný život a v pozemském životě se na tento posmrtný život důkladně připravovali. Jako důkazem mohou být bohatě ozdobené chrámy mrtvých a velké pyramidy (Haškovcová, 2007, s. 23-24; Valancová, 2013).

Jak je ale na smrt pohlíženo v současnosti? Dnes se setkání se smrtí odsunuje spíše do prostředí nemocničních zařízení či do jiných sociálních pracovišť. Smrt je lidmi potlačována, lidé se smrti bojí. Lze spojit tento strach s moderní a pokročilou dobou? Díky pokrokům v medicíně a zdravotnictví obecně se prodlužuje doba života mezi zjištěním smrtelné dia-

gnózy a smrti. A právě zde se nachází problém v podobě dlouhého vědomí přibližující se smrti (Funk, 2014, s. 104-106).

1.2 Rozdělení úmrtí

Úmrtí jako takové je možno rozdělit do dalších skupin v návaznosti na rychlost skonu. Haškovcová (2007, s. 50) ve své knize uvádí, že úmrtí lze rozdělit na náhlé, neočekávané a očekávané.

1.2.1 Náhlé úmrtí

Toto úmrtí lze definovat jako úmrtí, které v tomto případě nastane bez ohledu na dobrý zdravotní stav. Člověk a jeho nejbližší okolí o úmrtí netuší, tudíž se nemůže na tuto nelehkou situaci ani jeden z účastníků dostatečně dopředu připravit. Příkladem mohou být smrtelné dopravní autonehody a smrtelné úrazy.

1.2.2 Neočekávané úmrtí

Smrt je z tohoto pohledu stav, kdy je člověk postižený určitou chorobou, o které dotyčný v řadě případů ani neví, avšak jeho stav je stabilizovaný, tedy k úmrtí by za normálních podmínek dojít nemělo. Jak již z názvu vyplývá, je tento druh smrti také neočekávanou fází, kde se pacient a jeho rodina, či příbuzní na smrt nepřipravují.

1.2.3 Očekávané úmrtí

Jak nám název prozrazuje, toto úmrtí člověk a jeho nejbližší rodina a přátelé očekávají. Mohou se dostatečně dlouho dopředu připravit na přicházející smrt. V tomto případě má rodina dostatek času se o umírajícího postarat a plnit vlastní přání umírajícího od uspokojování potřeb až po sepsání poslední závěti. Lidé v tomto případě mají dostatečně dlouhý čas se se smrtí smířit (Haškovcová, 2007, s. 50).

2 POTŘEBY ČLOVĚKA

Teorie psychologa Abrahama Maslowa tvrdí, že je lidstvo motivováno specifickými potřebami, které tvoří hierarchickou skladbu. Základem této hierarchie jsou dvě klíčové skupiny potřeb. Potřeba odstranění určitého nedostatku a potřeba dosáhnout hodnoty bytí. V případě neuspokojení potřeby člověk cítí snahu se tohoto nedostatku zbavit a naplnit tím tuto potřebu. Opačný případ, tedy uspokojení potřeby, považuje člověk za normu (Šamánková a kol., 2011, s. 26-27).

Dle Bártlové lze potřeby rozdělit i na potřeby, které se mění ve vztahu k nemoci. Tyto potřeby jsou velmi individuální a proměnlivé. Mění se vlivem samotné nemoci. Mezi tyto potřeby patří potřeba vrátit zdraví, potřeba zmírnit či odstranit bolesti, potřeba se připravit na novou sociální roli a zejména potřeba aktivity, kdy se chce pacient aktivně zapojit do procesu boje se svojí nemocí. Znalost základních potřeb je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu (Bártlová, 2003 cit. In Zacharová a kol., 2007, s. 22-23).

2.1 Potřeby biologické, psychické, sociální a duchovní

Potřeby biologické

Do této skupiny potřeb patří takové potřeby, které potřebuje tělo pacienta. Lze říci, že tyto potřeby jsou jak pro tělo zdravé, tak pro tělo nemocné nezákladnější, bez kterých nemůže lidstvo existovat. Patří sem potřeba přijímat stravu, potřeba zbavit se zplodin lidského metabolismu, potřeba odpočinku, tepla, hygieny a potřeba fyzického kontaktu. Do této skupiny lze zařadit i přirozené pudy (Šamánková a kol., 2006, s. 57; Svatošová, 2012, s. 21-22).

U nemocného člověka se postupem času ztrácí zájem o tyto základní potřeby, především o jídlo a pití. Proto se tato role přesunuje na ošetrující personál, u kterého je hlavním cílem docílit spokojenosti nemocného člověka a to tak, že pacient nebude trpět nedostatkem v žádné oblasti (Šamánková a kol., 2006, s. 61).

Potřeby psychické

Psychickými potřebami se rozumí potřeby vycházející z osobního vnímání okolního světa. Jedná se tedy o potřebu rozvíjet vlastní charakter, potřebu jistoty, duševního bezpečí, potřebu lásky a potřebu vyslechnutí. Člověk v nemoci potřebuje mít jistotu, že nebude opuštěn, že nebude sám. Proto zde hraje hlavní roli osoba pečující o pacienta, která je mu vždy na blízku, která přijde na zavolání a na kterou se může pacient spolehnout a obrátit se se svými potřebami (Šamánková a kol., 2006, s. 57; Krátká, 2007, s. 11).

Mezi psychické potřeby patří také potřeba respektovat lidskou důstojnost. V tomto případě je třeba na člověka pohlížet jako na jedinečnou osobnost, která by se měla respektovat a chápat v jakékoli situaci. Nemocný člověk má v této oblasti potřebu komunikace s okolním světem. Proto je zde velice důležitá komunikace ze strany ošetřujícího personálu. Samotnou a nelehkou kapitolou je i komunikace s pacientem v poslední fázi života, která je podrobněji popsána níže. (Svatošová, 2012, s. 22).

Potřeby sociální

Do skupiny sociálních potřeb možno zařadit takové potřeby, které úzce souvisejí se samotným člověkem a s jeho okolním světem. Příkladem jsou potřeby péče o zdraví své a zdraví osob blízkých. Nemalou roli zde hraje i potřeba finančního zajištění, potřeba lidského spojení a potřeba zařazení se do komunity (Šamánková a kol., 2006, str. 57).

Jak již z předchozího textu lze vyčíst, člověk je společenský jedinec. Je tedy důležité předejít osamocení při nemoci, ale i při posledních chvílích. Nemocní lidé návštěvu svých blízkých vyžadují a potřebují, ale na druhou stranu si ji ne v každém případě lidé přejí. Proto je v této oblasti uspokojování potřeb velice důležité ze strany ošetřující personálu respektovat pacientovo přání v oblasti návštěv (Svatošová, 2012, str. 22-23).

Potřeby spirituální (duchovní)

Spirituální potřeby jsou velmi individuální a vnitřní otázkou. Do kategorie spirituálních, někdy také nazývané jako duchovních potřeb, spadají nejen potřeby víry, vyznání a potřeby začlenit se do náboženského spolku, ale také takzvaně řečené otázky bytí, spojované se základním principem lidské osobnosti. Víra nemusí nutně znamenat pouze víru v Boha, nýbrž i víru v lásku, víru v dobro, v úspěch či v další a další dimenze. Většinou je předchůdcem víry samotný zážitek člověka. Spirituální potřeby nenajdeme pouze u lidí, kteří v něco věří, ale i u těch, kde není víra žádná (Špatenková, Dorková, 2014, s. 85; Šamánková a kol., 2006, s. 57; Krátká, 2007, s. 37).

2.2 Potřeby umírajícího člověka

Potřeby umírajícího člověka se od potřeb zdravých, či nemocných mírně liší. Základem pro naplnění potřeb a klidné smrti je kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče s přijmutím pacienta takového, jaký je (Haškovcová, 2007, s. 163).

Tyto potřeby sestávají z potřeby nezůstat sám, potřeby komunikace, z potřeby mít v těžkých situacích někoho na blízku, z potřeby soukromí a důvěrnosti, potřeby diskuze na téma smysl svého dosavadního života, potřeby vyslovit se ke svému nynějšímu stavu, potřeby vyjádřit beznaděj, bolest, truchlení či úzkost. V neposlední řadě zde hraje roli i potřeba zabezpečení se, že rodina či příbuzní snesou přicházející bolestivou ztrátu. Důležitou potřebou umírajících je i potřeba se na smrt připravit a ubezpečit se, že přicházející smrt nebude bolet (Haškovcová, 2007, s. 163-164).

Další potřebou, která se objevuje spíše u osob umírajících, je potřeba smíření. Tato pro někoho obyčejná, avšak pro mnohé nesmírně důležitá potřeba může být nejčastějším problémem u umírajících lidí. Člověka, který se ocitá na prahu smrti a má na světě nějakou nevyřízenou věc, tato věc velice trápí. Ve většině případů se trápí i sama rodina umírajícího. Proto je velice důležité reagovat převážně pomocí rozhovoru, ve kterém musí zdravotník zastupovat neutrální roli a roli prostředníka (Marková, 2010, s. 81).

Nelze opomenout i potřebu rozhodnout sám o sobě, která je úzce spjata s lidskou vůlí. Pacient má po celou dobu svého žití právo a potřebu smět činit rozhodnutí o své léčbě, o místě, kde stráví zbytek svého života, co bude pít či jíst. Tyto potřeby musí být za každých podmínek uznávány a přijímány, a to i v případě nejasných podmínek (Marková, 2010, s. 69-70).

S potřebou činit rozhodnutí o své následné léčbě souvisí i potřeba mít pravdivé informace týkající se celkového stavu člověka. Dokazujícím materiálem tohoto tvrzení je v dnešní době ve zdravotnickém zařízení dobře známý informovaný souhlas. I přes tyto podmínky je zde ale i skupina lidí, kteří o své diagnóze či prognóze přesto nejsou dostatečně informováni. V řadě případů nastává situace, kdy o nemoci ví nejbližší rodina, aniž by pacient cokoliv tušil. Informovanost je pro umírající velmi důležitá z důvodu přípravy na nelehkou etapu končícího života (Marková, 2010, s. 70).

Blížící se smrt působí na člověka ve všech směrech. V této oblasti člověk hodnoty potřeb často přehodnotí a pozmění jejich umístění v hierarchické posloupnosti. S neuspokojením či frustrací potřeb přichází k rozvratu rovnocennosti a porušení vztahu k významu (Špatenková, Dorková 2014, s. 81).

Potřeby biologické

Jak se mění biologické potřeby umírajícího? Člověk, který se ocitá na poslední cestě svého života, ztrácí samostatnost. Běžné denní aktivity, kterými zdraví člověk uspokojuje všech-

ny potřeby svého těla, se pro umírajícího mění v překážky. V tomto případě umírající potřebuje pomoc druhých, ať už rodiny, příbuzných, či celého ošetřujícího personálu. Tělo umírajícího pomalu chátrá, svalstvo ochabuje a člověk je vyčerpaný. Pomoc druhých by se tedy měla zaměřit na bolest, dýchání, příjem stravy, hydrataci, kontinenci, hygienu a v neposlední řadě na rehabilitaci (Svatošová, 2012, s. 21-22; Špatenková a kol., 2014, s. 82).

Potřeby psychické

Z okruhu psychických potřeb zde pro umírajícího člověka hraje roli strach z bytí, z přicházející smrti či ze samotného umírání a následně strach z toho, co bude dál. Do skupiny potřeb umírajícího lze zařadit i potřebu splnit svůj úkol. V každé části lidského života člověka čekají různé úkoly. Po celý lidský život se jedinec zařazuje do společnosti tak, aby naplnil samotnou podstatu života. Snaha být sám sebou, zodpovědnost vůči sobě a osobě blízké, budovat si samostatnost, učit se přizpůsobovat a ustupovat, starat se o druhé, budovat a rozvíjet rodinný život a úspěšnost v pracovní oblasti. A v konečném stádiu splnit úkol v podobě postavení se čelem ke strachu z ukončení životní etapy (Marková, 2010, s. 67-68; Špatenková a kol, 2014, s. 83).

Potřeby sociální

Jak je již výše zmiňováno, člověk je společenský jedinec, který nechce být sám. Je tedy jednoznačné, že nechce ani osamoceně umírat a hlavně nezůstat osamocen. U umírajícího v konečném stádiu jsou velmi důležité hodnotné společenské vztahy se sociální oporou, kterou umírajícímu zajistí hlavně nejbližší člověk. Pro klidnou smrt je klíčové objasnit si vazby ke společenské síti (Špatenková a kol, 2014, s. 84-85).

Potřeby spirituální (duchovní)

Tyto potřeby spadají do oblasti vyšších lidských potřeb. Otázky týkající se podstatných struktur života si kladou lidé na celé planetě, především lidé v období nemoci nebo umírání. Speciálně u umírajících se duchovní potřeby dostávají do předmětu zájmu v podobě potřeby přijetí, potřeby zúčastnit se na mši svaté nebo samotné zpovědi. Význam jednotlivých potřeb se pořád mění, čímž je důležité tyto přání umírajících neustále obnovovat (Špatenková, Dorková, 2014, str. 85).

Do skupiny spirituálních potřeb umírajícího či těžce nemocného patří následující:

Potřeba přijetí

Rovnocenné přijetí je pro umírajícího člověka s jeho osobností, která se mnohdy v této situaci po straně nálad, postojů či názorů mění, společně s chorobou nemocného nesmírně důležitá (Hatoková a kol., 2013, s. 130).

Potřeba důstojnosti

Každý umírající má právo na to, aby s ním bylo jednáno s respektem a uznáváním jeho důstojnosti (Hatoková a kol., 2013, s. 131).

Potřeba pravdy

Každý z nás, bez ohledu na to, je-li člověk zdravý, nemocný, či dokonce umírající si zaslouží pravdivé jednání a informace. Umírající člověk dokáže ihned zaznamenat náznak přetvářky a nepravdivého jednání (Hatoková a kol., 2013, s. 131).

Potřeba vlastního klidu

Klid nelze přirovnávat k tichu. Protože není možné v nemocničním zařízení poskytnout každému umírajícímu samotný pokoj a mnohdy tento pokoj sdílí s dalšími pacienty, stává se, že nezbyvá nic jiného, než si pro svůj vlastní klid vytvořit jakousi virtuální niterní „komůrku“. Tato komůrka umírajícímu umožní přemýšlet, hodnotit svou dosavadní životní pouť, popřípadě se pomodlit. Jako doprovázející člověk tuto potřebu klidu uznáváme (Hatoková a kol., 2013, s. 131).

Potřeba odpuštění

Tato potřeba se nemusí vyskytovat u každého umírajícího. Do potřeby odpuštění lze zařadit uznání vlastní viny, zpověď a odpuštění jak sobě, tak jiným. Toto odpuštění mnohdy představuje nemalou duchovní a duševní útěchu (Hatoková a kol., 2013, s. 131).

Potřeba povolení zemřít

V období umírání nadejde situace, kdy umírající cítí potřebu před sebou, před okolím či blízkými vyjádřit přání odejít. Umírající často od nejbližších osob jakoby žádal schválení odchodu na onen svět (Hatoková a kol., 2013, s. 131).

Senioři na sklonku svého života posuzují svůj život a ptají se sami sebe na otázku významu dosavadního života. Vracejí se do různých etap života a zjišťují, zda je možné považovat všechny své úkoly za splněné a především jestli dosáhli svého životního cíle. Avšak na

spoustu otázek se jim odpovědi nedostává ihned. Proto přichází potřeba si s někým o této problematice promluvit a předat své pocity a myšlenky někomu, kdo bude ochotný naslouchat a dát člověku čas na to, aby si otázky sám zodpověděl.

V institucionálním systému ošetřující personál nemůže plně nahradit úlohu duchovního. Nicméně v této oblasti seniorovi může pomoci přijatelnou rozpravou. Senior se často svěří se svým utrpením a chybami, které za jeho život učinil. Proto je nedílnou součástí každé dobré všeobecné sestry či jiného ošetřujícího personálu umění naslouchat. Nejen senior ale každý člověk má v oblasti duchovních potřeb i potřebu soudržnosti, jistoty a určitou vazbu s někým. I zde může hrát personál, nebo pečující osoba velmi důležitou roli (Mlýnková, 2011, s. 50).

3 KOMUNIKACE

Komunikace je všemocný prostředek. Díky komunikaci je možné odhalit deficit v jakékoliv sféře potřeb člověka. V duchovní oblasti je ale zaznamenán s komunikací menší problém. Nedostatečná orientace v problematice, nedostatek praxe, a někdejší tabuizování smrti v lidech pečující o nemocné či umírající vyvolalo nejistotu a stranění se tématu. Personál má často strach hovořit s pacientem na téma duchovna ani na další témata se spiritualitou spojená (Malíková, 2011, s. 270).

Perrin uvádí, že nemocní a umírající pacienti společně s jejich rodinami očekávají od lékařů a ošetřujícího personálu v komunikaci především upřímnost (Perrin cit. In Matzo, 2006, s. 221).

