

Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných

Anežka Holubíková, DiS.

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anežka HOLUBÍKOVÁ, DiS.**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

Uspokojování potřeb u onkologicky nemocných.

Spirituální potřeby onkologicky nemocných.

Uspokojování spirituálních potřeb z hlediska multikulturního ošetrovatelství.

Úloha a kompetence sestry v péči o onkologicky nemocné z hlediska holistického ošetrovatelství.

Výzkumná část:

Výzkumné šetření proběhne formou dotazníku.

Dotazník bude určen pro sestry, které pracují na onkologických i neonkologických pracovištích.

Cílem výzkumného šetření je zmapovat úroveň uspokojování spirituálních potřeb u onkologicky nemocných.

Rozsah práce: 82

Rozsah příloh: 8

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

Seznam odborné literatury:

IVANOVÁ, K. a kol. Multikulturní ošetřovatelství I. a II. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1

O'CONNOR, M., ARANDA, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4

OPATRŇY, A. Malá příručka pastorační péče o nemocné. Praha: Pastorační středisko, 2001. 47 s.

TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

KOZIEROVÁ, B. a kol. Ošetrovateľstvo 1. Martin: Osveta, 1995. 837 s. ISBN 80-217-0528-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

5. června 2009

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o potřebách onkologicky nemocných a o možnostech jejich naplňování. Zaměřuje se zejména na potřeby spirituální, neboť se domnívám, že jim není stále věnována dostatečná pozornost. Sestra hraje při uspokojování potřeb nemocných nezastupitelnou úlohu. Zajímala jsem se tedy o postoje sester k problematice uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných.

Klíčová slova: duchovní služba, holismus, spirituální potřeby, spiritualita, náboženství

ABSTRACT

The bachelor work disert on oncology patient needs and possibilities how to reach them. Work aim especially for spiritual needs because it is not paid enough of attention I suppose. There is not any substitutability of the nurse's role in the satisfying of patien needs. That is why I was interested in the attitudes towards satisfying of spiritual needs of oncology patiens.

Keywords: clerical service, holism, spiritual needs, spirituality, religion

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Zlaticí Dorkové, Ph.D. a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.

Ve Zlíně dne 25. května 2009

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce.

Děkuji všem respondentům výzkumu a vrchním sestrám nemocnic za jejich ochotu a čas při vyplňování dotazníků.

Děkuji svým spolužačkám ze studijního programu Ošetřovatelství ve Zlíně za podporu při celém studiu.

Zvláštní poděkování patří rodině za jejich pochopení a podporu.

Ve Zlíně dne 25. května 2009

.....

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 POTŘEBY NEMOCNÝCH	12
1.1 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP V PÉČI O NEMOCNÉ.....	12
1.2 POJEM POTŘEBA ČLOVĚKA	13
1.3 KLASIFIKACE POTŘEB	14
1.4 HIERARCHIE POTŘEB PODLE A. H. MASLOWA	15
1.4.1 Maslowovy teze o vyšších potřebách.....	16
1.4.2 Uspokojování potřeb nemocných.....	16
1.4.3 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb nemocných.....	17
2 BOLEST ČLOVĚKA	18
2.1 NÁDOROVÁ BOLEST.....	19
2.1.1 Hodnocení nádorové bolesti.....	19
2.1.2 Léčba nádorové bolesti.....	20
3 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH	21
3.1 SPIRITUALITA	22
3.2 VÍRA A NÁBOŽENSTVÍ.....	23
3.3 NÁBOŽENSTVÍ A NEMOC	23
3.4 DUCHOVNÍ SLUŽBA	24
4 ZDRAVOTNÍK A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH	27
4.1 TEORETICKÉ MODELY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	28
4.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	29
4.2.1 Ošetřovatelská anamnéza	29
4.2.2 Ošetřovatelská diagnóza.....	30
4.2.3 Plánování ošetřovatelské péče.....	31
4.2.4 Realizace plánovaných činností	32
4.2.5 Vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče.....	33
4.3 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÝM.....	33
4.4 KVALITA ŽIVOTA	33
5 DUCHOVNÍ PÉČE O NEMOCNÉHO V JEDNOTLIVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH A NÁBOŽENSKÝCH SPOLEČNOSTECH	35
5.1 NÁBOŽENSKÉ SITUACE V ČR	35
5.2 VYBRANÁ NÁBOŽENSTVÍ A NÁBOŽENSKÉ SPOLEČNOSTI	35
5.2.1 Křesťanství	36
5.2.2 Islám	39
5.2.3 Judaismus	39
5.2.4 Náboženská společnost - Svědkové Jehovovi.....	39

II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
6	ZJIŠŤOVÁNÍ INFORMACÍ	41
6.1	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
6.1.1	Cíle výzkumu	42
6.1.2	Stanovení hypotéz	42
6.2	POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ	43
6.3	SBĚR DAT	43
6.4	ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	43
6.5	ČÁST I.	44
6.6	ČÁST II.	49
6.7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A JEJICH POROVNÁNÍ S PŘEDPOKLÁDANÝM OČEKÁVÁNÍM	70
6.7.1	Zhodnocení cílů výzkumu	70
6.7.2	Zhodnocení hypotéz výzkumu	72
7	ZÁVĚR	74
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
	SEZNAM GRAFŮ	79
	SEZNAM TABULEK	81
	SEZNAM PŘÍLOH	82

ÚVOD

Mezi charakteristické rysy moderního ošetrovatelství patří komplexní péče o nemocného. Na člověka je potřeba nahlížet jako na celek, který se skládá z části biologické, psychické, sociální a také spirituální. I přesto, že si sestry uvědomují nutnost holistického přístupu k pacientovi, v každodenní praxi se orientuje ošetrovatelská péče o pacienta primárně stále na stránku medicínskou a uspokojování bazálních potřeb, zatímco vyšší potřeby jsou mnohdy opomíjeny. Neuvědomujeme si však, jak důležité může být pro pacienty jejich uspokojování.

Ve své práci se zabývám spirituálními potřebami onkologicky nemocných, jelikož jejich naplňování považuji za nedílnou součást práce zdravotní sestry. Zejména se zaměřuji na to, jakou úlohu konkrétně sehrává sestra v uspokojování těchto vyšších potřeb. Sama mám čtyřletou zkušenost s péčí o onkologicky nemocné, neboť jsem po tuto dobu pracovala na Interní hematoonkologické klinice Fakultní nemocnice Brno v Bohunicích. Zde jsem měla možnost také spolupracovat s pastorační asistentkou a knězem a dozvěděla jsem se něco víc o jejich práci.

Úkolem sestry je pečovat také o duchovní dimenzi klienta, jak to vyplývá ze samotné definice ošetrovatelství: *„Ošetrovatelství je systém typicky ošetrovatelských činností, týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se tím významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Sestra pomáhá jednotlivci i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich okolí v poskytování laické péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou nebo nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči“* (Staňková, 1998, s. 6).

Chci poukázat zejména na to, že tato definice nemluví o uspokojování duchovních potřeb jako o jakémisi nadstandardu ošetrovatelské péče, ale je prostou součástí ošetrovatelské péče a měli bychom tedy k této problematice i takto přistupovat. Netýká se to jen některých sester, ale nás všech, které jsme si vybrali toto povolání.

Bakalářskou práci tvoří teoretická a empirická část. V teoretické části se zabývám holistickým pohledem na člověka a obecně problematikou potřeb nemocných – zde vycházím z Maslowovy hierarchie potřeb. Zaměřuji se zejména na spirituální potřeby a snažím se popsat úlohy zdravotní sestry v jejich uspokojování.

V návaznosti na teoretickou část jsem provedla mezi zdravotními sestrami výzkumné šetření, jehož výsledky uvádím v praktické části bakalářské práce. Zabývala jsem se možnostmi, jaké sestry mají při uspokojování spirituálních potřeb, zda mají o tuto problematiku zájem a jak konkrétně se o spirituální potřeby nemocných starají. Výsledky výzkumu jsou přehledně zpracovány v tabulkách a grafech.

Smysl bakalářské práce je upozornit na nutnost uspokojování také spirituálních potřeb nemocných, zviditelnit tuto problematiku. Ráda bych také povzbudila svoje kolegyně, aby myslely v první řadě na blaho pacienta a v ošetrování ke každému přistupovaly individuálně. To, jakým způsobem a jestli vůbec nabídneme pacientům spirituální pomoc, pro ně může být nesmírně důležité. Je v naší moci vyjít pacientům v této oblasti vstříc, a v těžké nemoci splnit jejich mnohdy nevyřčené přání a uspokojit jejich potřeby ve spirituální oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POTŘEBY NEMOCNÝCH

Nejprve bych chtěla poukázat na to, že pokud se chceme zabývat uspokojováním potřeb nemocných je potřeba na člověka nazírat jako na jednotu těla a ducha.

1.1 Holistický přístup v péči o nemocné

Holismus (z řec. holos – celek) je filozofický směr zdůrazňující celistvost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn součástí. Termín „holismus“ zavedl ve své knize „Holismus a evoluce“ v roce 1926 J. Ch. Smuts. Zdravotní sestry začaly tohoto přístupu využívat ve snaze zachovat rovnováhu mezi technickým pokrokem a potřebami nemocných.

Aby sestry mohly kvalitně pečovat o celou lidskou bytost, je třeba pochopit holistický (celostní) přístup ke zdraví a k péči o člověka. (Viz Příloha č. 1: Lidská bytost z hlediska holistického přístupu).

Protože psychika (oblast kognitivní, emocionální a duchovní) a soma (biologický a fyziologický stav) jsou citlivé na různé druhy stresů, zdůrazňujeme mezi nimi vzájemný psychosomatický stav. Somatické problémy vyvolávají problémy psychické a naopak.

Stres/distres (např. sociální izolace, změny v životě, zármutek) zvyšují náchylnost osob k nemoci a každý nemocný člověk prožívá jak somatickou, tak psychickou nerovnováhu. Somatická nerovnováha vytváří psychickou nerovnováhu a naopak.

Pokud má ošetrovatelská intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátním prožívání nemoci, zotavování se z nemoci nebo při umírání, je nutné, aby byly současně uspokojovány jeho fyziologické, psychické, sociální a v neposlední řadě také spirituální potřeby (Mastiliaková, 1999, s. 8-10).

1.2 Pojem potřeba člověka

Smékal (2004, s. 239) definuje potřebu jako: „stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví osobnosti jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu“.

Vymětal (2003, s. 75) nabízí jinou definici: „Potřeba je něco, co člověk s různou mírou nutnosti, a tedy i naléhavosti, vyžaduje k životu“.

Nakonečný (1995, s. 125) vyjadřuje pojem potřeby jako: „základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu (nedostatku) v biologické či sociální dimenzi bytí“.

Podle Trachtové (2001, s. 10) je potřeba „projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí“.

Z obecného hlediska má pojem potřeba několik základních významů:

- **biologický** - potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy),
- **ekonomický** - potřeba tu obvykle vyjadřuje nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt (televize, šaty), což je poukazem spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle,
- **psychologický** - je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek. Psychologický význam potřeby je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince (Trachtová, 2001, s. 10).