3.1 Komunikace s umírajícím

V zásadách rozhovoru s umírajícím nelze přesně vymezit toho, kdo je vhodný pro vedení rozhovoru či ne. Jak se také říká, kolik autorů, tolik názorů. Dle Wintera je před kvalitním pastýřským rozhovorem ze strany toho, kdo povede rozhovor, důležité smířit se nejdříve se svojí vlastní smrtelností. Považuje za nezbytné sestavení základního vlastního postoje k vlastnímu umírání. Ansohn naopak definoval člověka, který není připraven na setkání se s umírajícím. Podle jeho názoru je to člověk, který často přemýšlel nad otázkou smrtelnosti. Hlavním problémem je podle Ansohna ukrytý ve strachu ze smrti. Nevhodným je i ten, kdo si o problematice nastudoval spoustu informací a má v paměti vryté životní moudra a myšlenky týkající se smrti. Cílem rozhovorů s umírajícím je především posílit víru, pozitivně ovlivnit vztah mezi umírajícím a Bohem, zmírnit či odstranit obavy, úzkosti a strach (Winter, 1976, Ansohn, 1965 cit. In Křivohlavý a kol., 1995, s. 53-55).

Ke komunikaci s umírajícím nepostradatelně patří naslouchání. Ačkoli se někomu může zdát naslouchání jako velmi jednoduchý a obyčejný komunikační prostředek, není tomu tak. Takové naslouchání je v mnoha případech umění. Při naslouchání, se může objevit celá řada chyb, které v horším případě mohou vyvolat až hádku. Je proto doporučeno pár klíčových pravidel, do kterých lze zařadit udržování očního kontaktu, soustředěnost na každé slovo a občas dát i najevo naslouchání pomocí přikývnutí. Nelze zapomenout ani na ovládnutí svého vlastního ega, které mnohdy nutí při naslouchání vychovávat, kázat či dávat rady. Problémem při naslouchání se může stát i nutkání dopředu přemýšlet o vhodné budoucí odpovědi.

V případě naslouchání u umírajícího pacienta je naslouchání velmi těžké jak pro doprovázející osobu, tak pro samotného umírajícího. Mnohdy se při svěřování nelehké, či bolestivé zkušenosti dostávají chvílky ticha, které nemusí vždy představovat nutnost odpovědi. Mnohdy je dobré chvíli posečkat a nechat působit již vzniklé ticho (Vojtíšek a kol., 2012, s. 101-113).

Rozhovor obsahující slovo smrt patří mezi ty nejsložitější úkoly. Lidé doprovázející umírajícího se mnohdy bojí, že nějakým slovem danou situaci ještě více doženou ke zhoršení či dokonce až v pláč. Vyhýbáním se konverzaci ale může u umírajícího vyvolat pocity lhostejnosti a nezájmu okolí (Callanan a kol., 2005, s. 61).

Při rozhovoru je nejdůležitější trpělivost. Trpělivost nám mnohdy může pomoci odhalit i náznaky něčeho, co se nám umírající obává sdělit. Bohužel ale ne každý je touto vlastností obdarován (Ulrichová, 2009, s. 106-107).

Perrin ve své práci uvádí, že se lidé diskuze s umírajícím pacientem bojí a co nejdéle se jí vyhýbají. Uvádí také, že podle studií všeobecné sestry, které se s umírajícími lidmi setkávaly již při svých studiích, měly menší strach s těmito lidmi ve své praxi smysluplně a upřímně hovořit. Toto jim umožnilo porozumět nelehké situaci, ve které se umírající na sklonku života ocitá. Spousta sester považovala tyto zkušenosti jako jakýsi dar, který jim umírající věnoval (Perrin cit. In Matzo, 2006, s. 221).

4 PALIATIVNÍ PÉČE

Pojem paliativní medicína lze zformulovat jako souhrnnou léčbu s péčí o nemocné s onemocněním, které neodpovídá na kurativní nebo běžnou léčbu. Nelze určit univerzální definici paliativní péče a medicíny. Světová zdravotnická organizace v roce 2002 uvádí, že jde o postoj, který se snaží zlepšit kvalitu života nemocného společně s jeho rodinou, která je také vystavena tlaku života ohrožujícího onemocnění. Úkolem je předejít a zmírnit utrpení, pomocí brzkého odhalení, správného vyhodnocení a zklidnění bolesti společně s jinými potížemi z tělesných, psychických, spirituálních a sociálních oblastí (Marková, 2010, s. 19; WHO, cit. In Vorlíček a kol., 2004, s. 24-25).

Paliativní léčba má mnoho forem. Lze se s ní setkat v nemocnici, v hospici, ale i v domácnosti. Proto je nutné hospic považovat pouze za jednu z možností poskytování této péče (Hospice.cz, © 2010).

Cílem pobytu v hospici je zmírnit trápení a zajistit stav pohody ve všech základních sférách lidských potřeb tedy fyzických, psychických, společenských a duševních. Zajistit kvalitu zbývajícího života. Může se zdát, že je paliativní péče docela nový specializovaný obor. Ve skutečnosti je tomu ale naopak. Paliativní péče se řadí mezi nejstarší mezioborovou péči. V dávných dobách začínala paliativní péče ve formě útulků pro těžce nemocné a zmrzačené (Vorlíček a kol., 2004, s. 19; Callanan a kol., 2005, s. 32).

Ve středověké době byl hospic známý jako místo pro poutníky a cestovatele, kde jim bylo nabídnuto odpočinku, jídla a střechy nad hlavou. V případě nemoci, či umírání jim zde byla poskytnuta pomoc. Časem se činnost hospiců přesunula na péči o umírajícího člověka. Hospic dnešní podoby vznikl až na počátku 19. století, kdy se umírání v nemocničních zařízeních začalo přisuzovat jako selhávání medicínské praxe. Odezvou na tento stav začali vznikat místa, která se začali více věnovat péči o smrtelně nemocné a umírající. V prvních hospicích zdravotnická péče jako taková poskytována nebyla, tuto péči poskytovali především řádové sestry. Hlavním znakem zde byl přístup k umírajícímu (Hátková a kol., 2013, s. 12-14).

První moderní hospic v roce 1967 Hospic Svatého Kryštofa v Londýně založila na základě osobní zkušenosti Cicely Saundersová. A právě tato zakladatelka moderního hospicového hnutí založila filozofii hospicové péče na základě zájmu o umírajícího a komunikaci věnované hovorům o daném onemocnění a utrpení.

V první polovině 20. století zaznamenala medicína velkých pokroků v oblasti léčby a tím pádem i prodloužení lidského života. Smrt se opět vrátila do nemocnic, kde se na ní začalo opět pohlížet jako na přirozený jev lidského života (Hatoková a kol., 2013, str. 12-14).

Dnešním hlavním znakem paliativní péče je multidisciplinarita, tedy spolupráce lékařů, všeobecných sester, sociálních pracovníků, psychologů, psychiatrů, duchovních a v neposlední řadě členů rodiny, přátel a ostatních (Vorlíček a kol., 2004, s. 27).

4.1 Fáze umírání

Tak jak má spousta věcí svoji časovou posloupnost, tak lze rozdělit i umírání. Umírání lze rozdělit do několika časových období. Každé období je specifické určitým chováním umírajícího. Tyto fáze se dělí na tři časové úseky a to na fázi *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

První fáze *pre finem*, neboli fáze před smrtí. Tato fáze nejčastěji začíná po vyslechnutí vážné diagnózy s nepříliš dobrou předpovědí do budoucnosti. Může trvat různě dlouhou dobu v rozmezí pár měsíců, až několik let. V tomto stádiu člověk žije s vědomím, že z jeho onemocnění není návratu a smrt se neúprosně blíží a právě zde umírající prochází pěti fázemi umírání, které jsou podrobněji popsány níže. Z pohledu zdravotnického personálu je velice důležité pacienta psychicky podporovat a hlavně dbát na pacientovo navrácení se k jeho dosavadnímu fungování, tedy k normálnímu životu před vzplanutím choroby (Kutnohorská, 2007, s. 75; Vorlíček a kol., 2004, s. 435-436).

Období *in finem*, neboli období umírání. V lékařské terminologii také označováno jako terminální stav, kdy selhávají vitální funkce. Nemocnému pomalu ubývají tělesné a psychické síly. Dostavuje se nezájem o své okolí, nechutí do jídla, nemožnost a vyčerpání. V tomto období je nutné pohlížet i na rodinu umírajícího, kterou je potřebné v této nelehké situaci podporovat.

Třetí konečné období, *post finem*, neboli období po úmrtí. Charakteristickým znakem pro toto období je péče o mrtvé tělo a jako ošetřující personál doprovodit pozůstalé. Na pozůstalé je nutno myslet nejen bezprostředně po smrti blízkého člověka, ale i v následujících těžkých chvílích a to především tak dlouho, jak sami potřebují (Svatošová, 2008 cit. In Marková, 2010, str. 28).

4.2 Důstojné umírání

Callanan je toho názoru že: „*dobré důstojné umírání je takové, kde je hlavní autoritou umírající.*“ Dá se říci, že díky mnohaleté práci s umírajícími lidmi byly zjištěny dvě základní kategorie témat, vyskytujících se nejčastěji před smrtí. Prvním z nich je téma, kdy se umírající snaží vylíčit stav, do kterého se dostává v momentě umírání. Dalším tématem je prosba o cosi, co jim dovolí zemřít s klidem. Touhy a přání umírajícího je v některých případech nelehké odhalit. Může se stát, že si umírající v závislosti na neuspokojené potřebě určí čas a okolnosti blížící se smrti až do té doby, jsou-li tyto potřeby uspokojeny (Callanan a kol., 2005, s. 22).

Hlavní rolí všeobecných sester při umírání člověka je pomoc. Pomoc usnadnit mu odchod z tohoto světa na další místo. Pro důstojné umírání je podstatný pocit uznání. Člověk má právo sdělovat v tak těžké situaci své pocity a dojmy, má právo být dostatečně o všem informován a především má právo na to, aby nezemřel osamocen. V dávných dobách se smrt odehrávala především v domácnosti, ve známém prostředí, s nejbližšími lidmi okolo sebe. Začátkem dvacátého století se ale umírání přeneslo z domova do nemocničních zařízení, kde se z této lidské životní etapy stala medicínská procedura, kterou vykonává personál nemocnice dle dopředu daných předpisů. Člověk se ocitá v situaci, kdy nastává umírání mezi neznámými lidmi a v samotě. Umírající zde velice brzy začíná ztrácet kontakty s jeho normálním prostředím a začíná mít pocity sociální izolovanosti. Zde ale nastává situace, která se poslední dobou dostává do popředí péče, kdy se zdravotnický a ošetřující personál snaží tuto skutečnost změnit (Callanan a kol., 2005, s. 27; Vorlíček a kol., 2004, s. 437; Funk, 2014, s. 112).

4.3 Charta umírajících

Přijatelným zdrojem cenných informací a inspirací pro péči o umírající by se mohla stát Charta umírajících, přesným názvem „*Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících*“. Lze ji definovat jako etický kodex, který byl vytvořen v roce 1999 Radou Evropy. Podle Vorlíčka (2004, s. 437) zároveň pojednává o strategii vztahující se k praxi v paliativní medicíně.

4.4 Modely umírání

Žádný člověk by neměl umírat sám a důstojné umírání by mělo mít profil společenského jednání. Aby bylo možné tohoto účelu docílit, je potřebné si pevně ustanovit pravidla, týkající se rozdělení práce. A také velice důležité čerpat zkušenosti z modelů péče o umírající (Vorlíček a kol., 2004, s. 437).

4.4.1 Domácí model umírání

Jak již z názvu vyplývá, člověk v tomto modelu umírá v domácím prostředí. Kolem sebe má nejbližší rodinu popřípadě přátelé. Je možné právem mít námitky, že je tento model umírání v dnešní době velmi přikrášlený, neboť v některých případech lidé umírali bez jakékoliv pomoci. Proto je možné přijmout domácí model jako jistý ideální standard. Tento model lze považovat za model starý, který nepatří do dnešní doby. Otázkou je, zda-li tento stav, nemá příčinu v dnešním postavení financí v žebříčku lidských hodnot, kdy pracující člověk, který by rád pečoval o svého umírajícího člena rodiny mnohdy musí zabezpečit na prvním místě základní potřeby své a svých nejbližších. Jistou obvyklou roli zde hrál v minulých dobách také duchovní, který se nejdříve postaral o člověka umírajícího, následně o příbuzné, kterým poskytl duševní podporu (Vorlíček a kol., 2004, s. 437-438).

Umírajícímu je v tomto modelu poskytnuta psycho - sociální pomoc prostřednictvím jeho nejbližších, ať už rodiny nebo přátel. V žádném případě se nejedná o případ, kdy umírá člověk sám. Velkým plusem je i to, že se rodina pomalu připravuje na odchod umírajícího, kde se mohou s členem rodiny rozloučit zповědí posledních slov, které často leží rodině či umírajícímu na srdci. Slabou stránkou tohoto modelu je nepřítomnost odborné lékařské pomoci a kvalitní ošetrovatelské péče, která je na tyto situace připravována (Hatoková a kol., 2013, s. 17).

4.4.2 Institucionální model umírání

Institucionální model je přesunut do nemocničních zařízení, nejčastěji na oddělení léčen dlouhodobě nemocných. Od konce 60. let tohoto století díky pokrokům medicíny přibýlo dlouhodobě a chronicky nemocných. Tito však vyžadují nejen lékařskou péči v době těžké situace ale i v průběhu, kdy je nepostradatelná i péče dalších odborníků, jako jsou například psychologové či sociální pracovníci.

V nemocnicích je umírajícímu poskytnuta kvalitní a odborná lékařská péče. Jak je tomu ale v případě uspokojování psychických, duchovních a sociálních potřeb? V tomto případě je

institucionální systém výrazně omezen. Umírajícímu je poskytnuto běžného léčebného, ošetrovatelského a sociálního pohodlí, ale na splnění potřeby umírajícího v oblasti psychiky a duchovna nezbyvá ve většině případů čas. V minulosti se na potřebu klidu a samoty umírajícího zareagovalo pomocí dodnes známé bílé zástěny, která měla představovat pro umírajícího člověka pocit intimity, klidu a soukromí. Později však bylo prokázáno, že oddělení umírajícího takovým způsobem od okolí je nevýznamné a spíše umírajícímu ubližuje tím, že se člověk cítí ještě více opuštěný a osamocen. Mohou nastat i případy, kdy v posledních chvílích umírajícího, nejbližší rodina toto oddělení od ostatních prostorů přímo žádá s pocitem soukromí a bližší intimity.

Zároveň se v té době zjišťuje i důležitost návštěv příbuzných. V minulých dobách byly návštěvní hodiny omezeny a to pouze na neděli a středu. Umírající byli tím pádem odkázáni v jejich „těžké hodině“ na samotu, eventuálně na přítomnost ošetřujícího personálu. Řada rodin zpravidla nábožensky založených měla pak výčitky z toho, že nechali člena své rodiny umírat o samotě. Proto se tento režim v průběhu doby měnil, s očekáváním, že se daná situace zlepší. Důsledkem častějších návštěv ovšem vznikl problém další, a to jak s umírajícím komunikovat a jak v těchto chvílích jednat (Vorlíček a kol., 2004, s. 438-439).

4.4.3 Paliativní model umírání

Model paliativní je považován za jeden z nejdokonalejších způsobů poskytování péče umírajícímu. Pojí klady a vylučuje nevýhody předcházejících modelů. Pohlíží na člověka jako na bio-psycho-sociální bytost a jeho všechny potřeby. Největší důraz klade na umírajícího a jeho rodinu, naplňování jejich lidských potřeb, přitom onemocnění je až na druhém místě (Hatoková a kol., 2013, s. 17).

Systémem, který má dobré vyhlídky do budoucna je každý takový systém, který spojuje výhody domácího modelu, tak i institucionalizovaného modelu a uznává dnešní módní styl života a dlouholetou tabuizaci témat ohledně lidské konečnosti (Vorlíček a kol., 2004, s. 439-440).

4.5 Model pěti fází umírání

Člověk, kterému je sdělena diagnóza se špatnou prognózou prochází pěti fázemi zcela přirozené citové odezvy. Známou americkou psycholožkou Elizabeth Kübler-Rossovou byl v roce 1969 na základě jejich vlastních zkušeností s umírajícími lidmi založen model pěti

fází umírání. Tento model zahrnuje fáze, které se u člověka různě střídají, avšak není zde podmínkou jejich chronologická posloupnost.

4.5.1 První stádium – popírání a izolace

Tato fáze začíná ihned po sdělení smrtelné diagnózy lékařem, kdy člověk zpravidla tuto skutečnost odmítá. Nejčastější větou je „*Ne, to se určitě netýká mě, to není možné.*“ Lidé v této fázi často považují výsledek diagnózy jako chybu personálu, který nevědomky zaměnil výsledky vyšetření. Někdy dokonce člověk může přisoudit špatnou diagnózu samotnému lékaři a začne si hledat jiného lékaře s nadějí, že výsledky u jiného lékaře budou pro něj lepší. Tady přichází na řadu možnost si o vzniklé situaci popovídat. Rozhovor by měl probíhat až v době, kdy je člověk především psychicky připraven na danou situaci (Kübler-Rossová, 1993, s. 35-36).

4.5.2 Druhé stádium – zlost

Po stádiu popírání a izolace, kdy si člověk se smrtelnou diagnózou uvědomí pravdivou skutečnost, nastává stádium zlosti, zuřivosti, rozhořčení a závisti. Pacient zažívá stavy, kdy se zlobí na celý okolní svět, je mrzutý, mnohdy závidí zdravým jedincům okolo sebe. V knize Elizabeth Kübler-Rossové O smrti a umírání je popsán i případ, ve kterém umírající člověk přál jeho smrtelnou diagnózu člověku staršímu, který už svůj život prožil a který na smrt již čeká. Lidé v této fázi často vyčítají zdraví lidem ve svém okolí. Tuto fázi charakterizuje mnohdy i otázka „*Proč zrovna já?*“ Rodina a zdravotnický personál tuto fázi ale obtížně přijímá. Pacient totiž pro svoji negativitu a zlost často slovně napadá toho, kdo je mu právě nablízku, tedy lékaře i ošetřující personál a rodinu. Projevem zuřivosti a rozhořčení je i fakt, že se pacient snaží hledat negativitu ve všech oblastech, kterou často svádí na okolí. Všichni mu jen ubližují, nikdo ho nechápe a nikdo mu nepomůže. V tomto případě je ale přínosem zajímat se o pacienta a snažit se pochopit jeho situaci. Pacient potřebuje mít pocit, že okolním lidem na něm záleží a že není bezcenný. Tímto zjišťuje, že k tomu aby si vyžadoval pozornost, není zapotřebí zlost a přehnané reakce (Kübler-Rossová, 1993, s. 45-47).

4.5.3 Třetí stádium – smlouvání

V této fázi se dostavuje něco, co je nám již od útlého dětství známo, a to smlouvání. Každý si prožil ve svém dětství období, kdy si vynucoval své potřeby metodou „smlouvání“, která v té době znamenala prostředek k získání svých cílů a potřeb. Umírající pacient v této situ-

aci smlouvá nejčastěji s Bohem, kdy má mnohdy přání prodloužit život či prožít alespoň několik dní bez bolesti a jako protislužbu slibuje zasvěcení svého života Bohu (Kübler-Rossová, 1993, s. 74-76).

4.5.4 Čtvrté stádium – deprese

V případě, kdy se na těle umírajícího začíná řádně projevovat onemocnění, ubývají síly a nemocný přicházející smrt již nemůže popřít, nastává fáze deprese. Deprese nastávají z různých příčin. K úmrtí dochází nejen u jedince vyššího věku, ale i u jedince trpícím nevyléčitelnou chorobou často v produktivním věku. V takovém případě u člověka dochází ke změnám, často ke ztrátě zaměstnání a tím související nedostatek financí, kdy začíná mít umírající pocit, že svoji rodinu již není schopen zabezpečit a dopřát svým dětem dosavadní péči. V tomto případě začíná mít umírající výčitky, že jako osobnost selhal. Dalším faktorem přispívajícím k depresím je nejasná budoucnost. V této fázi je důležité ze strany personálu rozeznat nejedná-li se o deprese, které jsou jakýmsi prostředkem k přípravě vyrovnat se se zanecháním milovaných lidí na tomto světě. Při těchto depresích totiž není příliš vhodné povzbuzovat a ujišťovat (Kübler-Rossová, 1993, s. 77-79).

4.5.5 Páté stádium – akceptace

V poslední fázi umírající člověk dosahuje vnitřního klidu a vyrovnanosti. Umírající již přijímá skutečnost, že se smrti nelze vyhnout. Pacient přestává přijímat návštěvy a začíná vnímat ticho. V komunikaci s člověkem v této fázi často přibývá mimoslovních projevů, mnohdy je pro umírajícího pouhý dotek více než tisíc slov. Umírající je tedy se vším smířený a čeká na odchod z onoho světa (Kübler-Rossová, 1993, s. 99-100).

5 DUCHOVNO A POSKYTOVÁNÍ DUCHOVNÍ PÉČE

U lidí v období nevléčitelné nemoci, či ve stádiu umírání se může objevit strach, strach ze všeho co je čeká a jestli tuto těžkou zkoušku zvládnou. Dalším velmi častým trápením je pocit, že za svůj dosavadní život člověk nevytvořil nic dobrého a již mu nezbývá čas pro změnu. Může se objevit i pocit osamělosti a to především v nemocničních zařízeních, kde pacient pomalu ztrácí kontakt se svoji rodinou. Začínají se objevovat otázky ohledně prožitého života, člověk se snaží usmířit nejen sám se sebou, ale i s jeho nejbližšími. Právě tady nachází své místo poskytování duchovní podpory. Výsledky „Sčítání domů a bytů“ v roce 2011 ukazují, že v České republice z celkového počtu věřících 1 463 584 obyvatel se právě k římskokatolické církvi hlásí celkem 1 082 463 obyvatel. Z tohoto důvodu se následující kapitoly věnují křesťanské víře (Český statistický úřad, ©2011).

5.1 Smrt a Bible

Filozof Platón rozdělil lidskou bytost na duši a tělo. Byl toho názoru, že je duše oproti tělu nesmrtelná. Myšlenkou se začalo řídit i křesťanství a to až do minulého století, kdy tuto myšlenku na základě nedostatku důkazů v Bibli odborníci vyvrátili.

Bible praví, že smrt člověka je jakýmsi oddělením. Duchovní smrt Bible popisuje jako odnětí lidské bytosti od Boha přes hřích. Dále popisuje i smrt tělesnou, jako odnětí vnitřní osobnosti člověka, tedy duše či ducha od těla. Různé církve věří na posmrtný život a nesmrtelnost duše. Jak ale na tento život pohlíží Bible? V bibli se praví, že zemřelý člověk spí a vyčkává příchodu Ježíše Krista, který mrtvému přináší soud. Ve spánku člověk nic necítí, nemá bolesti a netrápí se. Bible smrt chápe jako rozpad lidské bytosti, se kterou již nelze navázat kontakt. Smrt přirovnává k bodu, ze kterého již není možné návratu (Kaczmarczyk, © 2009; Znameni Casu, © 2015).

5.2 Spiritualita

Spiritualita má původ v latinském slově „spiritualis“ neboli duchovní, odvozeného ze „spiritus“ též jako dech či duch. V křesťanství toto slovo uvádí vliv třetí božské osoby, tedy Ducha svatého, na člověka a jejich vzájemný vztah a roli pro lidský život (Vojtíšek a kol., 2012, str. 10).

Sociolog a psychoterapeut Tomáš Halík pokládá spiritualitu za zcela přirozený rozměr člověka i společnosti. Náboženskost přirovnává ke smyslu pro humor či krásu, kde tyto

dimenze mohou být rozvinuty, pozastaveny na kraji lidského života, zanedbány, nebo dokonce úmyslně potlačeny (Halík, 2008 cit. In Vojtíšek a kol., 2012, s. 13-14).

Porozumění této problematice je pro práci v pomáhajících profesích velmi důležité. Poznání člověka s jeho spirituálním nastavením nám pomůže vcítit se do jeho situace, odhalit dosud neznámé problémy a tím zjednodušit personálu saturaci pacientových potřeb (Vojtíšek a kol., 2012, s. 44).

Období onemocnění a následná hospitalizace mnohdy představují určitou krizi. Člověk v období krize ztrácí svojí niterní rovnováhu. Odpovědí na tento stav je nalézání nového zdroje síly, která má člověku pomoci tuto krizi obstát. V této fázi si člověk začíná přehodnocovat, promýšlet a tvořit nové životní hodnoty a názory (Univerzita Karlova, 2000, s. 20).

5.3 Spiritualita a smrt

Problémy, které souvisí se smrtí, jsou již od pradávna těsně spojeny se spiritualitou. Duchovní zvyklost se snaží po celá léta najít směr pro smíření se se strachem z přicházející smrti. Člověk se díky uvědomění si smrtelnosti učí odpovědnosti a zažívá pocit čehosi, co doplňuje jeho život. V dávných dobách byly domovy pro seniory zbudovány na místech daleko od lidí, tedy izolovaně na okrajích měst. Tyto separace se prováděly především z důvodu prevence a předejití strachu ze smrti, kdy šlo o to odstranit staré občany mnohdy na sklonku svého života z očí ostatních.

Na základě problémů týkající se smrtelnosti se u duchovních tradic odvíjelo mnoho pojetí smrti. Nejčastějším pojetím je vztah mezi duší a tělem, kdy se tento vztah různí. Některé tradice souhlasí s tím, že duše neumírá a není teda závislá na těle, po ukončení pozemské pouti duše tělo opouští a odchází na věčnost. Dalším názorem je obnovení těla i duše znovuvzkříšením, nebo opuštění duše pro život ve druhém světě. Většina duchovních tradic přislubuje nějaký život po smrti. Tento pomyslný život ale může představovat nejen krásné vyhlídky na život v ráji, bez utrpení a bolesti, nýbrž i protikladný život, tedy život v pekle, v místě, kde duše trpí a je trýzněna pro její pozemské hříchy. Proto je pro umírajícího člověka často velmi důležitá zpověď, která pro něj představuje jakýsi poslední ortel, kdy se ze svých pozemských hříchů duchovnímu vyzpovídá a usnadní si přechod do života věčného.

Nutností k vyrovnání se s přicházející smrtí je i porozumění aktu smrti samotné. Porozumět lidem usnadní především otázka náboženství, které napomáhá v otázkách smyslu smrti

v lidském životě. Nejčastěji užívaným způsobem jsou příběhy, a to i vlastní životní příběhy.

Výzkumy poukazují na to, že věřící lidé s vnitřní vírou se bojí smrti daleko méně, než lidé nevěřící. Možným faktem u křesťanských věřících může být prožívání něčeho tajemného s doprovázením samotné existence Boha (Vojtíšek a kol., 2012, s. 198-203).

Doprovázení umírajícího po duchovní stránce je tedy jasné. Větším oříškem je pro doprovázejícího člověka člověk nevěřící. V tomto případě je tedy nutností vyhledávat osobitý přístup uznávající přesvědčení daného jedince. S provázením člověka bez víry nám mimo jiné může pomoci publikace Irvina Yaloma z roku 2006 *Pohled do slunce*. Autor ve svém díle zastává názor, že je smrt konečným ukončením lidského bytí (Vojtíšek a kol., 2012, s. 205).

Vojtíšek (2012, s. 207) je toho názoru, že by provázející člověk měl na umírajícího pohlížet jako na jedinečnou osobu s vlastními potřebami, na které by měl reagovat. Není zde na místě hodnotit, soudit ani klást na umírajícího speciální nároky pro jeho přijetí. Ideálem je zde Ježíš, který zastupuje hlubokou lásku ke všem bez jediného náznaku výčitek. Úkolem není tedy odsuzovat ale věřit a naslouchat.

5.4 Počátky křesťanské služby nemocným

Církev spatřovala v nemocných a umírajících lidech Kristovo utrpení, proto přirovnávala službu těmto lidem jako službu samému Kristu. Předpokládá se, že církev spíše než pomoc tělesnou poskytovala pomoc duchovní. V období církevní rané péče o nemocné a umírající pečovaly řádové sestry-diakonky. Nový zákon hovoří o první diakonce jménem Foibé. Svůj vzor spatřily tyto ženy v ženách starajících se o Ježíše a jeho učedníky (Univerzita Karlova, 2000, s. 29).

Pomoc v oblasti duchovní sféry nejčastěji poskytují organizace, udržující a rozvíjející duchovní zvyk, který se pro člověka stal inspirací. Z pohledu křesťanství je tato pomoc součástí pastorační péče. Tuto péči si lze představit jako péči, kterou poskytuje věřící křesťan, který doprovází nemocného člověka v jeho nelehké situaci, v jeho nemoci či v umírání a pomáhá mu na úrovni pacientovi víry zvládnout tuto etapu (Vojtíšek a kol., 2012, s. 50; Opatrný, © 2000-2014).

Vojtíšek a kol. (2012, s. 67- 68) jsou přesvědčeni, že pomoc v oblasti spirituality může poskytnout kdokoliv, a to i bez speciálního vzdělání. Jistě jsou užitečné určité znalosti

v oblasti religionistiky. Tyto znalosti však mohou být podle jejich názoru substituovány zájmem o náboženské dění v kolektivu, snahou hledat nové informace a ochotou se stále učit. Znalosti však ocení pacient/klient, který pozná, že pracovník ví, o čem hovoří, tudíž si u pacienta pracovník získá důvěru.

Lidské společenství lze rozdělit do tří skupin z hlediska víry. První skupinu tvoří lidé, kteří přijali Ježíše Krista za Spasitele a Pána, s Kristem žijí a jeho učení z plného srdce přijímají. Tito lidé při konečném stádiu svého života pocítují potřebu posílení v jejich víře, potřebu modlitby a potřebu mít na blízku milující spřízněnou osobu. Na tyto potřeby lze zareagovat vhodně zvolenými biblickými texty, křesťanskými písněmi či hlasitými modlitbami, které na první pohled již značně unavené, vyčerpané, fyzicky nemohoucí tělo umírajícího pořád vnímá.

Druhá skupina lidí o Ježíši Kristu ví, ale dosud se nerozhodli přijmout jeho spásu. U těchto lidí je na prvním místě objasnění základního poselství evangelia a na něm navazující samotné rozhodnutí o svém životě. V návaznosti na tomto rozhodnutí je důležité dát nemocnému či umírajícímu člověku víru v Boží zaslíbení, které mu pomůže v jeho myslí.

A konečně třetí a poslední skupinou lidí je skupina, která neprojevuje žádný osobní zájem a víru ve spasení v Ježíši a jeho učení. Neznamená však, že tito lidé nemají duchovní potřeby. I v tomto případě je potřeba položit otázku umírajícímu, zda-li má zájem o přiblížení evangelia. V případě odmítnutí se však evangelium ani žádné jiné náboženské aktivity nevnucují (Kaczmarczyk, © 2009).

5.4.1 Doprovázení umírajícího

Doprovázení umírajícího představuje společné prožívání stejných chvil, čímž dokazujeme, že s dotčenou osobou společně prožíváme nejen dobré chvíle ale i chvíle nepříjemné. Nejčastějšími momenty jsou momenty bolesti, smutku, zklamání, ale i momenty radosti a smíření. Tyto momenty jsou specifické svojí jedinečností, hloubkou či jemností. Velmi důležitá je ochota naslouchat a setrvat u umírajícího kdykoli bude potřebovat. Hlavním cílem doprovázení je vyvolat u umírajícího pocit, že zde není v tak nelehké situaci sám, že je s ním někdo, na koho se může obrátit, kdo mu v jeho nelehké životní situaci pomůže. Doprovázející představuje pro umírajícího oporu ve všech pěti fázích psychické reakce (Ulrichová, 2009, s. 96-97).

Farář Kaczmarczyk má zato, že je na čase zřídit v nemocničních zařízeních „duchovní sestru“. Ta by zde podle jeho názoru byla pro nemocného či umírajícího pacienta spojnicí mezi

pozemským a nadpozemským životem. Financování činností těchto sester by se dle jeho názoru pokrylo z jednotlivých církví, se kterými by tyto sestry spolupracovaly (Kaczmarczyk, © 2009).

5.5 Duchovní (pastýřská) péče

Co si představit pod pojmem duchovní pastýřská péče? Definic je spousta, Seelsorge a Becker pastýřskou péči popisují jako specifický druh přístupu člověka k člověku. Tento přístup vychází z evangelia, ze kterého čerpá inspiraci. Projevem je osobní vzor, rada, povzbuzení, odpuštění, potěšení a reálná pomoc (Seelsorge a Becker, 1983 cit. In Křivohlavý, 1995, s. 49).

Za dob socialismu bylo poskytování duchovní podpory v nemocničních zařízeních znemožňováno v duchu ideologie té doby. Návštěva duchovního v takovém zařízení byla nelehká, často nemožná. Duchovní navštěvovali pacienty potají na základě žádosti personálu či rodinných příslušníků. Na víru bylo v těchto dobách pohlíženo jako na privátní záležitost, se kterou se mnohdy umírající nemohl svěřit ani ošetřujícímu personálu ani pacientům, se kterými sdílel pokoj. Často byli pacientovi spirituální potřeby typu zpovědi či bohoslužby poskytnuty ještě v době před hospitalizací, tedy ve vlastním domě. Poslední dobou se ale duchovní péče dostává do popředí zájmu, a je na tuto oblast pohlíženo jako na nezbytnou součást ošetrovatelského procesu (Hatoková, 2013, s. 112).

Deficit duchovních potřeb je pro zdravotníky v mnoha případech nelehké odhalit. Nedostatek se u člověka může projevit v různých oblastech jako je psychické nebo citové prožívání s následnými tělesnými změnami nejčastěji v podobě nespavosti, podrážděnosti, bolesti a smutku. Proto zde přichází na řadu personál, který by pomocí své praxe, vědomostí a znalostí měl zavčas rozpoznat, že dotyčný člověk strádá a nedostává se mu něčeho.

Nejčastější formou pomoci a uspokojení duchovních potřeb pacientovi či umírajícímu je církevní pomoc. Již v roce 2011 bylo možné v České republice najít více jak 25 církevních sdružení a uzavřených náboženských skupin. Počet ale s přibývajícím časem neustále roste. (Malíková, 2011, s. 269-271).