Bártlová (2003, s. 81) dělí potřeby člověka na **potřeby, které se nemocí nemění** (jsou stejné jako u zdravých lidí, v nemoci však mohou být pocíťovány tyto potřeby intenzivněji, nebo může dojít k posunu v jejich důležitosti), **potřeby, které se nemocí modifikovaly** (jsou velmi individuální a variabilní, vliv na ně má samotné onemocnění, jeho druh, závažnost, fáze atd...) a **potřeby, které s nemocí vznikly** (do popředí se dostává potřeba sociálního kontaktu, porozumění, pochopení a pomoci, bezpečí a jistoty, potřeba podnětů a činností, potřeba realizovat své krátkodobé a dlouhodobé cíle apod.).

Nesmíme také zapomínat na to, že: „*priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální*“ (Svatošová, 1995, s. 21).

1.3 Klasifikace potřeb

V psychologii se obvykle potřeby dělí na:

- **biogenní**, fyziologické,
- **psychogenní**, sociogenní, psychologické.

Rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti současně biologické i sociální, z pohledu ošetrovatelství odpovídá holistickému, celostnímu přístupu k člověku. Různí psychologové sestavují různé indexy potřeb, v ošetrovatelství nejvíce využíváme hierarchii potřeb dle Maslowa, která vychází z jeho teorie motivace.

Dalšími psychology, kteří se zabývali koncepcemi potřeb a hodnot byli např. C. R. Rogers (1902-1987), V. E. Frankl (1905 – 1997) a E. Fromm (1900 – 1980).

Podle Rogerse mají lidé dvě základní potřeby: dostávat od druhých pozitivní zpětnou vazbu (tj. být pozitivně přijímán) a rozvíjet svůj potenciál a schopnosti, je to tzv. potřeba sebeaktualizace. Uvedené potřeby na sebe vzájemně působí (Hayesová, 2003, s. 22).

Dle Frankla je nejdůležitější potřeba smyslu života, která je podmínkou naplnění lidské existence a zachování duševního zdraví (Encyklopedie Diderot, 1999, 2 sv., s. 507).

E. Fromm vyčlenil pět základních existenciálních potřeb. Jedná se o potřebu vztahu k druhým, potřebu transcence (přesahu), potřebu zakořenění, potřebu identity a potřebu orientačního rámce a oddanosti (Říčan, 2007, s. 233).

1.4 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Podle amerického psychologa A. H. Maslowa (1908-1970) má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Tato jeho hierarchie je v literatuře znázorňována v podobě pyramidy, jako Maslowova pyramida potřeb (Viz Příloha č. 2: Maslowova hierarchie potřeb).

Maslow seřadil potřeby následovně:

1. Fyziologické potřeby - se objevují při porušení homeostázy, vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Jedinec dělá většinou vše pro to, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuálními.

2. Potřeba jistoty a bezpečí – je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění apod. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty, výrazněji pak v nemoci.

3. Potřeba lásky a sounáležitosti, tj. potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje do popředí v situacích osamocení a opuštění.

4. Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty – jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny. Vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace – vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Kdo chce být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, musí být dobrým lékařem, dobrou sestrou, tzn. musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře.

1.4.1 Maslowovy teze o vyšších potřebách

K vyšším potřebám řadí Maslow tzv. **metapotřeby**, které vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Jde o potřebu poznání, porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality a hravosti, autonomie, smysluplnosti atd. Mezi tyto vyšší potřeby se řadí také potřeby spirituální.

Tyto vyšší potřeby jsou ve srovnání se základními potřebami **méně naléhavé**, ale jejich uspokojování dle Maslowa posiluje k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti. Potřebu transcendence vysvětluje Maslow jako touhu přesáhnout sama sebe a hledání smyslu života. Je to touha po nejvyšším smyslu, mystických hodnotách. Tím člověk přesahuje svoji osobnost a obrací se k Bohu. Maslow zastával názor, že pro uspokojení vyšších potřeb je nezbytně nutné, aby byly dostatečně uspokojovány potřeby nižší.

1.4.2 Uspokojování potřeb nemocných

Na důležitost uspokojování potřeb pro **pocit pohody** (well-being) upozorňuje S. Freud, A. H. Maslow a řada dalších psychologů. Neuspokojená potřeba (tj. frustrace potřeby), ale i negativní změna, jakou je například nemoc nebo úraz, se projevuje určitým napětím, snižujícím pocit pohody.

Naopak uspokojená potřeba pocit osobní pohody zvyšuje. Důležitým faktorem ovlivňujícím subjektivní pocit pohody, je celkový postoj daného člověka. Jde o to, jak se daný člověk staví ke světu a ke svému životu – jaké je jeho pojetí a vidění světa a života.

Největší negativní vliv na subjektivní pocit pohody mají nesrovnalosti mezi tím, jaký má daný člověk ideál svého sebepojetí a jaká je realita (jaký skutečně je), jakým by chtěl být. Při hodnocení well-being nesmíme opomenout vliv momentálních změn – jak v životě daného člověka, tak v jeho prostředí (Křivohlavý, 2004, s. 185-186). Pozitivní duševní zdraví vyžaduje i kladný postoj člověka k sobě samému (sebepřijetí, sebeakceptaci), duševní i duchovní růst (Křivohlavý, 2003, s. 145).

1.4.3 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb nemocných

Existuje celá řada faktorů, které znemožňují, znesnadňují, narušují a mění způsob uspokojování potřeb člověka. Jsou to tyto faktory (Trachtová, 1999, s. 13 -16):

- nemoc,
- osobnost člověka,
- mezilidské vztahy,
- vývojové stadium,
- okolnosti, za kterých nemoc vzniká.

2 BOLEST ČLOVĚKA

Bolest je možné rozdělit v návaznosti na bio-psycho-sociální a spirituální složky lidské bytosti, protože z každé určité složky člověka může přicházet specifická bolest. C. Saundersová (1918-2005) – zakladatelka hospicového hnutí, mluví o celkové bolesti, sestávající z bolesti fyzické, emoční, sociální a spirituální.

Zatímco *bolest fyzickou* lze poznat a do určité míry definovat, ostatní složky, které mohou být zdrojem opravdu velkého utrpení, je někdy potřeba teprve odkrývat.

Sociální bolest je utrpení spojené s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel anebo se ztrátou sociální role. Středem těchto obtíží je ztráta.

Emoční bolest je pocitový komplex, zahrnující duševní otřes, otupělost, nedůvěru, hněv, smutek, smlouvání, úzkost a depresi. E. K. Rossová (1926-2004) popisuje fáze, jimiž onkologicky nemocný prochází – je to období popírání, agrese, smlouvání a deprese až smíření. Zdůrazňuje také, že základním předpokladem pro pomoc nemocným je, aby pomáhající – ať již zdravotníci nebo přátelé – byli vyrovnáni s problematikou umírání a smrti. Zjistila totiž, že zábrany v komunikaci jsou často na straně pomáhajících, než na straně nemocných. Nemocní jsou vděční, pokud je někdo ochoten s nimi hovořit na tabuizovaná témata, vyslechnout je a pochopit jejich problémy.

Spirituální bolest lze definovat nejobtížněji. Často je prožívána jako strach z neznáma a pocit ztráty smyslu. V. E. Frankl (1905-1997), zakladatel psychiatrické školy tzv. logoterapie (tzn. léčení pomocí nalezení smyslu) byl přesvědčen, že duchovní svoboda člověka, kterou mu nelze do posledního dechu vzít, mu dává příležitost uspořádat svůj život smysluplně. Hodnoty postoje považuje za vyšší než hodnoty tvůrčí nebo prožitkové a je přesvědčen, že nejvyšší důstojnost člověka a jeho největší hrdinství je právě v postoji, který zaujme vůči utrpení (Munzarová, 2002, s. 4-6).

2.1 Nádorová bolest

Bolest je nejčastějším a nejobávanějším klinickým symptomem nádorového onemocnění. Pro onkologicky nemocné je typická tzv. nádorová bolest. Termín nádorová bolest je souhrnným označením pro celou řadu bolestivých stavů (syndromů), kterými mohou onkologičtí pacienti trpět. Možné příčiny bolesti onkologicky nemocných jsou:

- průběh nádorového onemocnění (komprese nervové tkáně, infiltrace nervů a jejich cévního zásobování, obstrukce nervové dráhy, zánět),
- vedlejší účinky léků a léčebných postupů využívaných při terapii nádoru.

2.1.1 Hodnocení nádorové bolesti

Nejdůležitější pro léčbu je objasnění příčiny bolesti. U bolesti hodnotíme lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti. Právě intenzita bolesti je hlavním faktorem, který rozhoduje o celkovém vlivu bolesti na pacienta. Silná bolest vyžaduje okamžitou intervenci. Bolest je subjektivní, bolest je definovaná jako komplexní nepříjemný vjem a zkušenost. U onkologicky nemocných pacientů by mělo být hodnocení bolesti jedním z rutinně sledovaných parametrů.

Existuje řada metod měření intenzity bolesti. Dostupné nástroje můžeme rozdělit na jednoduché (unidimenzionální) a vícerozměrné (multidimenzionální).

Jednoduché (unidimenzionální) nástroje k měření intenzity bolesti jsou vhodné především k hodnocení akutní pooperační bolesti. Principem těchto nástrojů je vyjádřit jednou souhrnnou hodnotou komplexní prožitek bolesti. Nejčastěji užívané jednoduché nástroje jsou slovní škála, vizuální analogová škála a numerická škála.

- **Verbální škála bolesti** - pacient hodnotí intenzitu své bolesti pomocí nabídnutých kategorií (např. žádná-mírná-středně silná-silná-nesnesitelná).
- **Vizuální analogová škála** - pacient vyznačí intenzitu své bolesti na úsečce (někdy na trojúhelníku) znázorňující žádnou bolest až nejhorší bolest.
- **Numerická škála** – pacient přiřadí intenzitě své bolesti číslo (v rozmezí 0-10).

Vícerozměrné (multidimenzionální) nástroje měření bolesti – dotazníky bolesti se snaží překonat nedostatky výše uvedených jednoduchých měřících škál. Obvykle využívají principů numerické nebo verbální škály k zhodnocení různých charakteristik bolesti, účinku zavedené léčby a vlivu bolesti na denní aktivity a na pacientovi emoce.

2.1.2 Léčba nádorové bolesti

Léčba bolesti je součástí komplexní onkologické léčby. Typy léčby bolesti jsou:

- **Protinádorová (kauzální) léčba** – principem této léčby je zmenšení nebo odstranění nádoru (chirurgicky, chemoterapií, hormonální léčbou, radioterapií) nebo snížení jeho biologické aktivity (paliativní radioterapie, biologická léčba).
- **Symptomatická léčba** – ovlivňuje vznik, vedení a vnímání bolestivé stimulace na různých úrovních periferního a centrálního nervového systému.
- **Farmakoterapie nádorové bolesti** – je léčba analgetiky, adjuvantními léky (koanalgetiky) a opiáty (Vorlíček a kol., 2006, s. 130-138).

3 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Spirituální neboli duchovní potřeby mají více či méně všichni pacienti. Ale právě u nemocných s onkologickou diagnózou, u nevyлéčitelně nemocných, a u nemocných v terminálním stádiu je nutné se spirituálním potřebám intenzivně věnovat. Právě tito pacienti se zabírají otázkami lidské konečnosti, otázkami smrti a smyslu lidského života.

Spirituální potřeby zahrnují celý komplex hodnot, jsou tedy mnohem širší a hlavně společné všem lidem, jak věřícím v Boha, tak i tzv. ateistům (Mellanová, 2004, s. 76).

Když člověk onemocní, dostává se do nové životní situace. Dle A. Opatrného (2004) se nemocný musí z hlediska spirituálních potřeb konfrontovat s následujícími úkoly:

- Zorientovat se v situaci, která je pro pacienta nová (prostředí nemocnice, odkázanost na pomoc druhých, nemohoucnost, vědomí blízké smrti).
- Přijmout více či méně novou životní roli.
- Uvést do souvislosti dosavadní život s životem „okleštěným“ nemocí nebo pomalu hasnoucím, tedy integrovat současný stav do celku života.
- Najít smysl života i v nové situaci a docenit smysl života dosud žitého.
- Vyrovnat se s obavami o sebe (jak zvládne bezmocnost, bolest, samotnou smrt) i o bližní, které možná brzy opustí (životní partner, děti).
- Vyrovnat se s bilancí vlastního života, s životními neúspěchy a selháními.
- Vyrovnat se s domnělými nebo skutečnými utrpeními, křivdami a neúspěchy – odpustit.
- Vyrovnat se s manky vlastní odpovědnosti vůči životnímu partnerovi, dětem, případně Bohu a dospět k odpuštění.

3.1 Spiritualita

Slovo spiritualita je odvozeno od latinského *spiritus, us, m.* – duch. Spiritualitu nelze jednoznačně definovat. Můžeme ji chápat různě.

O spiritualitě se často hovoří jako o **duchovním prožívání jednotlivce**, jako o vnitřní kontemplaci situací, ve kterých se ocitá. Je to vše, co se odehrává v jeho prožívání a on tomu přisuzuje hluboký smysl; nutně není oddělena od složky psychické. Takto chápaná spiritualita je v určujícím motivem jednání člověka, např. i v terminální fázi života.

Spiritualita také představuje pohled člověk na **základní principy světa**. Zda je svět náhoda nebo je něčím (někým) předurčen, zda existuje svobodná vůle člověka apod. Spiritualita je představena jako podmínka hodnotového žebříčku jedince.

Dále spiritualitou jsou **představy o podstatě světa** - vedou člověk k úvahám o duchovní bytosti, která je odpovědná za existenci a udržení světa. Představy o duchovní bytosti se liší, mnohdy jsou základem různých náboženství. Člověk podle tohoto životního přesvědčení mění svůj způsob života.

Cit pro mír (harmonii), smysl, vztah s ostatními lidmi a jako **víra ve význam života** vůbec – sem lze zařadit i schopnost člověk vnímat pravdu a krásu.

Hledání posvátného - člověk jako by ze své přirozenosti hledal v životě a ve světě něco posvátného. Spiritualita je tak jednak hledání posvátné skutečnosti a pak samotný vztah k takové struktuře - změna života, úcta, atd. (Prokop, 2006, s. 4).

Spiritualita bývá popisována jako dvojdimenzionální pojem: vertikální dimenze je vztah s transcendentem – Bohem nebo jinou nejvyšší mocí řídící lidský život. Horizontální dimenze je vztah k sobě samému, jiným a k prostředí, ve kterém žije. Mezi těmito dimenzemi je nepřetržitý, prolínající se vztah.

Spirituální potřebou je potřeba jedince udržovat, zvyšovat či upravovat své přesvědčení a víru ke splnění náboženských povinností. Určité duchovní potřeby jsou ukryté ve všech náboženstvích. Jsou to (Kozierová a kol., 1995, s. 777):

- potřeba pro smysl a účel,
- potřeba lásky a spolunáležitosti,
- potřeba odpuštění.

Někteří lidé se domnívají, že uvedené potřeby jsou společné celému lidstvu.

3.2 Víra a náboženství

Víra je univerzální – je to charakteristika žití, činnosti a sebepochopení. Mít víru znamená věřit nebo odevzdat se něčemu či někomu. Ve všeobecném pojetí náboženství nebo vyznání jsou to snahy jedince pochopit vlastní místo ve vesmíru, tj. jak jedinec vidí sebe samého ve vztahu k okolnímu prostředí.

Náboženství je organizovaný systém uctívání. Náboženství mají základní vyznání, rituály a praktiky obvykle ve vztahu ke smrti, svatbě a k spasení. Často mají vlastní pravidla chování, aplikovaná na denní život. Mnoho lidí si uspokojuje své duchovní potřeby prostřednictvím osobitého náboženství či náboženských předpisů (Kozierová a kol., 1995, s. 777).

3.3 Náboženství a nemoc

Duchovní přesvědčení může nabýt větší význam v době nemoci. Někteří pacienti mohou na chorobu nahlížet jako na zkoušku víry, např. říkají „Pokud mám dostatek víry, uzdravím se“. V takovémto případě pacient i jeho příbuzní prožívají nemoc bez narušení jejich náboženského přesvědčení.

Jiní lidé považují nemoc za trest a myslí si: „Co jsem udělal, že jsem si tohle zasloužil?“. Tito lidé spojují nemoc s amorálním chováním a považují samotnou chorobu za trest za spáchané hříchy. Někteří lidé také věří, že nemoc ustoupí za pomoci modliteb, slibů a pokání. Zdravotníci podle nich léčí pouze příznaky nemoci, ale opravdové uzdravení může přijít jedině v případě, že jim bude odpuštěno. Pokud se takovýto jedinec neuzdravuje, tak to považuje za nespravedlnost.

Obvykle však duchovní přesvědčení pomáhá lidem akceptovat svoji chorobu a dělat si plány do budoucna. Náboženství může pomoci připravit lidi na smrt a posilovat je během života. Dokáže dát životu i smrti smysl, může být přístavem síly, klidu a víry v době krize, může poskytnout pocit bezpečí.

Některé duchovní přesvědčení jsou však v konfliktu s medicínskou praxí. Pokud víra jedince nabádá k odmítnutí určitých léčebných úkonů – může nastat ohrožení života. Např. Svědci Jehovovi odmítají transfuzi krve (Kozierová a kol., 1995, s. 777-778).

3.4 Duchovní služba

Aktivní přítomnost specialistů na spirituální oblast – spirituální služby (nemocničních kaplanů) by měla být ve zdravotnických zařízeních, kde se předpokládá velká úmrtnost pacientů, standardem v poskytování zdravotní péče v současném zdravotnictví České republiky. Bohužel české zdravotnictví má v současné době problémy samo se sebou a nemá čas systémově řešit tuto oblast. Možná to pramení i z celkové povahy umírání, které je neustále ještě ověňčeno záhadami, tajemstvím a z hlediska zdravotnictví je spíše stinnou stránkou. Právě proto tato služba lidem je nyní v rukou dobrovolníků nebo je vedena ze strany náboženských organizací, které školí pracovníky a které mají snad i možnost jejich financování.

Hlavním problémem je nedostatek odborníků a jejich nerovnoměrné rozložení. Vzhledem k tomu, že uvedená činnost není centrálně podporována a koordinována, není její pokrytí spravedlivé a rovnoměrné. Existují sice lidé, kteří spirituální pomoc a službu nabízejí, jsou ale soustředěni pouze na některých místech a zdaleka ne v takovém počtu, případně v takovém pracovním poměru, v jakém by bylo třeba na pokrytí většiny oddělení. Celkově lze chápat problém jako systémový, i když moderní soudobé původní publikace z paliativní medicíny zdůrazňují spirituální sféru a konkrétní službu jako nedílnou součást multidisciplinárního týmu (Vorlíček a kol., 2004).

Duchovní služba má lidem pomoci řešit jejich duchovní problémy. Měla by dát pacientům prostor k vyjádření jejich obav, tužeb, zkušeností se životem a smrtí i se změnami, které u nich onemocnění vyvolalo.

J. Zachoval rozděluje duchovní službu na individuální a společnou. Společné jsou například bohoslužby nebo např. koncert. Duchovní služba má ale především individuální povahu – tzv. „duchovní doprovázení“. Tím je především naslouchání, podpora pacienta ve vědomí, že jeho osud není všem lhostejný a že má kolem sebe osoby, kterým na něm záleží a s nimiž může otevřeně mluvit (Fleischmannová, 2002, str. 15).

Posláním duchovní služby u lůžka nemocného je připomínat hodnotu života a lásky, ale i jistotu utrpení a smrti. Duchovní služba má říkat pravdu a projevovat soucit. Slova mají být doprovázena ohleduplností a nadějí.

Hlavní úkoly duchovní služby jsou následující:

- pomoci nemocnému vyrovnat se s jeho novou životní situací,
- zúčtovat s uplynulým životem (poděkovat, odprosit, rozloučit se),
- obnovit klid svědomí (např. v katolické církvi péče svátostná).

Bylo by vhodné, aby odborníci ze spirituální služby byli k dispozici všem pacientům a nikoliv pouze těm, kteří si to vyžádají, nebo za kterými je personál pošle. Jakýkoli pacient má tak možnost s těmito pracovníky otevřít problémy, které si netroufl otevřít před nikým jiným, možná proto, že se právem domnívá, že jsou vázáni diskretností a mlčenlivostí. Na druhou stranu ale může tuto službu kdykoliv odmítnout bez udání důvodu (Prokop, 2006, s. 18).

4 ZDRAVOTNÍK A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÝCH

Součástí základní ošetrovatelské péče je respektovat pacientovy duchovní potřeby za jakékoli situace a pomáhat mu tyto potřeby uspokojovat. Jestliže je náboženský život důležitý pro zdravého člověka, o to důležitější je pro něho ve chvíli, kdy člověk onemocní (Zvoníčková, Svobodová, 2006, s. 133).

Spirituální rozměr je zcela individuální a standardní péče o tuto dimenzi prakticky neexistuje. Jsou obecné zásady, které je vhodné zachovávat, ale celkově se koncepce spirituální služby ještě zdaleka neustálila (Prokop, 2006, s. 17).

V oblasti uspokojování spirituálních potřeb musíme (Ivanová a kol, 2005, s. 209):

- respektovat víru nemocného,
- získat informace o duchovních potřebách nemocného,
- informovat nemocného a příbuzné o bohoslužbách konaných ve zdravotnickém zařízení,
- podle přání nemocného zprostředkovat návštěvu kněze, pastoračního asistenta, mnicha, rabína apod.,
- zprostředkovat návštěvu jiných věřících.

Účinně může pomáhat nemocnému ten, kdo je mu blízký a má pro něho pochopení. Není dobré tuto pomoc ihned přesouvat na odborníky – kněze, pastoračního pracovníka, psychologa apod. Setkání s nimi má být nemocnému nabídnout, ale neznamená to, že pomoc nemůže poskytnout kdokoliv z okolí nemocného – rodina, přátelé, ošetřující personál. Pro poskytnutí základní pomoci ve spirituální oblasti je do jisté míry vybaven každý člověk.