Uspokojené duchovní potřeby znamenají pro pacienta/klienta či umírajícího nemalou pomoc. Takový člověk je ve svém nitru klidný, dokáže pochopit vzniklou situaci, a ví, kde najít pomoc v těžkých situacích. Cílem je uspokojit i nejhlubší potřebu umírajícího a to potřebu někoho, tedy toho, kdo ho bude doprovázet a bude mu po boku i v nejtěžších chví-

lích. Osobu, které může umírající věřit a které může sdělit cokoliv (Malíková, 2011, s. 273-274; Křivohlavý, 1995, s. 60).

Při poskytování duchovní podpory duchovní nemůže ihned po vstupu do pokoje začít společnou modlitbu, požehnáním či očekávat okamžitou poctu. Duchovní si u člověka, který se ocitá na straně nemocného či umírajícího musí nejdříve získat důvěru, a to především nasloucháním a věnováním pozornosti tomu, kým pacient doopravdy je (Moore, 2010, s. 75).

Poskytování duchovní (pastýřské) péče nemocnému

V případě, je-li poskytována pastýřská péče člověku nemocnému, jde spíše o vnitřní posílení pacienta v jeho boji se samotným onemocněním vedoucí ke zvítězení nad touto nemocí, s bolestí a s komplikacemi choroby (Křivohlavý, 1995, s. 50).

Poskytování duchovní (pastýřské) péče umírajícímu

Dalším případem je případ, kdy je tato pastýřská péče poskytována těžce nemocnému či umírajícímu. Zde tato péče pomáhá umírajícímu přijmout fakt smrti, vyrovnat se s realitou, akceptovat ji a smířit se s přicházející situací. Duchovní péči o umírajícího lze dále rozdělit do tří fází ve vztahu k stádiu umírání a to ve fázi *pre finem*, *in finem*, nebo *post finem* (Křivohlavý, 1995, s. 51).

Pastýřskou podporu v nemocničních zařízeních nejčastěji poskytují kněží, kaplani a pastorační asistenti, kteří musí splňovat určité kritéria.

- Kněz. Hlavní podstatou kněze je správa nejnižší položené církevní farnosti. O farnost pečuje jak po náboženské stránce, tak po straně úřední. V životech lidí založených na křesťanskou víru se užívá i pojmu otec, či řeholní kněz.
- Kaplan, též označován jako farní vikář. Tento název pochází z původního názvu kněz v kapli. Jde o pomocníka kněze, který má určité úkoly jako jsou například výuka na fakultách či služby v nemocnicích, ve věznicích a podobně.
- Do skupiny působících lidí ve farnosti patří i lidé- laici, kteří jsou bez kněžského svěcení. Do této skupiny lze zařadit například pastoračního asistenta či asistentku, kdy se jedná o laiky, kteří jsou pověřeni knězem a vykonávají ve farnosti určité služby. Pastorační asistent musí splňovat následující kritéria: teologické minimum, absolvování kurzu pastorační péče, krizové intervence a kurzu komunikace, znalosti o duchovní péči poskytované jednotlivými církvemi, základní znalosti v oblasti lékařské a zdra-

votnické etiky a v neposlední řadě praxe a pověření vlastní církví. (Církevní historie, ©2015; Svatošová, 2012, s. 88-89).

5.6 Nemocniční duchovní

Jak je zde již výše popsáno, nejčastější formou poskytování duchovní podpory v institucích poskytující lékařskou či ošetrovatelskou péči, je dle většiny pracovníků návštěva pacienta/klienta nemocničním duchovním. Co si pod tímto pojmem ale představit? Nemocniční duchovní je člověk, který svou bytostí, životní specializací a vírou konkrétně představuje něco, v co věří umírající, nejčastěji v přítomnost Pána Boha. Lze si duchovního představit i jako člověka, který umí naslouchat, podpořit, uklidnit a především se postarat o pozůstalé. Představa, že je o pozůstalou rodinu postaráno, je pro umírajícího nepostradatelnou součástí k dobrému umírání (Křivohlavý, 1995, s. 60-61).

I nemocniční kaplan musí splňovat kritéria v podobě dokončeného teologického vzdělání na magisterském stupni, kurzu pastorační péče, krizové intervence a kurzu komunikace. Nemocniční kaplan prokazuje znalosti v oblasti lékařské a zdravotnické péče, zdravotnické etiky, zná organizaci v nemocnici, je schopen komunikovat i v jiném světovém jazyce, splní praxi před a v průběhu přípravy a v neposlední řadě je zde nutné pověření vlastní církví. Duchovní mající zájem o působení v nemocničních zařízeních by vedle základního teologického vzdělání měl své vědomosti rozšířit i v oblasti psychologie, psychoterapie, krizové intervence a psychopatologie (Svatošová, 2012, s. 88; Univerzita Karlova, 2000, s. 40-41).

V cizích zemích jsou dokonce již pár desítek let nemocniční kaplani zaměstnáni na plný či částečný úvazek. Finanční stránku zajišťuje sama nemocnice nebo nemocnice spolu s určitou církví. Ve Velké Británii je možné se setkat se všeobecným sdružením s názvem The Hospital Chaplain's Fellowship. Členové tohoto sdružení jsou právě duchovní, kteří jsou zaměstnáni v nemocničních zařízeních. Jednotlivé pobočky tohoto sdružení umožňují následující vzdělávání a společné setkání, které má za cíl rozvíjet dál své společné zkušenosti. Podmínkou pro přijetí duchovního do pracovního poměru je teologické vzdělání s následným pastoračním výcvikem (Univerzita Karlova, 2000, s. 32-33).

Dalším charakteristickým znakem duchovního je dobrovolnost. Duchovní nikomu nikdy víru nevnucuje. Nemá-li člověk o pomoc v této oblasti zájem, má nárok na to říci narovinu

NE. V každém případě je člověk vůči duchovnímu pastýři svobodný (Univerzita Karlova, 2000, s. 36).

5.6.1 Spolupráce personálu s duchovním

Spolupráce personálu v nemocničních či jiných pobytových zařízeních s duchovním hraje v poskytování duchovní podpory také důležitou roli. Všeobecné sestry pomáhají seznámit duchovního s pacientem, s jeho osobností a se členy jeho rodiny. Ze strany lékařů je poskytována pomoc duchovnímu v podobě stručného popisu zdravotního stavu pacienta a zda-li je pacient dostatečně informovaný ohledně jeho zdravotního stavu. Platí zde pravidlo, že veškerá komunikace mezi zdravotnickým i nezdravotnickým personálem a duchovním ohledně pacienta musí být uskutečněna v soukromí, bez přítomnosti. Někdy mohou nastat nepříjemné situace, kdy se pacient může nedopatřením dohlechnout konverzaci a následně si cokoliv špatně vyložit. Proto se personál snaží tomuto případu předejít (Křivohlavý, 1995, s. 62).

5.7 Církevní nemocnice

Z církevních nemocnic lze vzpomenout dvě církevní nemocnice Zlínského kraje, a to nemocnici Milosrdných bratří ve Vizovicích a nemocnici Milosrdných sester v Kroměříži. Tyto nemocnice se od nemocnic státních, krajských či soukromých liší, a to nejen názvem. Dle vrchní sestry kroměřížské Nemocnice Milosrdných sester, která v nemocnici zároveň zastupuje roli provozovatele lze rozdíly spatřit v kvalitě poskytované péče a především v duchovní dimenzi. Za další rozdíl lze považovat i vybavení nemocnice v podobě veselých barevných stěn v jednotlivých pokojích a hlavně úsměv, který je zde pro personál na každodenním pořádku. Podobný názor má i MUDr. Zdislava Tělupilová, ředitelka Nemocnice Milosrdných bratří ve Vizovicích, která klade důraz na to, aby pro nemocné či umírající personál udělal víc, a to zejména laskavým a vstřícným přístupem, díky kterému se pacienti v nemocnici budou cítit mnohem lépe. Důležitou součástí této péče je hlavně tým zaměstnanců, tedy dobrý kolektiv, a to mezi celým personálem. Proto je již při výběrovém řízení pohlíženo na vztah zaměstnance k pacientům. Hlavní podmínka k přijetí není nutnost víry, nýbrž profesní přístup, empatie, vstřícnost a ochota (Tělupilová, cit. In Gračka, © 2010).

5.7.1 Nemocnice Milosrdných bratří

Pod pojmem milosrdní bratři si dle internetových stránek nemocnice Milosrdných bratří lze představit společnost laických bratří, kteří jsou zasvěceni k poskytování služeb umírajícím či chorým lidem. Spolu se slibem týkajícího se čistoty, poddajnosti a chudoby je složen i slib hospitality, tedy starostlivost o nemocné. Motem Milosrdných bratří je heslo: *Per corpus ad animam*, v překladu tělem k duši. Zakladatelem tohoto řádu je svatý Jan z Boha, který zřídil v roce 1539 v Granadě první řádové nemocniční zařízení, které položil na nových předpokladech, kterými se stala láska, lidskost a nové pravidla hygieny. V České republice lze najít sídlo tohoto řádu v nemocnici ve Valticích již od roku 1605. Nemocnice tedy úzce spolupracuje s konventem, tedy se shromážděním členů kláštera (Nmbvizovice, © 2015).

5.8 Rituál pomazání nemocných

Je možné, že si lidé poji rituál pomazání nemocných s posledním pomazáním. Není to však chybou, tento název se opravdu užíval a to až do roku 1965. Poslední pomazání bylo udělováno umírajícím lidem. V čase totality se rituál pomazání označoval za utajený výkon, který se prováděl tajně v průběhu návštěvy. Příležitost využití kaple v tomto období totiž nebyla možná a to z důvodu zlikvidování nemocničních kaplí, kdy tento stav trval až do roku 1990. Po tomto roce se ale postoj k rituálu pomazání nemocných změnil a rozšířil. Tento rituál se tedy netýkal pouze umírajících a těžce nemocných lidí, začali se o něj zajímat i lidé, které čekal nějaký chirurgický zákrok. Z církevního hlediska si rituál pomazání klade za cíl spirituálně posílit a utěšit těžce chorého nebo umírajícího. Hlavní součástí rituálu je právě posvěcený olej. Tento olej duchovní aplikuje na pacientovo čelo a ruce s doprovázející modlitbou: „*Skrze toto svaté pomazání ať ti Pán pro své milosrdenství pomůže milosti Ducha svatého. Amen. Ať tě vysvobodí z hříchů, ať tě zachrání a posilní. Amen*“. Po modlitbě následuje další řada modliteb či čtení z Písma svatého. (Funk, 2014, s. 157-158).

5.9 Modlitba

Modlitbu lze zařadit do rozhovoru s umírajícím. Umírající si může vybrat, v jednom případě o modlitbu duchovního požádá, v druhém případě může požádat o společnou modlitbu. Je důležité, aby modlitba nebyla příliš dlouhá s ohledem na zdravotní stav umírajícího, proto se nejčastěji volí modlitba „Otče náš“ (Křivohlavý, 1995, s. 67).

5.10 Svatá zpověď

Svatou zpověď si lze vysvětlit jako svátost, při které se člověk očisťuje od svých hříchů, které úzce souvisí s Bohem. Je to jakýsi stav, kdy se jedinec, který si uvědomí prohřešek vůči své, či jiné osobě a především vůči Bohu za cílem vysvobození od těchto hříchů, očisťuje pomocí zpovědi. Dalším hlavním cílem zpovědi je příprava jedince ke svatému přijímání (Pastorace, © 2011).

5.11 Svaté přijímání

Obřad přijímání patří mezi křesťanský rituál, který má přiblížit život lidského jedince k samotnému Bohu. Obřad se neprovádí pouze v kostelech, můžeme se často setkat s přijímáním u lůžka pacienta jak v nemocnici, tak v jiných sociálních zařízeních. Součástí obřadu je přijetí speciálně připraveného oplatku „hostie“, který znázorňuje tělo Boha, který slibuje věčný život. Obřad doprovází různé společné modlitby (Liturgie, © 2015).

Mezi další formy uspokojování duchovních potřeb prostřednictvím všeobecných sester především v pobytovém zařízení lze zařadit i poslouchání CD s duchovní hudbou, čtení popřípadě předčítání časopisů a knih s náboženským obsahem a samotná návštěva duchovního. Příznivého ohlasu se dočkal i televizní kanál NOE či rozhlasová frekvence pod názvem Proglas s duchovní tematikou. Výhodou některých zařízení je i místo určené především pro duchovní potřeby v podobě kaple nebo místnosti pro církevní rituály, které jsou nejčastěji navštěvovány za účelem bohoslužby (Malíková, 2011, s. 273).

V pokročilé době internetu je dostupné občanské sdružení InternetPoradna.cz, která od roku 2002 poskytuje poradenství v různých oblastech. Mezi oblastmi lze najít i duchovní poradenství, kde na dotazy čtenářů odpovídají poradci z různých koutů religionistiky (Vojtíšek a kol., 2012, s. 57).

5.12 Duchovní péče o příbuzné umírajícího

Nelze zapomenout na poskytování duchovní podpory příbuzným, rodinám a nejbližším lidem umírajícího. V období přicházející smrti je velice důležité podporovat tyto nejbližší, informovat je o nadcházející situaci, vysvětlit a zodpovědět jejich otázky a převážně podporovat a stimulovat příbuzné ke spolupráci. Dobrá spolupráce je nutná především v případě, kdy se o umírajícího stará rodina v domácím prostředí. Členové rodiny popřípadě přátelé, kteří se ocitají v pozici budoucího pečovatele, si na tuto skutečnost mnohdy

dlouho zvykají. Ředitel Nemocnice Milosrdných sester v Kroměříži je toho názoru, že úlohu rodiny v péči o nemocného či umírajícího člověka nenahradí vůbec nikdo (Gračka, © 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRŮZKUMU

Pro průzkumnou část bakalářské práce jsme zvolily kvantitativní metodu šetření pomocí dotazníku. Výhodou v této metodě šetření spatřujeme v tom, že je respondent díky anonymitě upřímnější a vzhledem k dostatku času na zvážení odpovědi při vyplňování jsou tyto odpovědi přesnější. Dotazník má ale bohužel i nevýhodu, a to zejména nemožnost reagovat na odpovědi či otázky respondenta, který otázku může chápat rozdílně. Dotazník v elektronické podobě, zveřejněn stránkami survio.com, byl určený všeobecným sestřím a ošetrovatelům. Úvodem je respondent/ respondentka seznámena s názvem bakalářské práce, anonymitou a charakteristikou dotazníku. Nechybí zde i poděkování za spolupráci.

Dotazník se skládá celkem z 19 otázek. Bylo zde využito všech možností otázek, a to jak otevřených, kde se respondent vyjadřuje svými vlastními slovy, polootevřených, tak uzavřených, kdy respondent vybírá jednu z navržených odpovědí, tedy jednu variantu, která je nejbližší jemu názoru.

Celkem bylo vyplněno 100 dotazníků. Po vyhodnocení byly bohužel 3 dotazníky vyřazeny. Důvodem k vyřazení bylo následující: neuvedeno pohlaví, neuvedeno zařízení, ve kterém respondent pracuje a třetím důvodem byl odeslaný dotazník bez odpovědí. Celkem tedy bylo v průzkumu vyhodnoceno 97 dotazníků.

6.1 Hlavní cíle a dílčí cíle průzkumu

- Zmapovat situaci v oblasti poskytování duchovní podpory v zařízeních poskytujících sociální služby (v tomto případě nemocnice a domovy pro seniory)
- Zmapovat vědomosti všeobecných sester týkající se duchovních potřeb pacienta/klienta

Dále jsme si zvolily následující dílčí cíle, které nám pomohou splnit následující otázky:

- Jakou váhu důležitosti přikládají všeobecné sestry duchovním potřebám pacientům/ klientům? Otázka č. 6.
- Jaký názor mají všeobecné sestry na duchovní podporu? Otázky č. 12, 13 a 15.
- Jakým způsobem je nejčastěji zaznamenán deficit v oblasti duchovních potřeb a jakým způsobem je poskytována duchovní podpora prostřednictvím všeobecných sester? Otázky č. 16, 17 a 18.
- Konají-li se v zařízení bohoslužby, jak často jsou poskytovány pacientům/ klientům? Otázka č. 10 a 11.

- Do jaké míry jsou všeobecné sestry informovány o duchovních potřebách? Otázky č. 5 a 14 .
- Kolik zařízení spolupracuje s duchovním a umožňuje návštěvu umírajících knězem? Otázky č. 7 a 8.
- Jsou pacienti/ klienti dostatečně seznámeni a informováni o možnosti návštěvy duchovního? Otázka č. 9.

7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Jednotlivé odpovědi byly zpracovány do následujících tabulek s grafy za pomoci programů Microsoft Word 2010 a Microsoft Excel 2010.