Z tohoto důvodu rozlišujeme tedy dvojí duchovní pomoc laickou a profesionální. Profesionální pomoc zajišťují odborníci k tomuto úkonu vyškolení. Avšak laická duchovní pomoc je mimo jiné i v kompetenci ošetřujícího personálu – na to nezapomínejme. Jak můžeme tedy konkrétně onkologicky nemocným pomoci?

Třemi základními prostředky (Opatrný, 2002, s. 5):

- chápajícím rozhovorem,
- navázáním vztahu,
- zprostředkováním kvalifikované duchovní pomoci.

4.1 Teoretické modely ošetřovatelské péče

Ošetřovatelský model je vzorové schéma, které v konkrétních podmínkách (společenských, kulturních, náboženských, ekonomických atd.) dává návod, jak v praxi realizovat koncepci ošetřovatelství.

Z hlediska holistické filozofie je za ošetřovatelský model nejkomplexnějšího pojetí člověka považován „Model fungujícího zdraví“ M. Gordonové. Učí sestry poznat stránku člověka (a z ní plynoucí potřeby) biologickou (soma), psychickou (kognitivní, emocionální a duchovní oblast) a sociální a tyto stránky vnímat jako součást celku.

Nezanedbatelný podíl na vyzvednutí důležitosti uspokojení spirituálních potřeb pacientů má V. Hendersonová, která se věnovala poznávání tradic jednotlivých náboženství nejprve protestantských, později i jiných, a kladla důraz na to, aby sestry měly přehled o tradicích a odlišnostech jednotlivých náboženství.

Za zakladatelku oboru transkulturního ošetřovatelství je považována M. Leiningerová, původně sestra, která roku 1973 založila katedru transkulturního ošetřovatelství na univerzitě ve Washingtonu (Stanislavová, 2008, s. 10).

4.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu. Má 5 fází: ošetrovatelskou anamnézu, diagnózu, plánování, realizaci a vyhodnocení.

4.2.1 Ošetrovatelská anamnéza

Sestra získává údaje o duchovních přesvědčeních pacienta v rámci celkové anamnézy. Často se omezuje na dotaz: „Jakého jste vyznání?“. Ale neměly bychom automaticky předpokládat, že dotyčný bude dodržovat všechny jejich praktiky náboženství či náboženské společnosti, ke které se hlásí. Stoll navrhuje průvodce duchovní anamnézou na získání informací ve 4 oblastech:

1. pacientova koncepce Boha či božstva,
2. jeho zdroj naděje a sil,
3. pro něho významné náboženské praktiky a rituály,
4. vztah mezi jeho zdravotním stavem a jeho individuálním duchovním přesvědčením.

Stoll dále upozorňuje na to, že každý má právo o těchto oblastech nemluvit nebo je neodkrývat druhým. Na spirituální problematiku je nejlépe se ptát na konci anamnézy, až když máme dostatek informací o nemocném a navážeme s ním vztah. Je také možné, že u příjmu se nedostaneme na hlubší odhalení této problematiky a proto je dobré se individuálně u pacienta k této problematice dle potřeby vrátit. Vhodné otázky u zjišťování anamnézy nemocného jsou následující (Kozierová a kol., 1995, s. 783-784):

- Máte nějaké osobité náboženské praktiky, které jsou pro Vás významné?
- Naruší pobyt v nemocnici Vaše náboženské povinnosti?
- Domníváte se, že víra je pro Vás pomocí? Jaký význam má pro Vás víra teď?
- Jakým způsobem bych Vám mohla pomoci ve Vaší víře? Chcete např. abych Vám četla z náboženské knihy?

- Přejete si návštěvu Vašeho duchovního či nemocničního kaplana?
- Co je pro Vás nyní zdrojem síly a naděje?

4.2.2 Ošetřovatelská diagnóza

Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA (North American Nursing Diagnosis Association tj. Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy) se vyjadřují k problematice spirituálních potřeb v **10. doméně: Životní princip**, třída - přesvědčení a třída – soulad hodnot, přesvědčení a činů. Uvedeny jsou zde diagnózy (Marečková, 2006, s. 47):

- ochota ke zlepšení duchovní pohody – 00068,
- duchovní nouze – 00066,
- porušená religiozita – 00169,
- riziko duchovní nouze – 00067,
- riziko porušení religiozity – 00170,
- ochota ke zlepšení religiozity – 00171.

Kapesní průvodce zdravotní sestry zmiňuje diagnózy (Doenges, 2001, s. 82-88):

- duchovní pohoda, možnost zlepšení,
- duchovní tíseň,
- a duchovní tíseň hrozící.

Do stavu duchovní tísně se pacient dostává v případě neuspokojení spirituálních potřeb. Stav duchovní tísně je „stav, při kterém dochází k poruše základních životních principů, které pronikají celým lidským životem – jeho existencí tělesnou i duchovní a přesahují jeho biologickou a psychosociální podstatu“. Příčinou může být mimo jiné i přerušení náboženských vazeb (Červinková, 2006, s. 25-26).

O'Brien subkategorizuje duchovní tíseň takto:

- Duchovní bolest – těžkosti při smíření se ztrátou milované osoby nebo velké utrpení (fyzické či emocionální),
- Duchovní odcizení – odčlenění se od náboženské společnosti,
- Duchovní úzkost - pochybnosti v názorech či hodnotovém systému (např. morálně-etická podstata léčby jako jsou potraty, transfuze krve, chirurgické zákroky),
- Duchovní vina – selhání ve věrnosti náboženským pravidlům,
- Duchovní hněv – problémy s akceptováním choroby nebo utrpení,
- Duchovní ztráta – problémy s hledáním pohody v náboženství,
- Duchovní zoufalství – pocit nezájmu o vlastní osobu.

Duchovní tíseň může mít svůj původ také v jiných diagnózách. Jsou to např. poruchy spánku, beznaděj, bezmocnost, narušená sebeúcta, narušená adaptabilita, nedostatečné vyrovnávání se jedince se situací a dysfunkční smutek (Kozierová a kol., 1995, s. 784).

4.2.3 Plánování ošetrovatelské péče

Někdy se pacienti přímo dožadují návštěvy nemocničního kaplana či duchovního jejich církve. Jiní se mohou se svými starostmi svěřit sestře a ptají se na její názory, pokud v ní najdou zainteresované posluchače. Někteří lidé se ostýchají požádat o duchovní radu, je proto na sestře, aby vyzorovala na pacientovi, že má zájem o duchovní pomoc, nebo o duchovní podporu může žádat rodina pacienta. Před zprostředkováním pomoci se musí sestra ujistit, že má pacient o službu zájem. Sestra musí respektovat přání pacienta a nedělat úsudky, co je dobré a zlé, správné a nesprávné.

V plánování musí být zahrnuta výsledná kritéria (Kozierová a kol., 1995, s.784-785):

- pacient vyjadřuje spokojenost se svým vyznáním,
- pacient pokračuje ve spirituálních obřadech přiměřeně zdravotnímu stavu,
- pacient vyjadřuje zmenšující se pocit viny,
- pacient projevuje souhlas s morálním rozhodnutím,

- pacient má pozitivní cítění,
- pacient vyjadřuje objev pozitivního významu v současné situaci i ve vlastní existenci,
- pacient verbalizuje úlevu nebo přijetí utrpení,
- pacient přestává obviňovat transcendenci, sebe samého a jiných,
- pacient mluví o svém přiblížení se Bohu,
- pacient prožívá pocit odpuštění.

4.2.4 Realizace plánovaných činností

Mezi intervencemi by nemělo chybět povzbuzení pacienta k vyjádření svých pocitů a myšlenek, umožnění pacientovi kontaktu s jinými věřícími a případně s duchovním, poskytnutí jistoty, že akceptujeme a respektujeme jeho víru, poskytnutí soukromí a času na provádění náboženských úkonů, ale také edukace ve smyslu povolení a omezení v dodržování jeho náboženských zvyklostí během hospitalizace (Červinková, 2006, s. 25-26).

Na začátku by si sestra měla ujasnit své vlastní duchovní hodnoty a postoje. Pokud se necítí dobře při duchovní pomoci pacientovi, měla by za sebe najít v této oblasti náhradu. Důležité je, aby respektovala vyznání pacienta a udržovala s ním podporující vztah. Je třeba si také uvědomit, že individuální duchovní přesvědčení může být u příslušníků stejné církve velmi variabilní. Stejně tak je třeba myslet na to, že pokud má pacient uvedeno v dokumentaci, že je bez vyznání, neznamená to, že nemá spirituální potřeby.

Většina nemocnic poskytuje duchovní službu – mohou buď mít vlastního kněze eventuelně pastoračního asistenta, nebo úzce spolupracují s místní církví. Některá zdravotnická zařízení mají také prostory pro výkon náboženských obřadů. Nemocnice může nabízet

možnost účasti na bohoslužbách – pokud se chce pacient zúčastnit, je na sestře dle možností přání pacienta splnit.

Někdy může dojít ke konfliktu mezi medicínskou praxí a náboženskými názory pacienta. Opět je nutné dle možností pracoviště a po konzultaci s lékařem pacientovi vyhovět (Kozierová a kol., 1995, s. 785-786).

4.2.5 Vyhodnocení účinnosti ošetrovatelské péče

V závěru hodnotíme, zda jsme splnily vytčené ošetrovatelské cíle. Pozorujeme pacienta a hodnotíme, zda se nachází v duchovní a celkové pohodě.

4.3 Psychologický přístup k nemocným

Psychologický přístup je záměrné využívání psychologických prostředků k ustavení dobrého pracovního společenství a k psychoterapeutickému působení. Utváří se tak optimální vztah mezi sestrou, nemocným a případně některými významnými osobami jeho života (příbuzní, přátelé apod.). Zároveň navozujeme jejich dobrou spolupráci.

Psychologické prostředky jsou hlavně aplikované poznatky klinické psychologie související především s komunikací, pomocí které navozujeme změnu v osobnosti a chování druhého člověka (Vymětal, 2003, s. 129).

4.4 Kvalita života

Kvalitu života úzce související s uspokojováním životních potřeb, vymezuje Světová zdravotnická organizace jako „*dojem (perception) jednotlivců nebo skupin, že se vychází vstříc jejich potřebám a že se jim neupírají možnosti, aby dosáhli štěstí a naplnění*“ (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 327).

Kvalitu života může a musí posuzovat nemocný sám, druzí lidé nemohou zvnějšku hodnotit, do jaké míry je život konkrétního člověka kvalitní. Při posuzování života hrají roli tři časové oblasti: minulost, přítomnost a budoucnost. Z těchto tří pohledů se může kvalita života jevit nemocnému i těm, kteří o něj pečují, poněkud odlišně.

Když pečujeme o onkologicky nemocné, často se až příliš zaměřujeme na přítomnost, tj. jak se nemocný cítí, jaký je jeho současný stav a na budoucnost, tj. jaká je prognóza onemocnění, zda se nemocný uzdraví. Minulost bývá v pozadí, příliš se o ni nezajímáme.

Ale právě minulost může být pro nemocného zdrojem uspokojení z naplnění života – pokud minulost hodnotí kladně. Naopak může dojít i k negativnímu hodnocení, minulost je zdrojem úzkostí a výčitek ze selhání a vin. Takové hodnocení a prožívání přímo vybízí ke smíření – s prožitým životem, se sebou samým, s vlastní nedokonalostí a smrtelností, s bližním apod. (Opatrný, 2002, s. 4).

5 DUCHOVNÍ PÉČE O NEMOCNÉHO V JEDNOTLIVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH A NÁBOŽENSKÝCH SPOLEČNOSTECH

Příslušnost k určitému náboženství či k náboženské společnosti se může u nemocného projevovat různými způsoby – může ovlivňovat způsob života, postoj a vztah k chorobě i ke smrti. Při péči o nemocné musíme respektovat náboženskou příslušnost nemocného. Musíme brát také v úvahu, že náboženství mohou mít specifická nařízení v oblasti stravování, kontroly porodnosti, vhodné medicínské léčby apod.

5.1 Náboženské situace v ČR

Česká republika patří k nejateističtějším státům na světě. V roce 2001 se k náboženskému vyznání v České republice přihlásilo cca 3,3 milionů lidí, což je asi jedna třetina z celkového počtu obyvatel (přesně 32,1 %). Naopak osob bez vyznání bylo více než 6 milionů čili téměř tři pětiny všech obyvatel. Zbývající část populace na otázku neodpověděla - je zahrnuta do kategorie nezjištěno.

V příloze č. 3: Podíl obyvatel s náboženským vyznáním k 1. 3. 2001 – uvádím graf, který mapuje ve kterých částech republiky se lidé nejméně a nejvíce hlásí k nějaké víře. V příloze č. 4: Obyvatelstvo podle náboženského vyznání k 1. 3. 2001 – je totéž uvedeno v tabulce. Příloha č. 5: Věřící podle náboženského vyznání k 1. 3. 2001 – nám ukazuje jakou náboženskou příslušnost mají obyvatelé České republiky.

5.2 Vybraná náboženství a náboženské společnosti

Vycházet vstříc spirituálním potřebám nemocných je velkou úlohou sester. Samozřejmě není možné, aby sestry měly hluboké znalosti o praktikách všech náboženských skupin. Důležité je, aby sestry měly znalosti o hlavních náboženských skupinách a společnostech, zejména o těch se kterými se setkávají nejčastěji.

Pokud tedy chceme našim pacientům pomáhat s uspokojováním jejich duchovních potřeb, je třeba mít alespoň základní informace o náboženstvích a náboženských společnostech – záměrně jsem zde vybrala jen některé z nich.

Nejen díky migraci již není výjimkou setkat se s pacienty různých vyznání. Vždy je nutné přistupovat k pacientovi individuálně např. ne každý katolík se bude chtít setkat s knězem. Záleží jen a jen na jeho rozhodnutí. Také dodržování určitých tradic, rituálů, stravovacích ustanovení atd. může být u různých lidí stejného vyznání na jiné úrovni, např. ne každý katolík chodí každou neděli na mši svatou apod.

5.2.1 Křesťanství

Řadíme mezi světové monoteistické náboženství, je nerozšířenějším náboženstvím na světě – má přes miliardu vyznavačů. Zakladatelem a ústřední postavou je Ježíš Kristus, chápaný jako Vykupitel. Křesťanství existuje ve třech hlavních formách: římskokatolické, řeckokatolické a protestantské.

Křesťanství je u nás nejrozšířenější, a proto je největší pravděpodobnost, že bude-li nemocný žádat nějakou službu církve, půjde většinou o katolickou církev. V této církvi existuje 7 svátostí – křest, biřmování, eucharistie, svátost smíření, svátost nemocných, kněžství a manželství. V nemocničním prostředí v období nemoci budou zřejmě nejaktuálnější následující 4 svátosti – křest, eucharistie, svátost smíření a svátost nemocných.

Křest

Římskokatolická církev je názoru, že člověk je lidskou bytostí a má duši od okamžiku početí. Proto je dítě třeba pokřtít pokud není evidentně mrtvé, stejně tak děti ohrožené na životě. Křest může podle církevního řádu vykonávat jakákoli osoba (např. lékař nebo sestra v nepřítomnosti kněze).

Platný křest vyžaduje vylití vody na hlavičku, současně se říká: „Křtím Tě ve jménu Otce i Syna i Ducha Svatého“. Křest je svátost, kterou je člověk přijat ke křesťanskému náboženství, zároveň jsou křtem smyty všechny hříchy. Pokud křest vykoná lékař nebo sestra, je třeba tuto skutečnost zaznamenat do chorobopisu a informovat o ní rodinu i kněze.

Eucharistie

Touto svátostí se slouží nemocným nejčastěji. Méně často tak, že kněz slouží mši u lůžka (v pokoji) nemocného, častěji tak, že mu svátost donese. Eucharistii čili svaté přijímání ovšem nemusí donášet jen kněz či jáhen, ale k tomuto úkonu může být pověřený také laik. Tato svátost je určena všem, kdo jsou pokřtěni a setrvávají v katolické církvi a žijí smíření s Bohem (jsou bez těžkého hříchu) a s lidmi (nežijí ve stavu aktivního nepřátelství, nezdráhají se nikomu odpustit), a jejich právní stav jim nebrání v přijímání svátostí (např. nežijí v církevně neplatném manželství).

Katolík má před přijetím eucharistie dodržet eucharistický půst. Ten je za normálních okolností hodinu před přijímáním, v nemoci pak jen čtvrt hodiny. Voda ani léky půst neruší. Je také dobře vědět, že v případě, kdy nemocný nemůže přijmout ani menší část (úloemek) hostie, je možné mu podat svaté přijímání pod způsobou vína.

Pomazání nemocných

Tato svátost je zatížena ještě stále mnoha nedorozuměními. Pro řadu lidí je prostě "*posledním pomazáním*", čili poslední akcí před smrtí. Je třeba se vyhnout tomuto označení a používat výrazy "pomazání nemocných" nebo "svátost pomazání nemocných". To ovšem nestačí. Jde o celé chápání této svátosti.

Kodex kanonického práva říká: "*Pomazání nemocných, jímž církev doporučuje nebezpečně nemocné Pánu trpícímu a oslavenému, aby jim ulehčil a je uzdravil, se uděluje mazáním olejem a pronášením slov předepsaných v liturgických knihách.*"(Kán 998). Jejím udělovatelem je kněz nebo biskup (nikoli jáhen). Svátost se (po úvodních modlitbách)

uděluje ve dvou krocích: nejprve kněz mlčky vkládá ruce na hlavu nemocného, potom ho maže olejem na dvou místech, zpravidla na hlavě a na ruku, a říká následující slova: *"Skrze toto svaté pomazání ať ti Pán pro své milosrdenství pomůže milostí Ducha svatého. Amen. Ať tě vysvobodí z hříchů, ať tě zachrání a posilní. Amen."* Svátost pomazání nemocných má nemocný přijmout, když vážně onemocní nebo když jsou jeho síly stářím zřetelně oslabeny. Lze ji přijmout i vícekrát za život, pokud se nemocný totiž uzdravil a znovu onemocněl, nebo pokud se jeho stav zřetelně zhoršil. Je velmi důležité, aby se tato svátost chápala jako pomoc v nemoci (ve stáří), a ne jako bezprostřední příprava na smrt.

Bezprostřední přípravou na smrt, po stránce svátostné totiž, má být viaticum, čili svaté přijímání na cestu (do věčnosti). Je to přijímání Těla Kristova v blízkosti smrti, před kterým je možné, aby nemocný obnovil své křestní vyznání a po přijímání může kněz nemocnému udělit plnomocné odpustky pro okamžik smrti.

Svátost pokání

Dobré přijetí svátosti pokání je jednou z nejvýraznějších pomoci, které se může nemocnému dostat. Na druhé straně ovšem tato svátost, vzhledem ke svému velmi osobnímu charakteru, může být v určitých případech nemocnému nedostupná - není schopen ji vykonat. Proto je důležité vědět, že předpoklady k této svátosti - totiž důvěra v odpuštějícího Krista, lítost nad hříchy - mohou být vzbuzovány u všech, kdo v Krista věří, ať už budou schopni tuto svátost přijmout nebo ne. A bez důvěry a bez lítosti nad hříchy není cesta k odpuštění schůdná, i kdyby byl nemocný ochoten vyznávat své hříchy třeba mnohokrát.

Ti, kdo se starají o nemocného, mohou cestu ke svátostnému smíření mnohdy dobře dlouhodobě připravit. Mohou jim pomoci, zbavit se nepatřičných strachů. Staří lidé se často bojí, že si nevzpomenou na všechny hříchy, že se "neumějí zpovídat", nebo, že se bude farář zlobit... Je ale důležité, aby tato svátost byla nemocnému nabízena jako jedna z pomoci, nikoliv jako povinnost.

Svátostná služba laiků

Laik může posloužit nemocnému dvěma svátostmi: křtem a eucharistií. Ve všech našich diecézích jsou vyškolení a pověřeni laici. Nemůže-li tedy nemocnému posloužit eucharistií ani kněz ani jáhen může využít pomoci těchto pověřených osob. Laici jsou služebníky mimořádnými a svou službu mají konat v rámci farní nebo nemocniční (ústavní) duchovní správy, tedy v součinnosti s farářem, nemocničním kaplanem nebo jiným duchovním, který má danou oblast na starosti.

5.2.2 Islám

Muslimové nemají žádné zvláštní formy náboženské péče o nemocné. Je ovšem třeba respektovat základní veřejné prvky jejich zbožnosti: denní modlitby na koberečku, orientované směrem k Mekce, zákaz konzumace vepřového masa (nedodrží všichni) a předpisy postního měsíce Ramadánu (ten nemá podle našeho kalendáře stabilní místo, posouvá se), kdy se muslim od východu slunce do jeho západu postí.

5.2.3 Judaismus

Bylo by hrubou netaktností nabízet např. věřícímu Židovi křesťanské svátosti. Je třeba mu umožnit, aby se v klidu modlil, případně mu zprostředkovat kontakt s členy náboženské obce (nemusí to být jen rabín). Dále je třeba vědět, že ortodoxní Žid nebude jíst vepřové, svěťi sobotu (ne neděli), a měl by požívat jen košer potraviny (tedy potraviny, připravené podle rituálních pravidel - netýká se to jen masa, ze kterého musí být při porážce vypuzena krev).

5.2.4 Náboženská společnost - Svědkové Jehovovi

Je třeba respektovat, že se nehlásí k žádným křesťanům (katolíkům, evangelíkům, pravoslavným) - všechny považují za „nepravé“ křesťany. Nebudou se s nimi ani modlit. Svátosti v křesťanském pojetí neznají, jen křest ponořením. Nejznámější je, že odmítají krevní transfuzi i užití krevních derivátů při léčbě (Opatrný, 2001).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 ZJIŠŤOVÁNÍ INFORMACÍ

Hlavním úkolem této praktické části, jak již název napovídá, je zjistit, jak si sestry vedou v naplňování duchovních potřeb u onkologicky nemocných. Z tohoto důvodu jsem se obrátila na zdravotní sestry pracující na lůžkových odděleních, a to nejen na onkologii, ale také na interních a chirurgických odděleních, protože také zde se sestry velmi často setkávají s pacienty s onkologickou diagnózou.