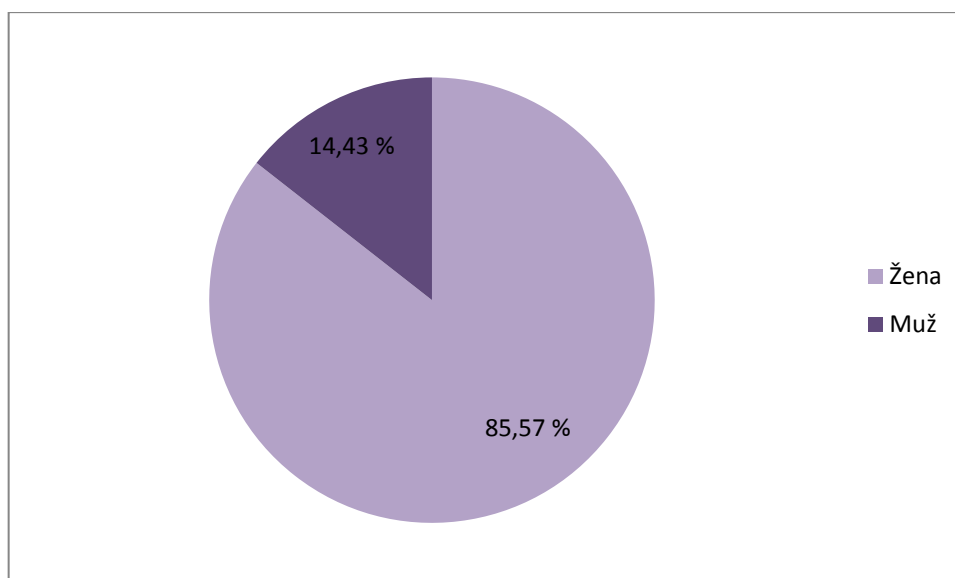
7.1 Jednotlivé výsledky průzkumu

Otázka č. 1: **Jste?**

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	83	85,57 %
Muž	14	14,43 %
Celkem	97	100,00 %

Graf 1 Pohlaví respondentů



Komentář:

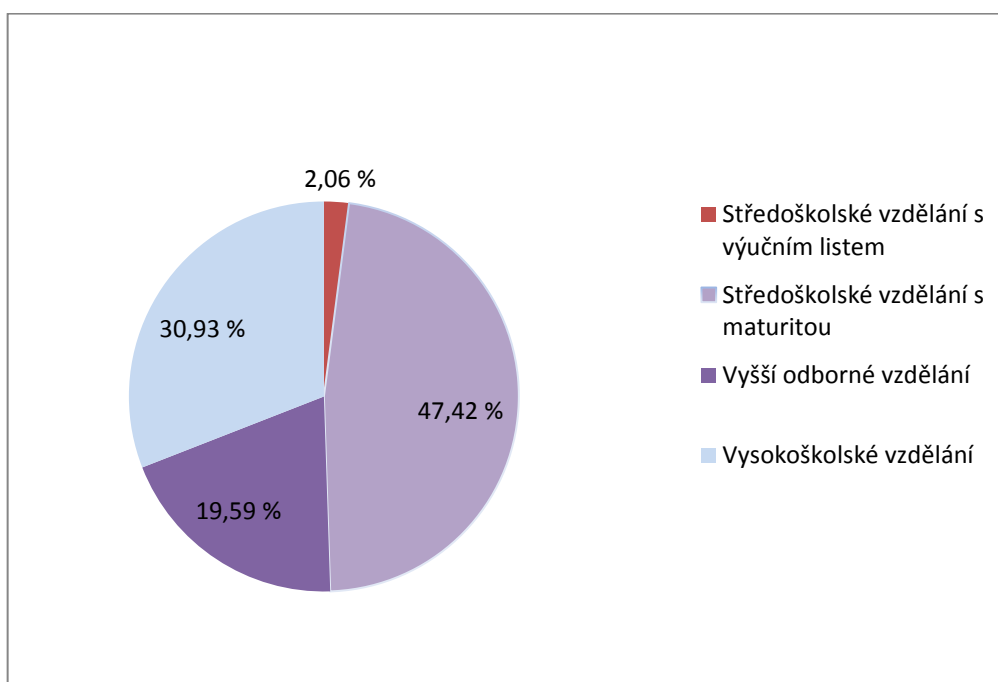
Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví jednotlivých respondentů. Z celkového počtu 97 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 83 žen (85,57 %) a 14 mužů (14,43 %).

Otázka č. 2: Uved'te vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní vzdělání	0	0,00 %
Středoškolské vzdělání s výučním listem	2	2,06 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	46	47,42 %
Vyšší odborné vzdělání	19	19,59 %
Vysokoškolské vzdělání	30	30,93 %
Celkem	97	100,00 %

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



Komentář:

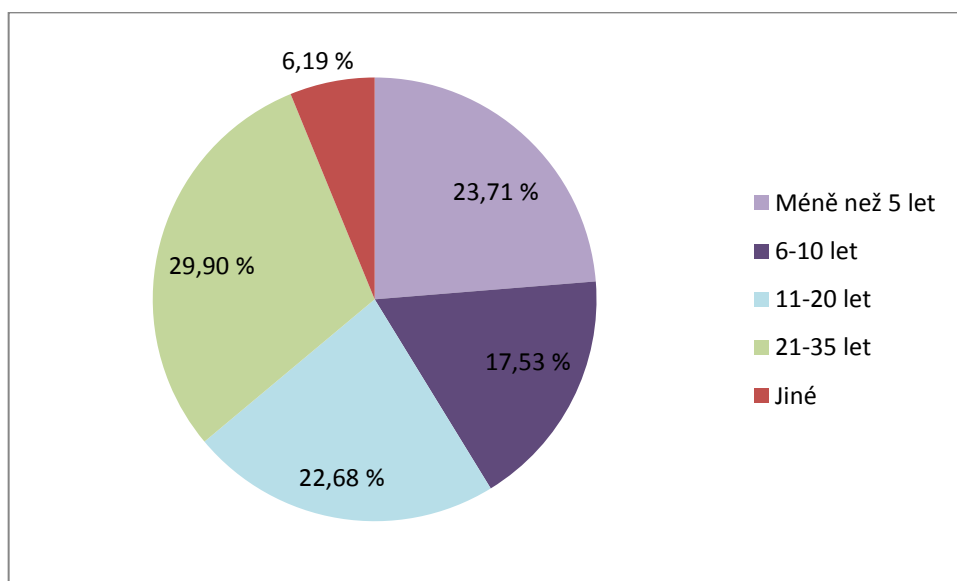
Dotazníkového šetření se zúčastnili 2 respondenti (2,06 %) se středoškolským vzděláním ukončeným výučním listem. 46 respondentů (47,42 %) dosáhlo středoškolského vzdělání ukončeného maturitou. Na dotazník odpovědělo 19 (19,59 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním a 30 respondentů (30,93 %) s vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 3: Uved'te délku praxe ve zdravotnictví

Tabulka 3 Délka praxe ve zdravotnictví

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 5 let	23	23,71 %
6-10 let	17	17,53 %
11-20 let	22	22,68 %
21-35 let	29	29,90 %
Jiné	6	6,18 %
Celkem	97	100,0 %

Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví

**Komentář:**

Tato otázka se respondentů ptala na délku praxe ve zdravotnictví. Dotazník byl vyplněn respondenty s různou délkou praxe ve zdravotnictví. Nejčastější délkou praxe bylo 21-35 let, kterou vybralo 29 respondentů (29,90 %). 23 respondentů (23,71 %) uvedlo délku praxe ve zdravotnictví méně než 5 let, 22 respondentů (22,68 %) 11-20 let, 17 (17,53 %) respondentů 6-10 let. Nechyběla zde i odpověď „Jiné“, kde odpovědělo 6 (6,18 %) respondentů, kteří ve zdravotnictví pracovali 38, 48, 44, 39, 43 a 41 let.

Otázka č. 4: Na kterém oddělení pracujete?

Tabulka 4 Oddělení, na kterém respondenti pracují

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Domov pro seniory	34	35,05 %
Domov se zvláštním režimem	1	1,03 %
Oddělení geriatric	26	26,80 %
Interní oddělení	5	5,15 %
Oční oddělení	1	1,03 %
JIP	1	1,03 %
ARO	2	2,07 %
Onkologické oddělení	7	7,22 %
Plicní oddělení	4	4,12 %
Chirurgické oddělení	10	10,31 %
Neurologické oddělení	2	2,07 %
Ortopedie	1	1,03 %
Rehabilitační oddělení	1	1,03 %
Dětské oddělení	1	1,03 %
Gastroenterologické oddělení	1	1,03 %
Celkem	97	100,00%

Komentář:

Dotazník vyplnilo 34 respondentů (35,05 %), kteří pracují v domově pro seniory. 26 respondentů (26,80 %) pracuje na geriatrickém oddělení. 10 respondentů (10,31 %) pracuje na chirurgických odděleních a 7 respondentů (7,22 %) je z onkologických oddělení. 5 respondentů (5,15 %) pracuje na interních odděleních. 4 respondenti (4,12 %) pracují na plicním oddělení. Dalšími oddělení, na kterých respondenti pracují, jsou: ARO, neurologické oddělení, ortopedie, rehabilitační oddělení, dětské oddělení a gastroenterologické oddělení.

Otázka č. 5: Co si vybavíte pod pojmem duchovní /spirituální potřeba pacienta/klienta?

Na tuto otevřenou otázku respondenti odpovídali volně. Nejčastěji se zde vyskytovaly následující odpovědi:

- „Duchovní potřeby člověka vnímám jako veškeré potřeby jedince, které se týkají jeho (naší) duše. Tedy ty, které nelze řadit mezi potřeby těla - potřeby biologické. Bylo by však chybou tyto potřeby ostře oddělovat, navzájem se doplňují, stejně jako by bylo chybou duchovní potřeby spojovat pouze s vírou ve smyslu náboženství. První co mě napadlo při přečtení Vámi zpracovávaného tématu, a co já považuji za nejdůležitější v závěrečné části života, je potřeba smíření se. Smíření se sám se sebou, s tím, že život má své limity, tedy má svůj začátek a konec, smíření se se smrtí a svojí konečností. Smíření se s tím, že ne vše v našem životě se nám povedlo. Zároveň je toto období časem rekapitulace a rozloučení se.“
- „Jedná se o péči, která je poskytována jak přímým zástupcem určité víry, tak může být poskytnuta laiky. Zabývá se tématy duchovního života jedince, smrti a umírání, ale především posmrtného stavu neboli života po smrti. Rozhovor úzce souvisí s otázkami víry, co bude po smrti a zda něco vůbec bude. Kněz nebo kaplan ve spirituální péči může umírajícímu, nebo nemocnému poskytnout svátosti, což laik nemůže, ale určitě může i laik poradit v otázkách víry a podpořit nemocného, zajistit mu útěchu a poradit.“
- „Potřeba smířit se a vybalancovat svůj život s Bohem, s druhými lidmi a se sebou sám. Nebo jen život přijmout takový jaký je a odevzdat do rukou Božích. Potřeba nalézt pokoj a víru, že život měl a má smysl v každé fázi a že nejsem na světě sám, ale mám milujícího Otce, Tvůrce, který miluje bez podmínek a naprosto.“
- „U starší generace je to především směr výchovy, ve které byli lidé vychováváni. Pravidla, která ctili a snažili se podle nich pracovat a žít. Bohužel výklad těchto pravidel je u různých lidí a zejména generací trochu jiný. A vidina odpuštění po rozhřešení je trochu zavádějící.“
- „Je to potřeba klienta mít vztah k někomu či něčemu nehmatatelnému. Upnutí se na něco nadpřirozeného, čemu věříme a podle čeho se i tak chováme. Větší víra v pochopení něčím nadpřirozeným než člověkem.“

-
- „Potřeba modlitby, přijetí svátostí, rozhovor se zasvěcenou osobou.“
 - „Hodnocení života, odpuštění, poděkování a smíření se.“
 - „Necítit se opuštěný.“
 - „Důvěra a lepší duševní pohoda.“
 - „Potřeba svěřit se a podělit se s problémy.“
 - „Potřeba víry.“
 - „Přítomnost duchovního v době umírání.“
 - „Důstojná podpora člověka na poslední cestě.“
 - „Poslední pomazání.“
 - „Pastorace a náboženství.“
 - „Biopsychosociální potřeby člověka.“

Jeden respondent na tuto otázku odpověděl „*Nic moc.*“

Otázka č. 6: Seřad'te následující potřeby umírajícího pacienta/klienta podle váhy důležitosti (1-4, kde 1 znamená nejdůležitější, 4 nejméně důležité).

Tabulka 5 Důležitost potřeb dle respondentů

	Důležitost
Sociální potřeby	4
Psychické potřeby	2
Biologické potřeby	1
Duchovní potřeby	3

Komentář:

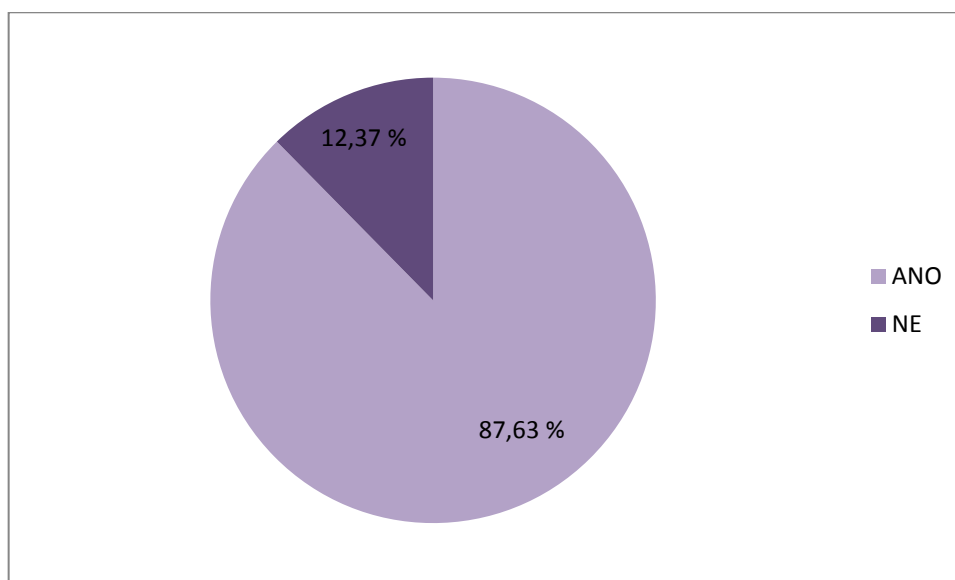
Na prvním místě v žebříčku hodnot se dle respondentů umístily potřeby biologické. Potřeby psychické se podle respondentů umístily na druhém místě. Potřebám duchovním patří umístění na **třetím místě**. Na poslední místo respondenti nejčastěji uváděli potřeby sociální.

Otázka č. 7: Spolupracuje Vaše zařízení s duchovním?

Tabulka 6 Spolupráce zařízení s duchovním

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	85	87,63 %
NE	12	12,37 %
Celkem	97	100,00 %

Graf 4 Spolupráce zařízení s duchovním

**Komentář:**

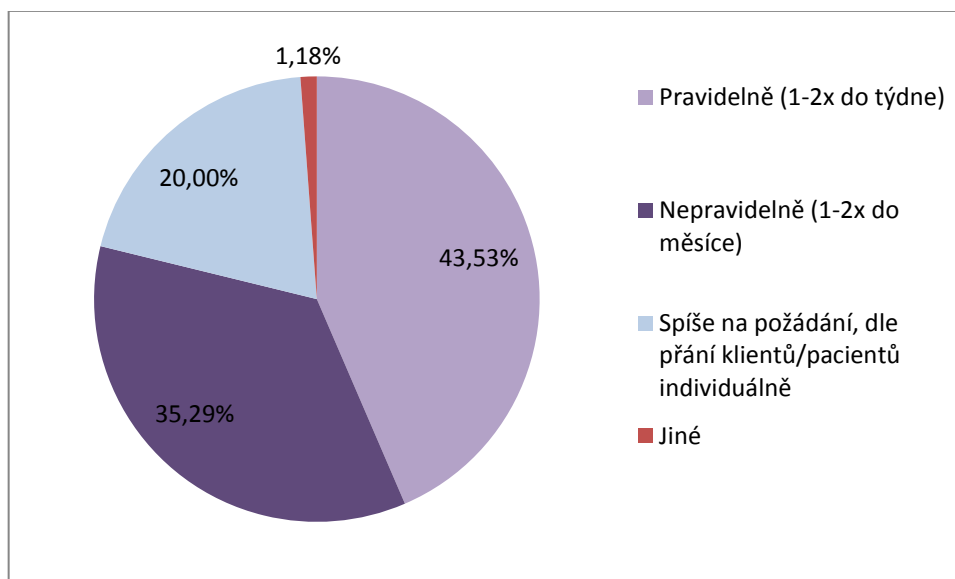
Tato otázka mapuje spolupráci jednotlivých pracovišť s duchovním. 85 pracovišť (87,63 %), na kterých respondenti pracují, spolupracuje s duchovním. 12 (12,37 %) oddělení- pracovišť, na kterých respondenti pracují, avšak s duchovním nespolupracuje.

Otázka č. 8: Pokud byla vaše odpověď ANO, jak často duchovní navštěvuje Vaše zařízení?

Tabulka 7 Jak často duchovní navštěvuje zařízení

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pravidelně (1-2x do týdne)	37	43,53 %
Nepravidelně (1-2x do měsíce)	30	35,29 %
Spíše na požádání, dle přání klientů/pacientů individuálně	17	20,00 %
Jiné	1	1,18 %
Celkem	85	100,00 %

Graf 5 Jak často duchovní navštěvuje zařízení



Komentář:

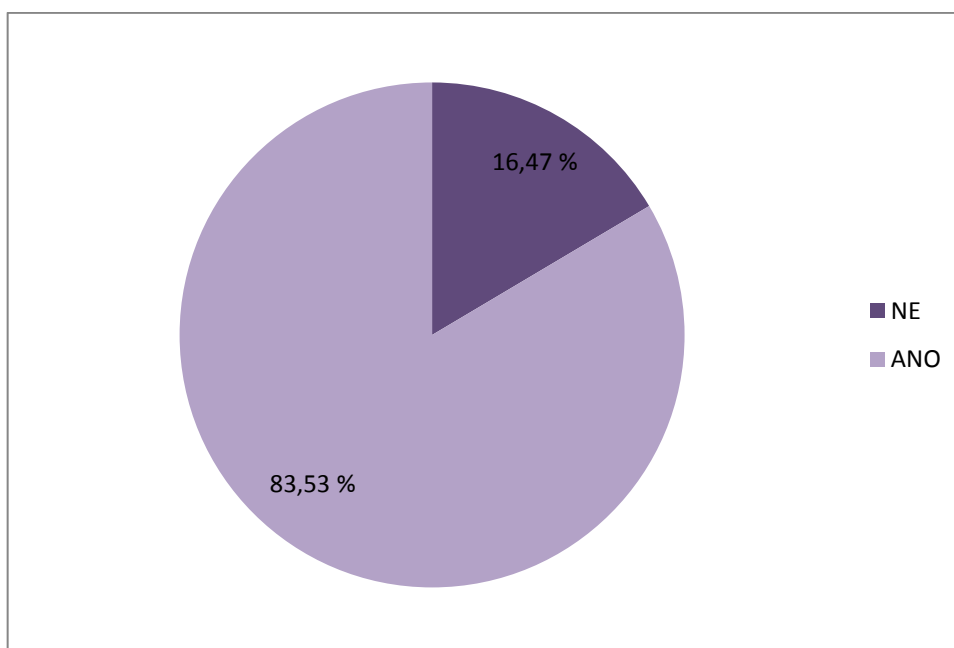
Tato otázka navazuje na předchozí otázku a zaměřuje se na četnost návštěv duchovního. V 37 zařízeních (43,53 %) podle respondentů duchovní navštěvuje tato zařízení pravidelně (1-2x do týdne). V 30 případech (35,29 %) navštěvuje duchovní zařízení nepravidelně (1-2x do měsíce) a v 17 (20 %) je zařízení poctěno návštěvou duchovního spíše na požádání, dle přání uživatelů, tedy individuálně. Byla zde použita i možnost „Jiné“, kdy v 1 zařízení navštěvuje duchovní pacienti/klienty 3x do týdne.

Otázka č. 9: Jsou Vaši klienti/pacienti informováni o možnosti návštěvy duchovním?

Tabulka 8 Informovanost klientů ohledně návštěvy duchovním

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
NE	14	16,47%
ANO	71	83,53%
Celkem	85	100,00%

Graf 6 Informovanost klientů ohledně návštěvy duchovním

**Komentář:**

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 7 vybrali možnost, že jejich zařízení spolupracuje s duchovním. Celkový počet zařízení spolupracujících s duchovním je 85. Z toho jsou v 71 případech (83,53 %) klienti jednotlivých oddělení informováni o možnosti návštěvy duchovním. Nejčastěji prostřednictvím personálu při přijetí, tato odpověď se vyskytla u 31 respondentů. 14 respondentů uvedlo, že zařízení informuje o této možnosti své pacienty/klienty prostřednictvím nástěnky, 12 zařízení informuje své klienty/pacienty prostřednictvím letáčků, které se nejčastěji vyskytují na nástěnce. 7 zařízení informuje své klienty prostřednictvím rozhlasu. 4 zařízení tuto informaci nechávají na kalendáři společenských akcí. Ve 3 zařízeních seznamuje své klienty/pacienty s touto mož-

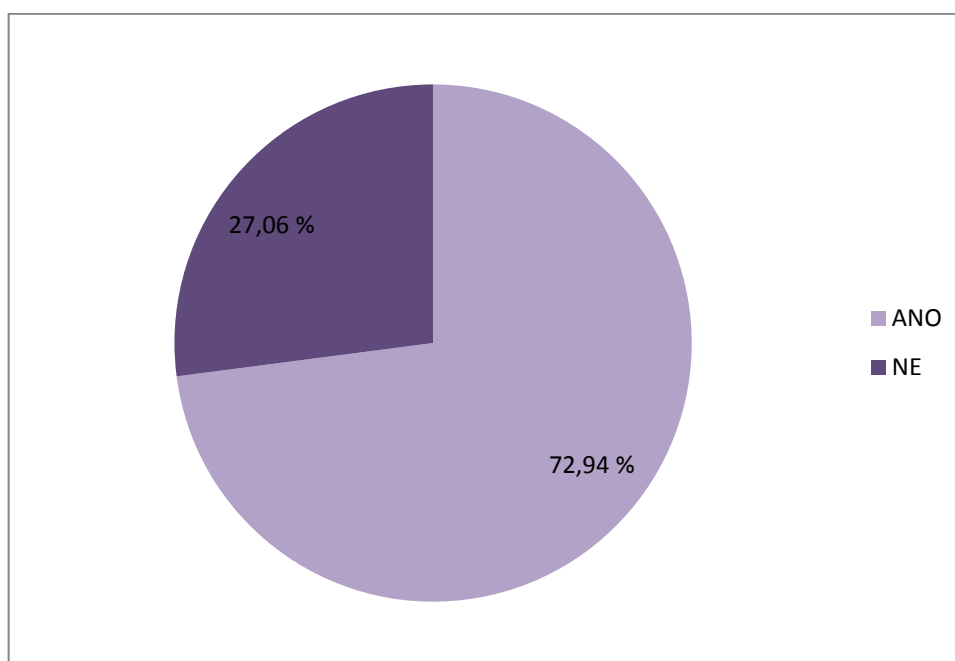
ností přímo duchovní. Ve zbylých 14 (16,47 %) zařízeních nejsou klienti/pacienti informováni žádným způsobem.

Otázka č. 10: Konají se ve Vašem zařízení bohoslužby?

Tabulka 9 Bohoslužby v zařízeních

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	62	72,94 %
NE	23	27,06 %
Celkem	85	100,00 %

Graf 7 Bohoslužby v zařízeních



Komentář:

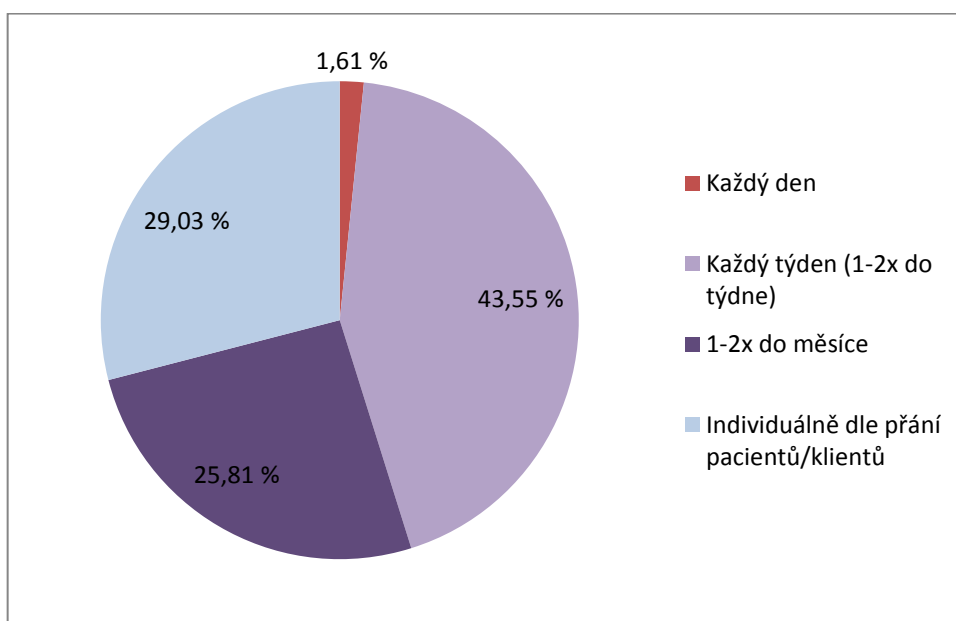
Stejně jako předchozí otázka byla tato otázka určená pouze pro respondenty, kteří v otázce č. 7 vybrali možnost, že jejich zařízení spolupracuje s duchovním. Tato otázka mapuje situaci ohledně bohoslužeb v zařízeních. V 62 zařízeních (72,94 %) se podle respondentů bohoslužby konají. Ve zbylých 23 (27,06 %) zařízeních se nekonají žádné bohoslužby.

Otázka č. 11: Jak často se tyto bohoslužby konají?

Tabulka 10 Četnost konání bohoslužeb v zařízeních

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Každý den	1	1,61 %
Každý týden (1-2x do týdne)	27	43,55 %
1-2x do měsíce	16	25,81 %
Individuálně dle přání pacientů/klientů	18	29,03 %
Jiné	0	0,00 %
Celkem	62	100,00%

Graf 8 Četnost konání bohoslužeb v zařízeních

**Komentář:**

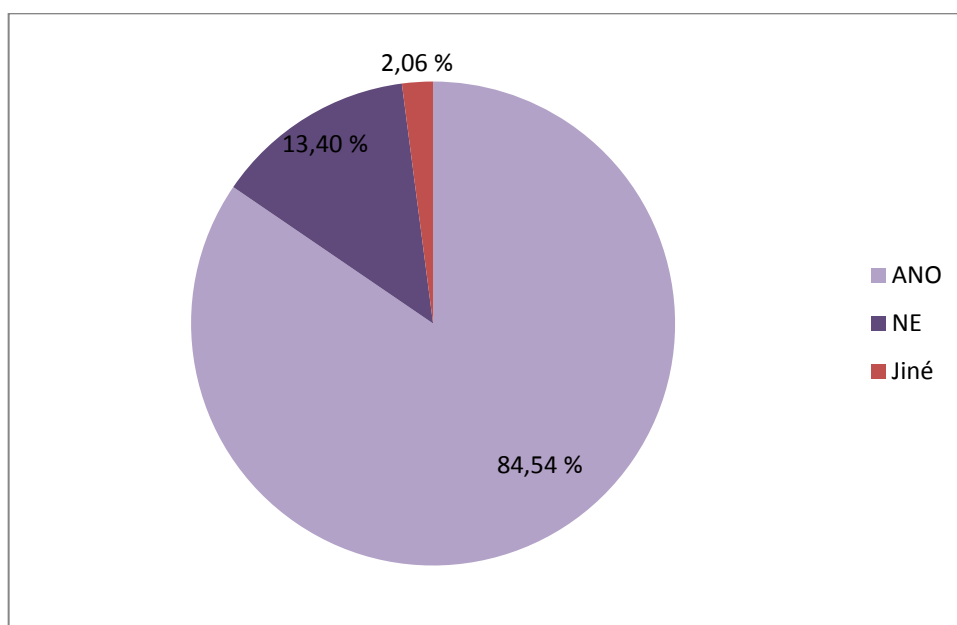
Na otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili možnost, že se v jejich zařízeních konají bohoslužby. Na tuto otázku bylo zodpovězeno následovně. V 1 (1,61 %) zařízení se bohoslužby konají pravidelně každý den. V 27 zařízeních (43,55 %) se bohoslužby podle respondentů konají každým týdnem (1-2x do týdne). V 18 zařízeních (29,03 %) se bohoslužby konají 1-2x do měsíce a v 16 (25,81 %) se tyto bohoslužby konají individuálně dle přání uživatelů.

Otázka č. 12: Považujete služby duchovního jako přínosné?

Tabulka 11 Přínos služeb duchovního

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	82	84,54 %
NE	13	13,40 %
Jiné	2	2,06 %
Celkem	97	100,00 %

Graf 9 Přínos služeb duchovního



Komentář:

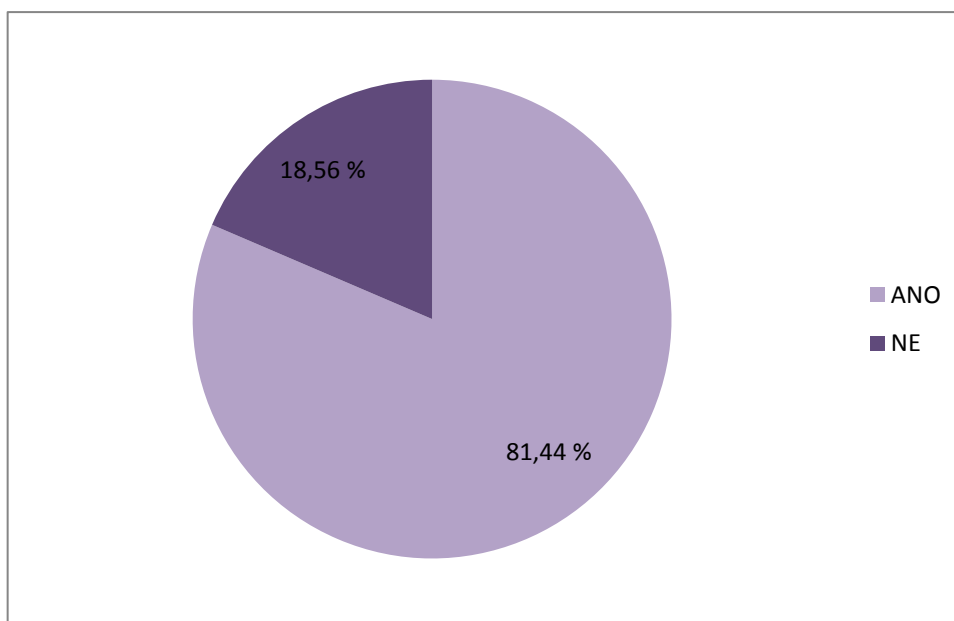
Na tuto otázku považuje-li respondent služby duchovního jako přínosné bylo zodpovězeno následovně. 82 respondentů (84,54 %) považuje služby duchovního jako přínosné. 13 respondentů (13,40 %) na druhou stranu služby duchovního nepovažuje za přínosné. Možnost „Jiné“ byla uvedena ve 2 případech (2,06 %). V této možnosti se vyskytla odpověď – Nemohu posoudit.