6.1 Metodika výzkumného šetření

K výzkumu na lůžkových odděleních – onkologických, interních a chirurgických byl použit dotazník, jehož plné znění uvádím v příloze (Viz Příloha č. 6: Dotazník). Dotazník obsahuje položky uzavřené, polouzavřené i otevřené. Respondenty byly zdravotní sestry, které se při své práci setkávají s onkologicky nemocnými pacienty.

Dotazník pro zdravotní sestry obsahuje 16 položek a je anonymní. V úvodu dotazníku je tabulka s otázkami na věk, délku praxe, pracoviště, vzdělání a zda je respondent věřící či nevěřící. Následně dotazník obsahuje otázky, které jsou rozděleny do třech tématických oblastí:

1. pojem duchovní potřeba,
2. úloha sestry v uspokojování duchovních potřeb,
3. možnosti uspokojování duchovních potřeb na pracovišti.

6.1.1 Cíle výzkumu

Stanovila jsem si 5 základních výzkumných cílů:

1. Zjistit úroveň znalostí sester v dané problematice.
2. Zjistit ochotu sester vzdělávat se v dané problematice.
3. Zjistit, jakým způsobem se konkrétně ošetřující personál může podílet na uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných.
4. Zjistit, zda a jakým způsobem nemocnice umožňují uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných.
5. Navrhnout způsob, jak zlepšit péči sester o spirituální potřeby onkologicky nemocných.

6.1.2 Stanovení hypotéz

Stanovila jsem si následující hypotézy:

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že ošetřující personál ve více než 60 % považuje za důležité věnovat se spirituálním potřebám nemocných.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že ošetřující personál se ve více než 75 % necítí být kompetentní k uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že ošetřující personál ve více než 90 % informuje pacienty o možnosti duchovní služby v daném zdravotnickém zařízení.

6.2 Popis souboru respondentů

Celkově jsem rozdala 100 dotazníků ve 3 různých nemocnicích, a to ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice, Krajské nemocnici T. Bati, a.s. ve Zlíně a Nemocnici T. G. Masaryka v Hodoníně, příspěvkové organizaci.

6.3 Sběr dat

Výzkumné šetření proběhlo v měsíci únoru 2009. Při rozdávání dotazníků jsem nenarazila na žádné větší problémy – pracoviště mi vyšli vstříc a šetření proběhlo bez komplikací. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, návratnost činila 94 %, tzn. 94 kusů. 4 dotazníky se mi nevrátily a 2 dotazníky nebyli do výzkumu zahrnuti pro svou neúplnost.

6.4 Analýza a interpretace získaných dat

Celkem byly vyhodnoceny odpovědi 94 respondentů. Výsledky jsou přehledně znázorněny v tabulkách a v grafech. Hodnoty v tabulkách a v grafech jsou vyjádřeny v absolutních i relativních počtech v %.

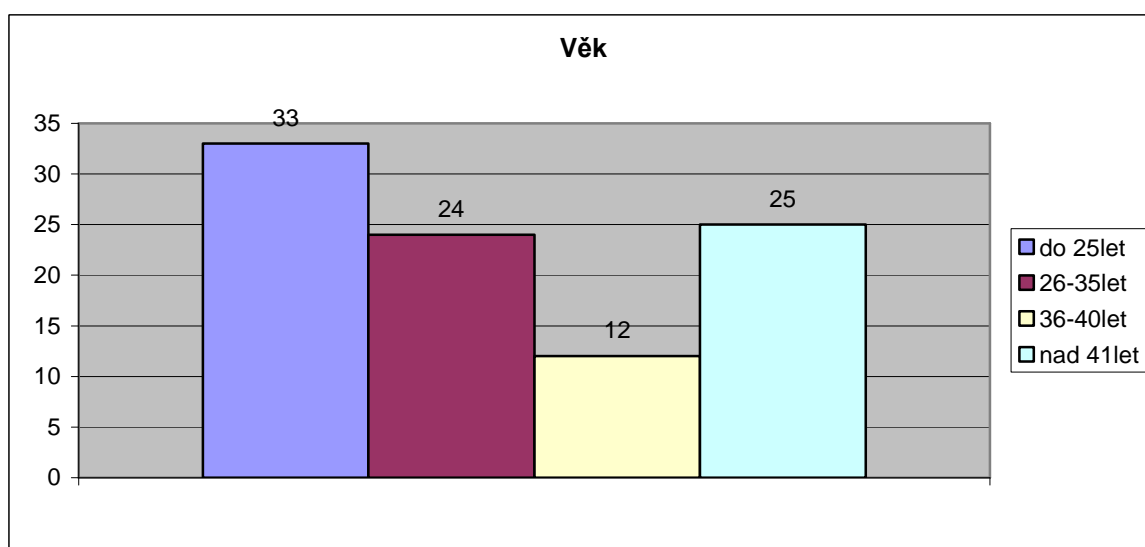
6.5 Část I.

Věk respondentů

Tab. č. 1: Věk respondentů

	Absolutní počet	Relativní počet v %
do 25let	33	34 %
26-35let	24	26 %
36-40let	12	13 %
nad 41let	25	27%

Graf č. 1: Věk respondentů



Interpretace výsledků:

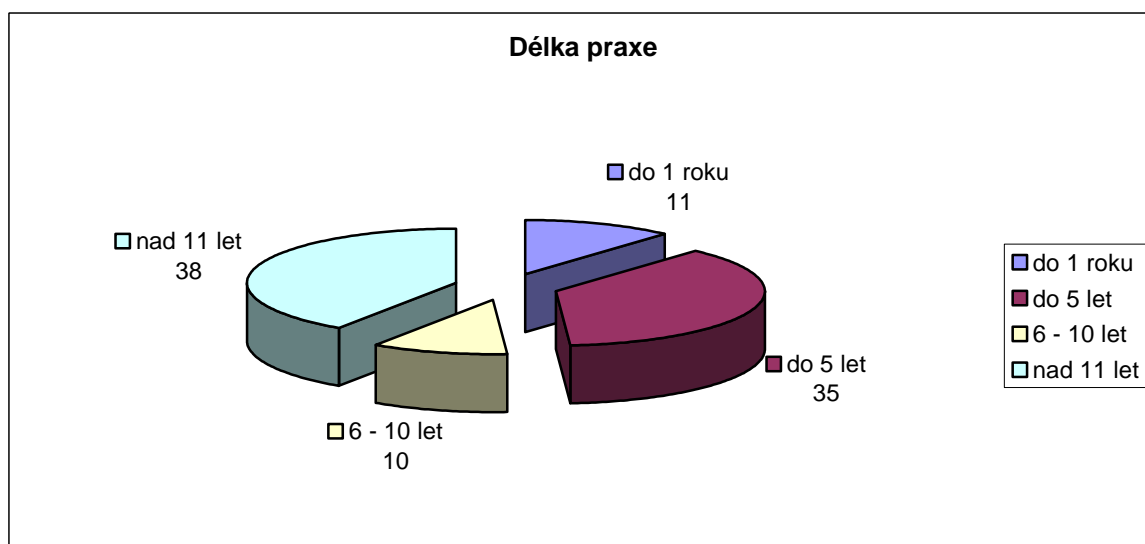
Věkové zastoupení respondentů bylo následující – ve věku do 25 let je zastoupeno 33 respondentů (34 %), mezi 26-35 rokem 24 respondentů (26 %), mezi 36-41 rokem 12 respondentů (13 %) a věková hranice nad 41 let je zastoupena 25 respondenty (27 %).

Délka praxe

Tab. č. 2: Délka praxe

	Absolutní počet	Relativní počet v %
do 1 roku	11	12 %
do 5 let	35	37 %
6 - 10 let	10	11 %
nad 11 let	38	40 %

Graf č. 2: Délka praxe



Interpretace výsledků:

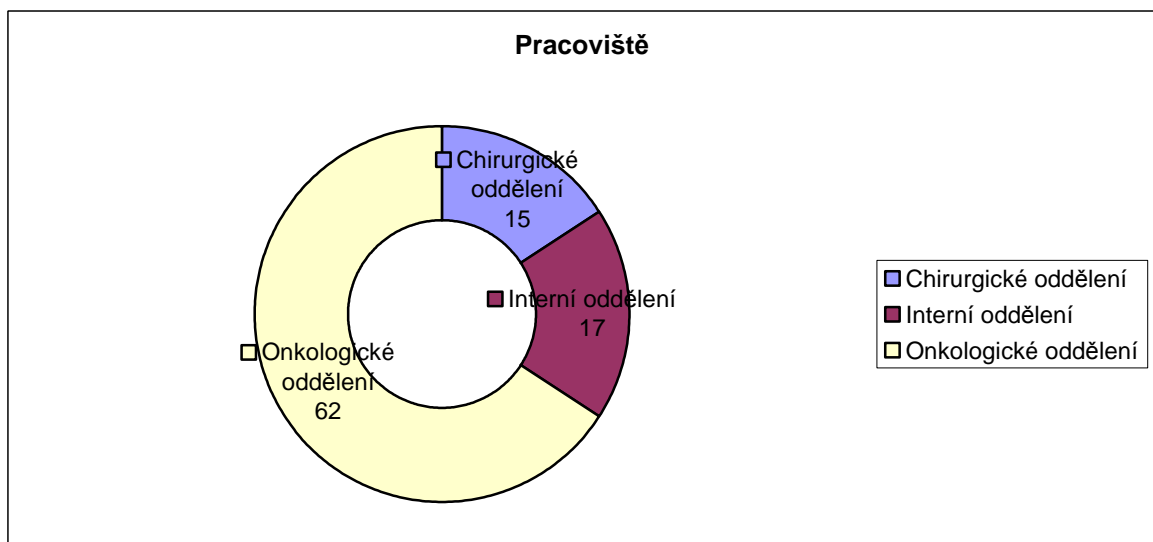
Praxi do 1 roku na oddělení má 11 respondentů (12 %), do 5 let 35 respondentů (37 %), 6-10 let 10 respondentů (11 %) a nad 11 let praxe na oddělení uvedlo 38 respondentů (40 %).