Otázka č. 13: **Myslíte si, že mohou spirituální péči poskytnout i zdravotničtí pracovníci?**

Tabulka 12 Mohou spirituální péči poskytnout i zdravotničtí pracovníci

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	79	81,44 %
NE	18	18,56 %
Celkem	97	100,00 %

Graf 10 Mohou spirituální péči poskytnout i zdravotničtí pracovníci



Komentář:

79 respondentů (81,44 %) je toho názoru, že zdravotničtí pracovníci mohou poskytnout spirituální péči. 18 (18,56 %) respondentů si myslí, že zdravotničtí pracovníci nemohou poskytnout spirituální péči, nejčastějším důvodem podle respondentů je: „*K poskytování této péče nemají zdravotníci vzdělání jako duchovní.*“ Tato odpověď se zde vyskytla celkově 7x. Dalším častým důvodem, proč si respondenti myslí, že zdravotníci nemohou poskytnout duchovní péči je: „*nedostatek času.*“, „*ne každý je věřící.*“, „*nemají k tomu kompetence.*“ a „*ne každý k tomu má postoj.*“

Otázka č. 14: **Při uspokojování duchovních potřeb umírajícího se lze setkat s pojmem DOPROVÁZET, charakterizujte krátce slovo DOPROVÁZEJÍCÍ umírajícího.**

Na tuto otevřenou otázku respondenti nejčastěji odpovídali následujícím:

- „Doprovázející je člověk který je umírajícímu po boku, je to člověk který umírajícímu dává najevo lásku, snaží se aby měl umírající pocit, že mu na někom záleží, že není opuštěný v takovém stavu v jakém je.“
- „Doprovázející doprovází umírajícího člověka k jeho smrti, je to například kněz, nebo dobrovolník nebo člen jeho vlastní rodiny.“
- „Držet umírajícího za ruku, naslouchat mu a být potichu přítomen.“
- „Že o klienta pečuju tak, aby netrpěl bolestí a je v čistotě.“
- „Uvést ho do smrti a být součástí jeho umírání.“
- „Ten kto je s ním v posledních okamihoch.“
- „Dovést umírajícího k bráně do nebe.“
- „Pomoci umřít poklidnou smrtí.“
- „Poslední pomazání.“
- „Slovo doprovázet je u umírajících spojeno nejenom s duchovními potřebami. Jde o to, aby člověk v posledním období svého života nezůstal sám. Pokud je celý život věřící, tak mu samozřejmě poskytnutí duchovní útěchy pomůže. Navíc hodně lidí se na sklonku života k víře obrací, i když před tím věřící nebyli.“
- „Poskytnutí takové péče, která je důstojná, klient není sám v "izolaci" za plentou, zabezpečení základních potřeb jak biologických, tak zejména psychických - kontaktování příbuzných, aby se přišli rozloučit.“
- „Doprovázející může být mimo duchovního v podstatě kdokoliv kdo je nábožensky založen, je dostatečně empatický a hlavně ochotný udělat něco nad rámec svých pracovních povinností.“
- „Člověk, který tráví s umírajícím poslední chvíle života, vyslyší jeho přání, potřeby a uklidní jeho nejistoty.“
- „Naslouchat, neodsuzovat, respektovat, projevit empatii, sledovat a řešit projevy bolesti umírajícího.“

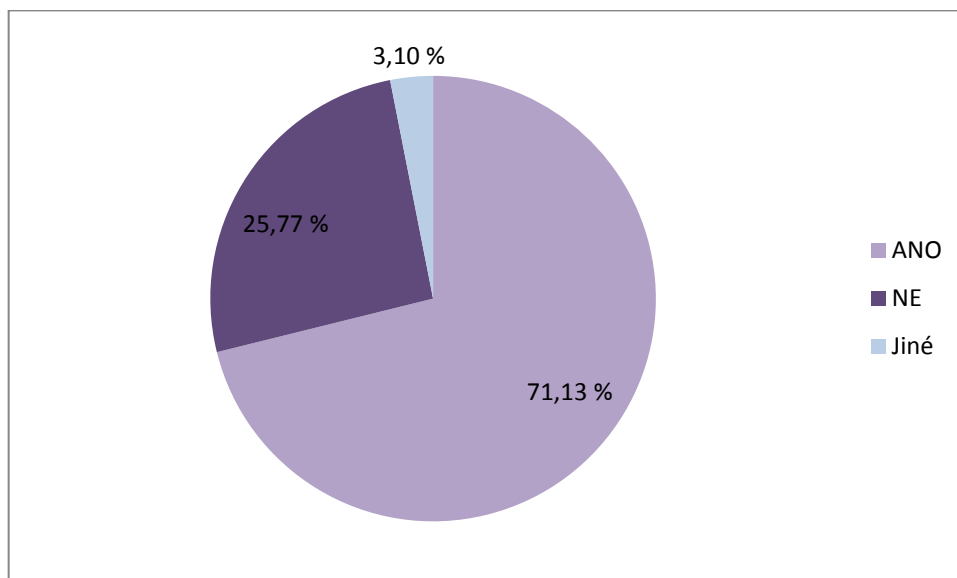
Jedna respondentka na tuto otevřenou otázku odpověděla „*Nejsem si jistá.*“

Otázka č. 15: **Mohou mít podle vašeho názoru duchovní potřeby i nevěřící?**

Tabulka 13 Duchovní potřeby nevěřících

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	69	71,13 %
NE	25	25,77 %
Jiné	3	3,10 %
Celkem	97	100,00%

Graf 11 Duchovní potřeby nevěřících



Komentář:

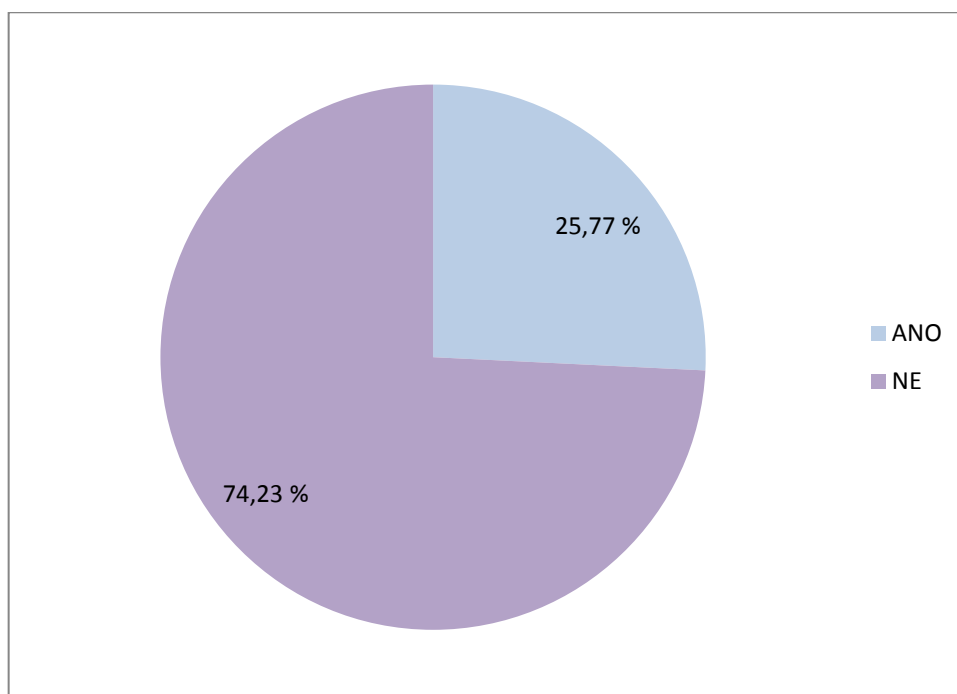
Podle 25 tázaných respondentů (25,77 %) nevěřící lidé žádné duchovní potřeby nemají. Podle 69 respondentů (71,13 %) mají duchovní potřeby i lidé nevěřící. V této otázce 3 respondenti (3,10 %) zvolili i odpověď „Jiné“ a to odpovědi: „*Pokud to беру podle sebe, tak ne.*“, „*Myslím si, že záleží na typu osobnosti, dle mého typu osobnosti si to nemyslím.*“ a „*Netuším, nemám žádnou zkušenost...*“

Otázka č. 16: Objevuje se při příjmu ve Vaší ošetrovatelské dokumentaci otázka mapující duchovní potřeby pacienta/ klienta?

Tabulka 14 Otázka v oše. dokumentaci mapující duchovní potřeby pacienta/klienta

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ANO	25	25,77 %
NE	72	74,23 %
Celkem	97	100,00%

Graf 12 Otázka v oše. dokumentaci mapující duchovní potřeby pacienta/klienta



Komentář:

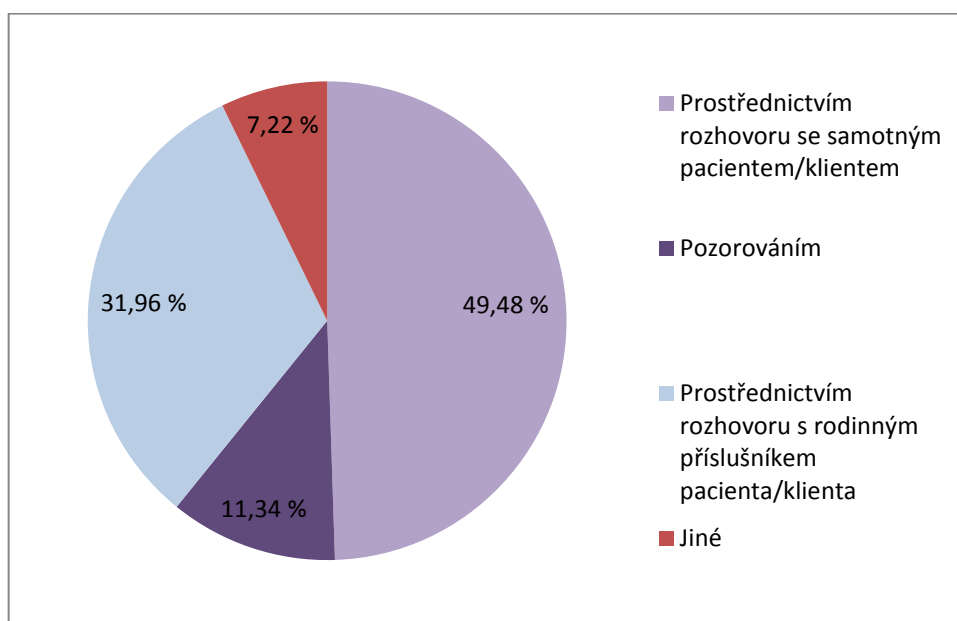
Ve 25 zařízeních (25,77 %) se v ošetrovatelské dokumentaci vyskytuje otázka, která pomáhá zmapovat duchovní potřeby klienta/pacienta. Nejčastějším typem otázky je: „*Jste věřící?*“ Tuto odpověď napsalo 10 respondentů. Dalšími otázkami jsou otázky typu: „*Vyžadujete duchovní služby?*“, „*Jaké vyznání preferujete?*“, „*Máte zájem o návštěvy duchovního a účast na mších?*“ a „*V co věříte/ doufáte?*“ Ve zbylých 72 (74,23 %) zařízeních žádnou takovou otázku ošetrovatelská dokumentace neobsahuje.

Otázka č. 17: Jakým způsobem ve Vašem zařízení ošetrojící personál nejčastěji identifikuje deficit v oblasti duchovních potřeb pacienta/klienta?

Tabulka 15 Způsob identifikace deficitu duchovních potřeb pacienta/klienta

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Prostřednictvím rozhovoru se samotným pacientem/klientem	48	49,48 %
Pozorováním	11	11,34 %
Prostřednictvím rozhovoru s rodinným příslušníkem pacienta/klienta	31	31,96 %
Jiné	7	7,22 %
Celkem	97	100,00 %

Graf 13 Způsob identifikace deficitu duchovních potřeb pacienta/klienta

**Komentář:**

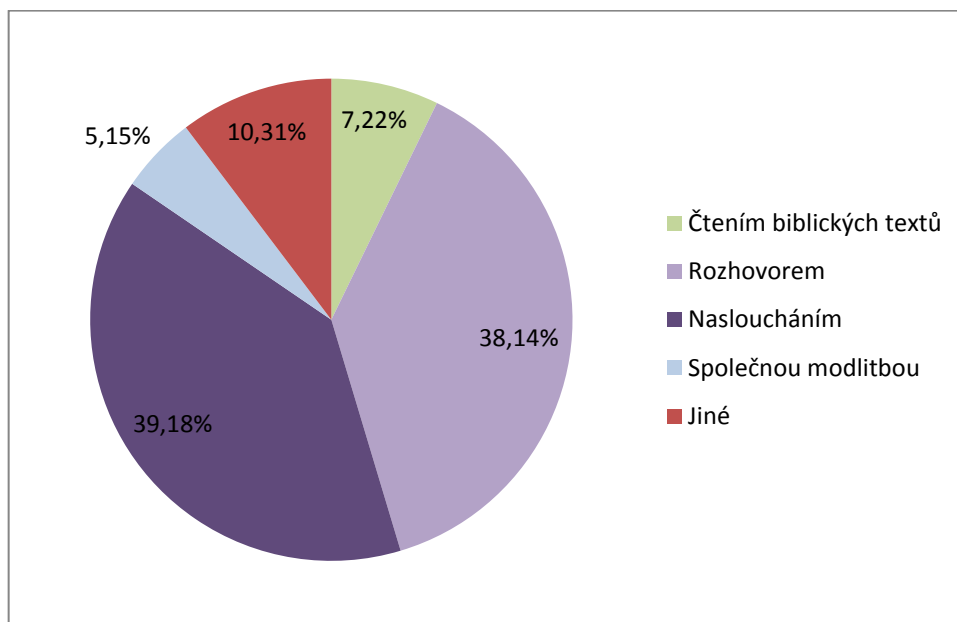
Ve 48 zařízeních (49,48 %) identifikuje personál deficit klienta/pacienta v oblasti duchovních potřeb prostřednictvím rozhovoru se samotným pacientem/klientem. Ve 31 (31,96%) případech s identifikací tohoto deficitu pomáhá personálu rodina pacienta/klienta. V 11 (11,34 %) zařízeních podle respondentů personálu pomůže pozorování. Nechyběla zde i možnost „Jiné“. Touto možností odpovědělo 7 respondentů (7,22 %), kteří vypsali odpověď typu: „Personál neidentifikuje tento deficit.“, „Prostřednictvím studentů na praxi.“ a odpověď „Nevím.“

Otázka č. 18: **Jakým způsobem NEJČASTĚJI poskytují zdravotničtí pracovníci duchovní podporu umírajícímu ve Vašem zařízení?**

Tabulka 16 Způsob poskytování duchovních potřeb umírajícímu pacientovi

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Čtením biblických textů	7	7,22%
Rozhovorem	37	38,14%
Nasloucháním	38	39,18%
Společnou modlitbou	5	5,15%
Jiné	10	10,31%
Celkem	97	100,00%

Graf 14 Způsob poskytování duchovních potřeb umírajícímu pacientovi



Komentář:

Nejčastěji v 38 případech (39,18 %) respondenti volili odpověď nasloucháním. V 37 (38,14 %) poskytují všeobecné sestry duchovní péči prostřednictvím rozhovoru. 7 (7,22 %) respondentů uvedlo poskytování duchovní péče prostřednictvím čtení duchovních textů, 5 (5,15 %) všeobecných sester poskytuje duchovní péči prostřednictvím společné modlitby. 10 (10,31 %) respondentů uvedlo i možnost „Jiné“, kde byla nejčastější odpovědí odpověď typu: „Zavoláme duchovního.“ a „Neposkytují.“

Otázka č. 19: Zažil(a) jste během svého působení na pracovišti případ, který se týká duchovní podpory, se kterým by jste se chtěl(a) podělit?

Na tuto otevřenou a nepovinnou otázku respondenti odpověděli následovně:

- „Za klientkou pravidelně přicházela pastorační asistentka, každý den paní vyhlížela z lůžka na dveře a čekala asistentku. Byla spavá a velice slabá, nepřijímala stravu ani nekomunikovala s personálem. Po návštěvě této asistentky se paní vždy jakoby probudila, komunikovala, jedla a byla spokojená.“
- „Klient u ktorého prišlo k nezvratnému multiorgánovému zlyhaniu sa napriek zlému stavu "držal" pokiaľ ho nenavštívil duchovný a potom "pokojný" zomrel
- „Sama jsem držela pacienta, který umíral, za ruku. Dá se říct, že to byla také forma duchovní podpory.“

8 DISKUZE

V této části vyhodnocujeme cíle, které jsme si stanovily na začátku bakalářské práce.

Jak jsme již v úvodu psaly, pro průzkumnou část bakalářské práce jsme zvolily kvantitativní metodu šetření pomocí dotazníku. Dotazník byl vytvořen a zveřejněn v elektronické podobě prostřednictvím internetových stránek Survio.com. Dotazník vyplňovali všeobecné sestry i ošetřovatelé.

Vyhodnocením dotazníkového šetření jsme zjistily následující odpovědi na jednotlivé cíle. Níže jsme uvedly pouze výsledky, které považujeme za zajímavé.

Jakou váhu důležitosti přiřkládají všeobecné sestry duchovním potřebám pacientům/klientům?

Všeobecné sestry přiřkládají duchovním potřebám pacientů/klientů **3. místo** v žebříčku hodnot.

Jaký názor mají všeobecné sestry na poskytování duchovní podpory?

13 (13,40 %) všeobecných sester nepovažuje služby duchovního za přínosné, 18 (18,56 %) respondentů si myslí, že zdravotničtí pracovníci nemohou poskytnout spirituální péči, z nejčastějšího důvodu: „*K poskytování této péče nemají zdravotníci vzdělání jako duchovní.*“ 25 (25,77 %) všeobecných sester je toho názoru, že nevěřící lidé žádné duchovní potřeby nemají.

Dalším zajímavým výsledkem je ten, že v 31 (31,96 %) zařízeních s identifikací deficitu pacienta/klienta v oblasti duchovních potřeb pomáhá personálu rodina pacienta/klienta. Je tedy otázkou, nemělo by se více zajímat o tyto potřeby pacienta dříve, než se pacient se strádáním svěří své rodině? 10 (10,31 %) respondentů uvedlo, že nejčastěji reagují na deficit v oblasti duchovních potřeb klienta/pacienta zkontaktováním duchovního. Nad tímto výsledkem vyvstává další otázka, zda-li všeobecné sestry opravdu tuto možnost volí z důvodu nedostatku času, či se obávají na toto téma hovořit.

Jak často jsou poskytovány v těchto zařízeních bohoslužby?

V 62 (72,9 %) zařízeních se bohoslužby konají. Z toho ve 27 (43,55 %) každý týden (1-2x do týdne) a v 16 (25,81%) se tyto bohoslužby konají individuálně dle přání uživatelů.

Do jaké míry jsou všeobecné sestry informovány o duchovních potřebách?

Výsledkem tohoto průzkumu je fakt, že většina všeobecných sester vidí duchovní potřebu jako potřebu modlit se, potřebu zpovídat se, potřebu víry ať už v Boha či v něco jiného a potřebu návštěvy kněze. Všeobecné sestry si možná neuvědomují, že duchovní potřeba není pouze o víře a že má duchovní potřeby i člověk nevěřící.

Pouze ve 25 (25,77 %) se v ošetrovatelské dokumentaci vyskytuje otázka, která pomáhá zmapovat duchovní potřeby klienta/pacienta. Podle našeho názoru by tato otázka do ošetrovatelské dokumentace, kterou při příjmu všeobecné sestry vyplňují, patřit měla. Není ostudou se zeptat pacienta, zda-li je věřící.