Pracoviště

Tab. č. 3: Pracoviště

	Absolutní počet	Relativní počet v %
Chirurgické oddělení	15	16 %
Interní oddělení	17	18 %
Onkologické oddělení	62	66 %

Graf č. 3: Pracoviště



Interpretace výsledků:

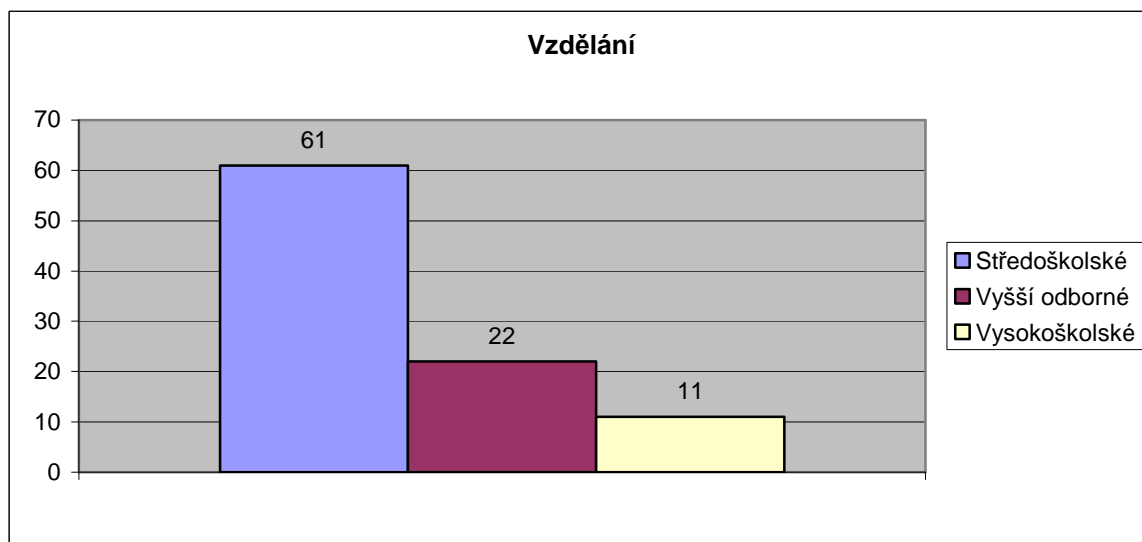
15 respondentů (16 %) pracuje na chirurgickém oddělení, 17 (18 %) na interním oddělení a největší část na onkologickém oddělení a to 62 (66 %) respondentů. U této otázky ale musím poznamenat, že pracovníci interní hematoonkologie byli zařazeni jako pracovníci onkologického oddělení.

Vzdělání

Tab. č. 4: Vzdelání

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Středoškolské vzdělání	61	65 %
Vyšší odborné vzdělání	22	23 %
Vysokoškolské vzdělání	11	12 %

Graf č. 4: Vzdelání



Interpretace výsledků:

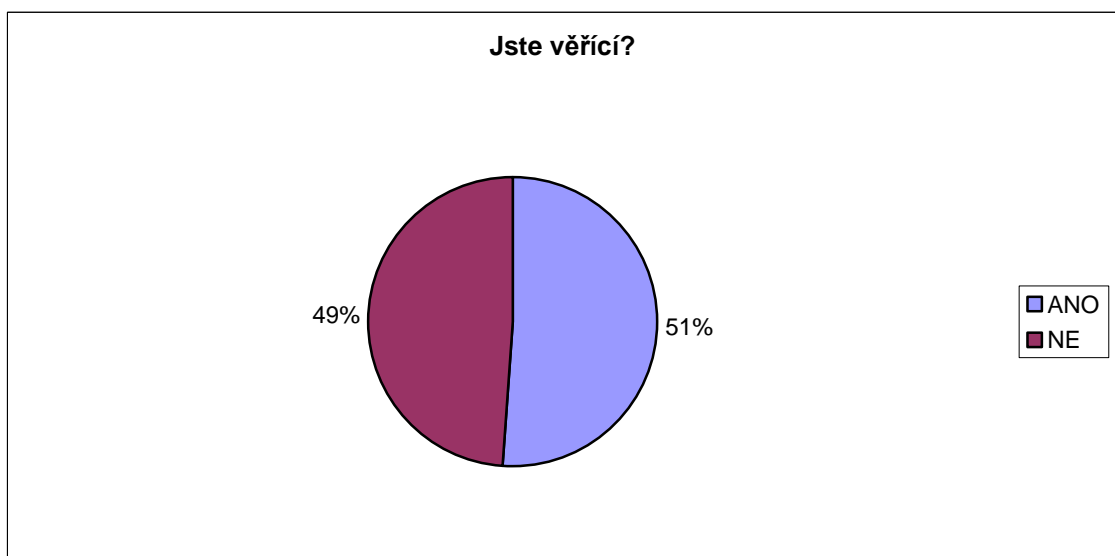
Co se týče vzdělání, největší počet 61 respondentů (65 %) má středoškolské vzdělání, vyšší odbornou školu vystudovalo 22 respondentů (23 %) a vysokou školu vystudovalo 11 dotazovaných (12 %).

Víra

Tab. č. 5: Věřící

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ANO	48	51 %
NE	46	49 %

Graf č. 5: Věřící

**Interpretace výsledků:**

Na otázku „Jste věřící?“ odpovědělo 48 respondentů (51%) ANO a 46 respondentů (49%) respondentů NE. Takže můžeme říct, že dotazovaný soubor respondentů byl v této oblasti vyrovnaný.

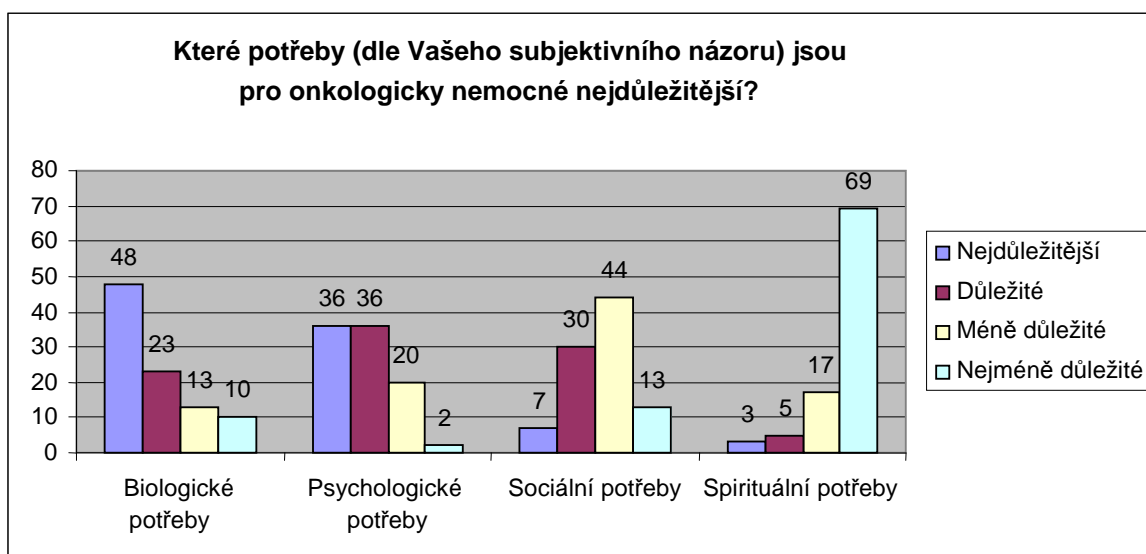
6.6 Část II.

Otázka č. 1. Které potřeby (dle Vašeho subjektivního názoru) jsou pro onkologicky nemocné nejdůležitější? Seřadte dle důležitosti: 1 - nejdůležitější, 4 - nejméně důležité

Tab. č. 6: Důležitost potřeb pro onkologicky nemocné

	Nejdůležitější	Důležité	Méně důležité	Nejméně důležité
Biologické potřeby	48	23	13	10
Psychologické potřeby	36	36	20	2
Sociální potřeby	7	30	44	13
Spirituální potřeby	3	5	17	69

Graf č. 6: Důležitost potřeb pro onkologicky nemocné



Interpretace výsledků:

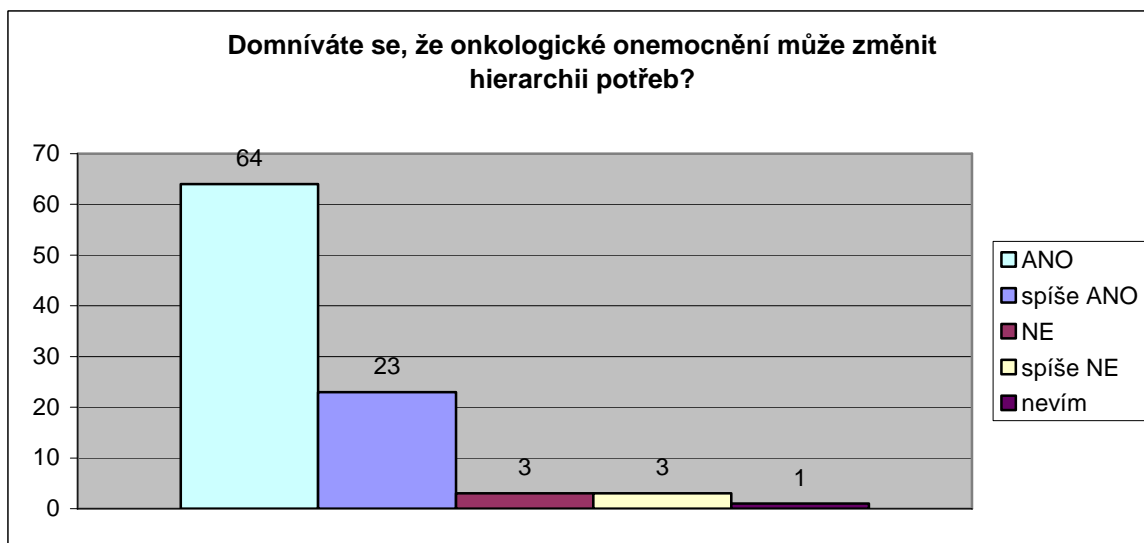
Za nejdůležitější jsou považovány biologické potřeby, následují psychologické potřeby, poté sociální a nakonec spirituální potřeby. Tato otázka nemá velkou výpovědní hodnotu, ale byla do dotazníku zařazena mimo jiné proto, aby si respondenti uvědomili, že není jednoduché lidské potřeby seřadit. Každý člověk je individuální a má jiný žebříček hodnot, a tak je k němu potřeba i takto přistupovat.

Otázka č. 2. Domníváte se, že onkologické onemocnění může změnit hierarchii potřeb?

Tab. č. 7: *Může onkologické onemocnění změnit hierarchii potřeb?*

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ANO	64	69 %
spíše ANO	23	24 %
NE	3	3 %
spíše NE	3	3 %
Nevím	1	1 %

Graf č. 7: *Může onkologické onemocnění změnit hierarchii potřeb?*



Interpretace výsledků:

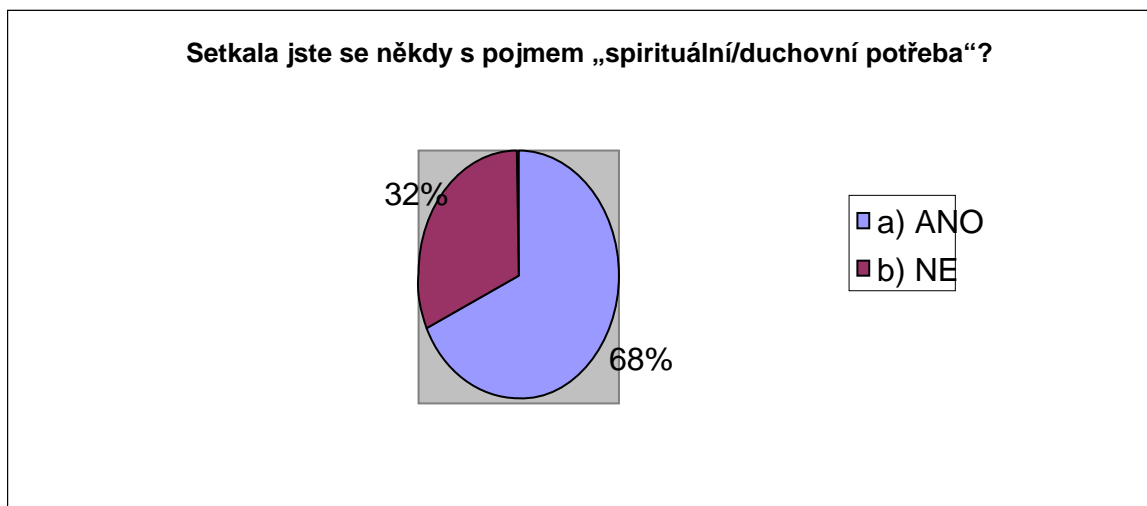
64 respondentů (69 %) si myslí, že onkologické onemocnění může změnit hierarchii potřeb nemocného a 23 respondentů (24 %) uvedlo spíše ANO. 3 respondenti (3 %) se domnívají, že se hierarchie potřeb nemění a stejný počet uvedlo spíše NE. 1 respondent (1 %) neuměl na tuto otázku odpovědět. Většina respondentů tedy připouští změnu hierarchie potřeb u onkologicky nemocných.