Kolik zařízení spolupracuje s duchovním a umožňuje návštěvu umírajících knězem?

85 (87,63 %) pracovišť spolupracuje s duchovním. V 17 (20 %) zařízeních navštěvuje duchovní tato zařízení spíše individuálně, na požádání, dle přání uživatelů. Pouze v 1 zařízení jsme se setkaly s odpovědí, která nás potěšila a která říká, že duchovní toto zařízení navštěvuje 3x do týdne.

Jsou pacienti/ klienti dostatečně seznámeni a informováni o možnosti návštěvy duchovních?

V 71 (87,53 %) jsou klienti jednotlivých oddělení informováni o možnosti návštěvy duchovním. Nejčastěji prostřednictvím personálu při přijetí, další nejčastější odpovědí byla prostřednictvím nástěnky a letáčků. Ve 14 (16,47 %) zařízení nejsou klienti/pacienti informováni žádným způsobem. Odpověď prostřednictvím nástěnky a letáčků se v dotazníku objevovala často. Tato možnost je podle našeho názoru ale nevhodná vůči pacientům, kteří jsou již z jakéhokoliv důvodu upoutáni na lůžko a kteří k těmto nástěnkám nemají takový přístup jako pacienti mobilní.

Pomocí internetového odkazu <https://theses.cz/> jsme našly diplomové a bakalářské práce, které se podobaly názvem, některé dokonce i výzkumnou částí. Některými pracemi jsme se inspirovaly i my.

Pro srovnání některých výsledků našeho průzkumu jsme využily bakalářskou práci s názvem „Uspokojování spirituálních potřeb v nemocnici“, autorkou této práce je Magdalena Grebíková, která tuto práci úspěšně obhájila 9. 6. 2014 na Katedře ošetrovatelství Masarykovy univerzity. Autorka zde na straně 32 zmínila výsledek otázky jejího průzkumného šetření ohledně informovanosti klientů o bohoslužbách. Výsledkem této otázky je:

„Možnost informování o bohoslužbě od všeobecné sestry byla označena 63krát (17,5 %), 19krát (5,3 %) byla uvedena možnost informování od lékaře, 166krát (46,0 %) byla označena možnost z informační nástěnky na chodbě. Možnost z organizačního/provozního řádu oddělení byla uvedena 57krát (15,8 %), z internetových stránek nemocnice 46krát (12,7 %). Možnost jiné byla zvolena 3krát (0,8 %), z nichž 2 respondenti uvedli možnost informování o bohoslužbě v nemocnici z informačního materiálu na pokoji, a 1 respondent uvedl možnost informování od pastorační asistentky.“

Tato otázka se velmi podobá otázce v naší bakalářské práci a to otázce č. 9. **Jsou Vaši pacienti/ klienti informováni o možnosti návštěvy duchovním?** Otázka ANO byla doplněna otázkou jakým způsobem. Shrnutí: Nejčastěji prostřednictvím personálu při přijetí, tato odpověď se vyskytla u 31 (43%) respondentů. 14 (20%) respondentů uvedlo, že zařízení informuje o této možnosti své pacienty/klienty prostřednictvím nástěnky. 12 (17%) zařízení informuje své klienty/pacienty prostřednictvím letáčků, které se nejčastěji vyskytují na nástěnce. 7 (10%) zařízení informuje své klienty prostřednictvím rozhlasu. 4(6%) zařízení tuto informaci nechávají na kalendáři společenských akcí. Ve 3(4%) zařízení seznamuje své klienty/pacienty s touto možností přímo duchovní.

Další podobnou otázkou je otázka téže práce na str. 40. Autorka se zde ptá **„Co si představujete pod pojmem spirituální/duchovní potřeby pacientů?“**. V naší bakalářské práci je stejná otázka a to č. 5. **Co si vybavíte pod pojmem duchovní/ spirituální potřeba pacienta/klienta?** Na tuto otázku v obou případech odpovídali respondenti velice podobnými odpověďmi.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce „Poskytování duchovní podpory umírajícímu“ se snaží přiblížit problematiku duchovních potřeb nemocných, či umírajících pacientů.

Z vlastní praxe víme, že není lehké poskytnout umírajícímu člověku tu nejlepší a nejkvalitnější péči. Dnešní doba s sebou přináší časový pres ve všech oblastech. Ve zdravotnictví bývá právě nedostatek času nejčastějším viníkem neúplného naplnění lidských potřeb člověku, který je na této péči závislý. Co se týká oblasti duchovních potřeb, je tomu trochu jinak, než ve zbylých sférách potřeb.

Pacient, který je hospitalizován delší dobu, který ztrácí kontakt s rodinou, se svými blízkými, je v jiném a hlavně cizím prostředí, začíná mít obavy a strach z toho, co ho čeká. U pacientů se smrtelnou diagnózou vyvstávají napovrch existencionální otázky, lidé mají potřebu se někomu s těmito věcmi svěřit, zeptat se na názor druhého, poprosit jej o radu.

Člověka, kterému se mohou tito lidé svěřit, nemusí spatřovat pouze v personálu či rodině, ale mnohdy se tito lidé upínají k víře. Lidé, kteří byli od narození k nějaké víře vedeni, se v těžkých chvílích opět na jejich víru obracejí. Právě zde ale přichází na řadu duchovní, který takovým lidem pomáhá.

Během své vysokoškolské praxe jsem se dostala do situace, kdy si pacienti vybrali mě samotnou jako osobu, které se svěří a od které čekají pomoc. Po těchto zkušenostech jsem dospěla k názoru, že i my, studenti na praxi se stáváme jakýmsi důležitým prostředníkem.

Pod pojmem duchovní potřeba pacienta jsem si jako většina všeobecných sester představila pacienta, který se v nemocnici společně s knězem u svého lůžka modlí, předčítá úryvek z Bible a v ruce má růženec. Po sepsání této bakalářské práce, kdy jsme se této problematice věnovaly do větší hloubky, zjistila jsem, že tato potřeba není jenom otázkou víry, nýbrž je to i ten nejdůležitější prostředek, bez kterého nelze poskytnout kvalitní péči a to KOMUNIKACE a NASLOUCHÁNÍ. Neměli bychom zapomínat dávat druhému člověku najevo pocit lásky, důvěry, měli bychom mu dát také najevo to, že na to není sám. Především bychom si měli uvědomit, že právě my, všeobecné sestry zastupujeme ve spoustě případů roli rodiny a příbuzných a jsme to právě my, komu se nemocný či umírající člověk svěřuje a očekává pomoc.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY, 2005. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-702-1819-3.
- [2] FUNK, Karel, 2014. *Provázení stárím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. 1. vydání. Praha: Malvern. ISBN 978-808-7580-707.
- [3] HATOKOVÁ, Mária a kol., 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich*. 1. vydání. Košice: Equilibria. ISBN 978-80-8143-125-8.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-713.
- [5] JAROŠOVÁ, Darja a Radka RŮŽIČKOVÁ, 2001. *Umírání z pohledu sestry*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-704-2325-0.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK, 1995. *Poslední úsek cesty*. 1. vydání. Praha: Návrat domů. ISBN 80-854-9543-0.
- [7] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4720-692.
- [8] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1993. *O smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov: Arica. ISBN 80-900134-6-5.
- [9] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2012. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. 1. vydání. Brno: Jota. ISBN 978-807-4621-451.
- [10] KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-643-2.
- [11] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-2473-148-3.
- [12] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [13] MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN, 2006. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 2. vydání. New York: Springer Pub. ISBN 0-8261-5794-7.
- [14] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2473-872-7.

- [15] MOORE, Thomas, 2010. *Léčebná péče o duši: [průvodce procesem uzdravení celé osobnosti]*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-782-4.
- [16] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4741-079.
- [17] ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
- [18] ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-237.
- [19] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2014. *O posledních věcech člověka*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807-4921-384.
- [20] ULRICOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-807-0417-430.
- [21] UNIVERZITA KARLOVA, Evangelická teologická fakulta, 2000. *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních: teologické texty zkušenosti čísla*. Praha: Synodní rada Českobratrské církve evangelické.
- [22] VOJTÍŠEK, Zdeněk, Pavel DUŠEK a Jiří MOTL, 2012. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0088-8.
- [23] VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4702-797.
- [24] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4720-68.

Internetové zdroje:

- [25] Co je paliativní léčba, péče a medicína? [online]. In: *Hospice*, ©2010 [cit. 2015-02-09]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>
- [26] GRAČKA, Jiří. V církevních nemocnicích pečují o tělo i o duši [online]. *Katolický deník*, ©2010 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.katyd.cz/clanky/v-cirkevnich-nemocnicich-pecuji-o-telo-i-o-dusi.html>
- [27] KACZMARCZYK, Stanislav. Pastorage umírajících (duchovní vedení umírajících) [online]. *Sdružení křesťanských zdravotníků*, ©2009 [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://www.skzcr.cz/pastorage-umirajicich>

- [28] Milosrdní bratři v Čechách a na Moravě. [online]. *Nemocnice Milosrdných bratří Vizovice*, ©2015 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.nmbvizovice.cz/onas/milosrdni-bratri/>
- [29] OPATRŇY, Aleš. Co se rozumí pastorační péčí [online]. *Pastorace.cz*, ©2000-2014 [cit. 2015-02-24]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Knihovna/01-Co-se-rozumi-pastoracni-peci.html>
- [30] Sčítání lidu, domů a bytů 2011. [online]. *Český statistický úřad*, © 2011 [cit. 2015-05-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/sldb>.
- [31] Svaté přijímání [online]. *Liturgie.cz*, ©2015 [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://www.liturgie.cz/mse-svata/svate-prijimani-1/>
- [32] VALANCOVÁ, Alena. Postoj společnosti k umieraniu a smrti z historického a náboženského pohľadu [online]. *Paliativná medicína a liečba bolesti*, 2013, č. 1 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6343&magazine_id=13
- [33] Znaky, hodnosti a titulatura duchovních hodnostářů v katolické (západní) církvi [online]. In: *Církevní historie*, ©2015 [cit. 2015-01-26]. Dostupné z: <http://www.cirkevnihistorie.estranky.cz/clanky/znaky-a-tituly-katolickych-duchovnich.html>
- [34] ZnameniCasu.cz: Co je po smrti? [online]. *Znameni casu.cz*, © 2015. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.znamenicasu.cz/smrt-je-neco-po-smrti/>
- [35] Zpověď není žádná umývárna... [online]. *Pastorace.cz*, ©2011 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Clanky/Zpove-neni-zadna-umyvarena.html>

Kvalifikační práce:

- [36] GREBÍKOVÁ, Magdalena. *Uspokojování spirituálních potřeb v nemocnici* [online]. Brno, 2014. [cit. 2015-05-08]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/395423/lf_b/Bakalarska_prace.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Cit. Citace.

Č. Číslo.

Kol. Kolektiv

Oše. Ošetřovatelská.

S. Strana.

.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	43
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	44
Tabulka 3 Délka praxe ve zdravotnictví	45
Tabulka 4 Oddělení, na kterém respondenti pracují	46
Tabulka 5 Důležitost potřeb dle respondentů	49
Tabulka 6 Spolupráce zařízení s duchovním	50
Tabulka 7 Jak často duchovní navštěvuje zařízení	51
Tabulka 8 Informovanost klientů ohledně návštěvy duchovním	52
Tabulka 9 Bohoslužby v zařízeních	54
Tabulka 10 Četnost konání bohoslužeb v zařízeních.....	55
Tabulka 11 Přínos služeb duchovního	56
Tabulka 12 Mohou spirituální péči poskytnout i zdravotničtí pracovníci	57
Tabulka 13 Duchovní potřeby nevěřících.....	59
Tabulka 14 Otázka v oše. dokumentaci mapující duchovní potřeby pacienta/klienta.....	60
Tabulka 15 Způsob identifikace deficitu duchovních potřeb pacienta/klienta	61
Tabulka 16 Způsob poskytování duchovních potřeb umírajícímu pacientovi.....	62

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	43
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	44
Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví	45
Graf 4 Spolupráce zařízení s duchovním	50
Graf 5 Jak často duchovní navštěvuje zařízení	51
Graf 6 Informovanost klientů ohledně návštěvy duchovním	52
Graf 7 Bohoslužby v zařízeních	54
Graf 8 Četnost konání bohoslužeb v zařízeních	55
Graf 9 Přínos služeb duchovního	56
Graf 10 Mohou spirituální péči poskytnout i zdravotničtí pracovníci	57
Graf 11 Duchovní potřeby nevěřících	59
Graf 12 Otázka v oš. dokumentaci mapující duchovní potřeby pacienta/klienta	60
Graf 13 Způsob identifikace deficitu duchovních potřeb pacienta/klienta	61
Graf 14 Způsob poskytování duchovních potřeb umírajícímu pacientovi	62

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená respondentko, vážený respondente,

jmenuji se Petra Dulanská a jsem studentka studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o spolupráci při zpracování mé závěrečné bakalářské práce na téma „Poskytování duchovní podpory umírajícímu“. Dotazník je zcela **anonymní**. Vaše odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Doba vyplňování dotazníku je přibližně **10** minut.

Předem Vám děkuji za spolupráci. Petra Dulanská

Tento krátký dotazník obsahuje jak otázky **otevřené** (vyjádřete se svými slovy dle vlastního uvážení), tak **uzavřené** (uved'te jednu z navržených odpovědí, nejbližší Vašemu názoru).

1) **Jste:**

- a. Žena
- b. Muž

2) **Uved'te vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a. Základní vzdělání
- b. Středoškolské vzdělání s výučním listem
- c. Středoškolské vzdělání s maturitou
- d. Vyšší odborné vzdělání
- e. Vysokoškolské vzdělání

3) **Uved'te délku praxe ve zdravotnictví:**

- a. Méně než 5 let
- b. 6-10 let
- c. 11-20 let
- d. 21-35 let
- e. Jiné: uved'te _____

4) **Na kterém oddělení pracujete?**

5) Co si vybavíte pod pojmem duchovní /spirituální potřeba pacienta/klienta?

6) Seřad'te následující potřeby umírajícího pacienta/klienta podle váhy důležitosti (1-4, kde 1 znamená nejdůležitější, 4 nejméně důležité).

Psychické potřeby	
Duchovní potřeby	
Biologické potřeby	
Sociální potřeby	

7) Spolupracuje Vaše zařízení s duchovním?

- ANO
- NE (pokračujte otázkou č. 12)
- Jiné: uveďte _____

8) Pokud byla vaše odpověď ANO, jak často duchovní navštěvuje Vaše zařízení?

- Pravidelně (1–2x do týdne)
- Nepravidelně (1-2x do měsíce)
- Spíše na požádání, dle přání klientů/pacientů (individuálně dle potřeby)
- Jiné: uveďte _____

9) Jsou Vaši klienti/pacienti informováni o možnosti návštěvy duchovním?

- Ano, jsou informováni. Jak? _____
- Ne, nejsou informováni

10) Konají se ve Vašem zařízení bohoslužby?

- ANO, konají
- NE, nekonají (pokračujte otázkou č. 12)

11) Jak často se tyto bohoslužby konají?

- Každý den
- Každý týden (1-2x do týdne)
- 1-2x do měsíce
- Individuálně dle přání klientů/ pacientů
- Jiné: uveďte _____

- 12) **Považujete služby duchovního jako přínosné?**
- ANO
 - NE
 - Jiné: uveďte _____
- 13) **Myslíte si, že mohou spirituální péči poskytnout i zdravotničtí pracovníci?**
- ANO
 - NE, proč? _____
 - Jiné: uveďte _____
- 14) **Při uspokojování duchovních potřeb umírajícího se lze setkat s pojmem **DOPROVÁZET**, charakterizujte krátce slovo **DOPROVÁZEJÍCÍ** umírajícího.**
- _____
- 15) **Mohou mít podle vašeho názoru duchovní potřeby i nevěřící?**
- ANO
 - NE
 - Jiné: uveďte _____
- 16) **Objevuje se při příjmu ve Vaší ošetrovatelské dokumentaci otázka mapující duchovní potřeby pacienta/ klienta?**
- ANO, jaká? _____
 - NE
- 17) **Jakým způsobem ve Vašem zařízení ošetřující personál nejčastěji identifikuje deficit v oblasti duchovních potřeb pacienta/klienta?**
- Prostřednictvím rozhovoru se samotným pacientem/klientem
 - Pozorováním
 - Prostřednictvím rozhovoru s rodinným příslušníkem pacienta/klienta
 - Jiné: uveďte _____
- 18) **Jakým způsobem NEJČASTĚJI poskytují zdravotničtí pracovníci duchovní podporu umírajícímu ve Vašem zařízení?**
- Čtením biblických textů
 - Rozhovorem
 - Nasloucháním
 - Společnou modlitbou
 - Jiné: uveďte _____

19) **Zažil(a) jste během svého působení na pracovišti případ, který se týká duchovní podpory, se kterým by jste se chtěl(a) podělit?**

Místo pro připomínky k tomuto dotazníku. Děkuji, za Váš čas.