Otázka č. 3. Setkal/a jste se někdy s pojmem „spirituální/duchovní potřeba“?

Tab. č. 8: Setkal/a jste se někdy s pojmem „spirituální/duchovní potřeba“?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a) ANO	64	68 %
b) NE	30	32 %

Graf č. 8: Setkal/a jste se někdy s pojmem „spirituální/duchovní potřeba“?

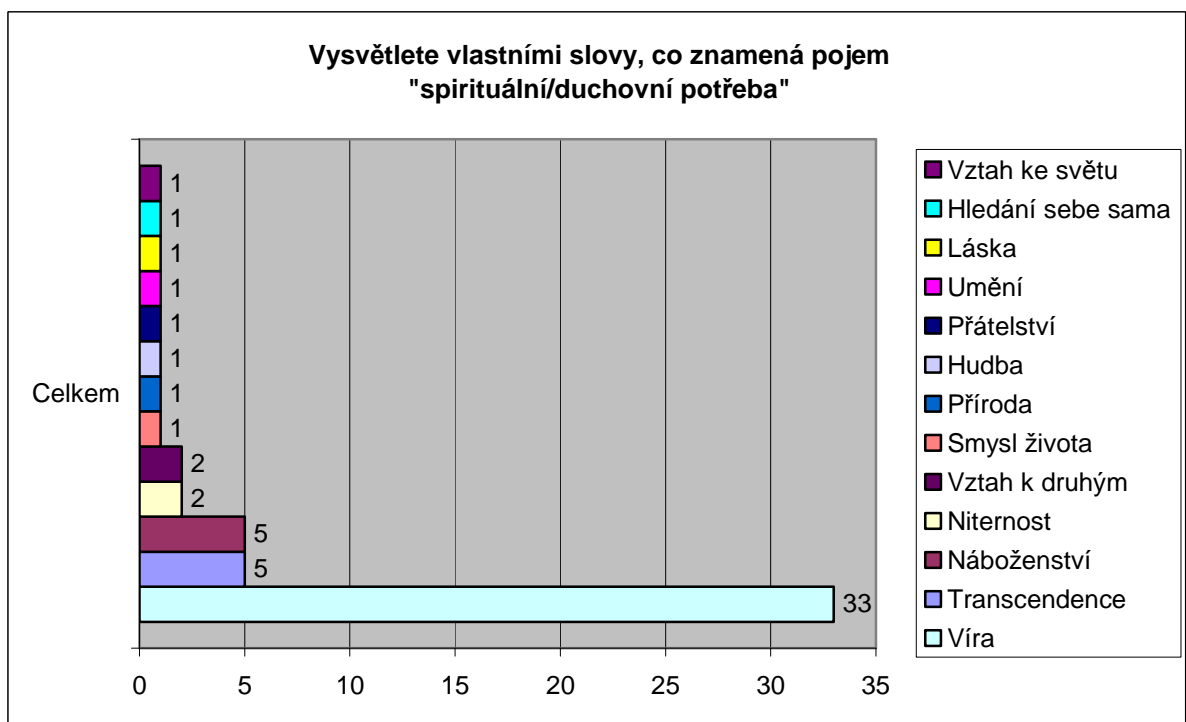


Interpretace výsledků:

Na otázku, zda se respondenti setkali s pojmem spirituální/duchovní potřeba odpovědělo 30 respondentů (32%) NE. I přesto, že 64 respondentů (68%) odpovědělo, že se s tímto pojmem setkali, ne každý svou odpověď rozvedl. V následující podotázce byli respondenti vyzváni, aby vysvětlili tento pojem a toho nebyli všichni, kteří odpověděli ANO, schopni.

Nyní uvádím graf, který ukazuje, co všechno respondenti uvedli jako význam pojmu „spirituální/duchovní potřeba“. Nejčastěji byl tento pojem spojován s vírou – tuto možnost uvedlo 33 respondentů (64 %). Dále se objevily následující odpovědi – transcence, náboženství, niternost, vztah k druhým, smysl života, příroda, hudba, přátelství, umění, láska, hledání sebe sama, vztah ke světu.

Graf č. 9: Vysvětlete vlastními slovy, co znamená pojem „spirituální/duchovní potřeba“?

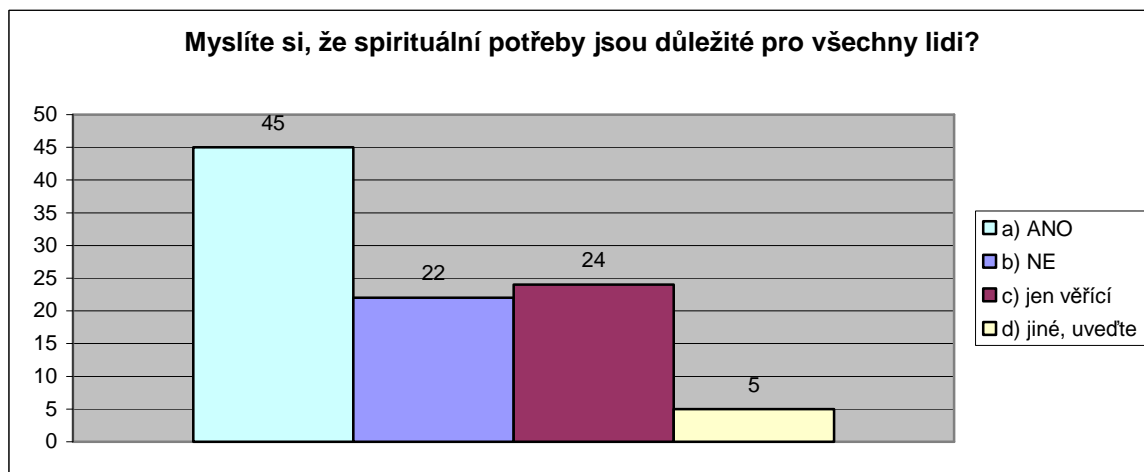


Otázka č. 4. Myslíte si, že spirituální potřeby jsou důležité pro všechny lidi?

Tab. č. 9: Jsou spirituální potřeby důležité pro všechny lidi?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
a) ANO	45	47 %	
b) NE	22	23 %	
c) jen věřící	24	25 %	
d) jiné, uveďte	5	5 %	je to individuální

Graf č. 10: Jsou spirituální potřeby důležité pro všechny lidi?



Interpretace výsledků:

ANO na tuto otázku odpovědělo 45 respondentů (47 %) a 24 respondentů (25 %) se domnívá, že tyto potřeby jsou důležité výhradně pro lidi věřící. 22 respondentů (23 %) duchovní potřeby nepovažuje za důležité pro všechny lidi. 5 dotazovaných (5 %) uvedlo, že je to individuální u každého jedince.

Otázka č. 5. Myslíte si, že je důležité věnovat se uspokojování spirituálních potřeb u onkologicky nemocných?

Tab. č. 10: Důležitost uspokojování spirituálních potřeb u onkologicky nemocných?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a) ANO	80	85 %
b) NE	14	15 %

Graf č. 11: Je důležité věnovat se uspokojování spirituálních potřeb u onkologicky nemocných?



Interpretace výsledků:

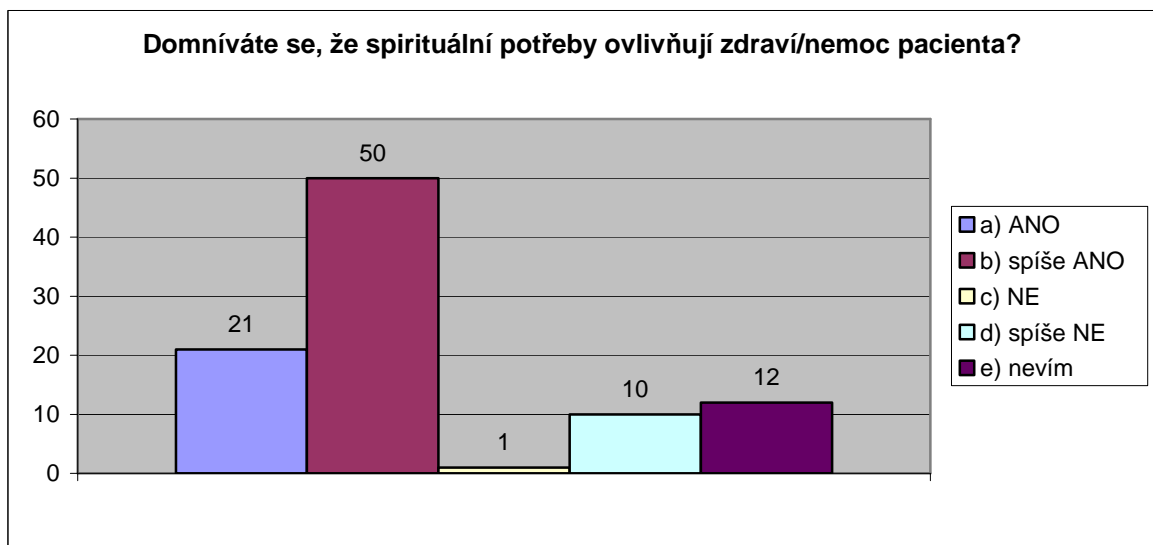
Věnovat se spirituálním potřebám u onkologicky nemocných považuje za důležité 80 respondentů (85 %). 14 dotázaných (15 %) tuto skutečnost za důležitou nepovažuje.

Otázka č. 6. Domníváte se, že spirituální potřeby ovlivňují zdraví/nemoc pacienta?

Tab. č. 11: Ovlivňují spirituální potřeby zdraví/nemoc pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a) ANO	21	22 %
b) spíše ANO	50	53 %
c) NE	1	1 %
d) spíše NE	10	11 %
e) nevím	12	13 %

Graf č. 12: Ovlivňují spirituální potřeby zdraví/nemoc pacienta



Interpretace výsledků:

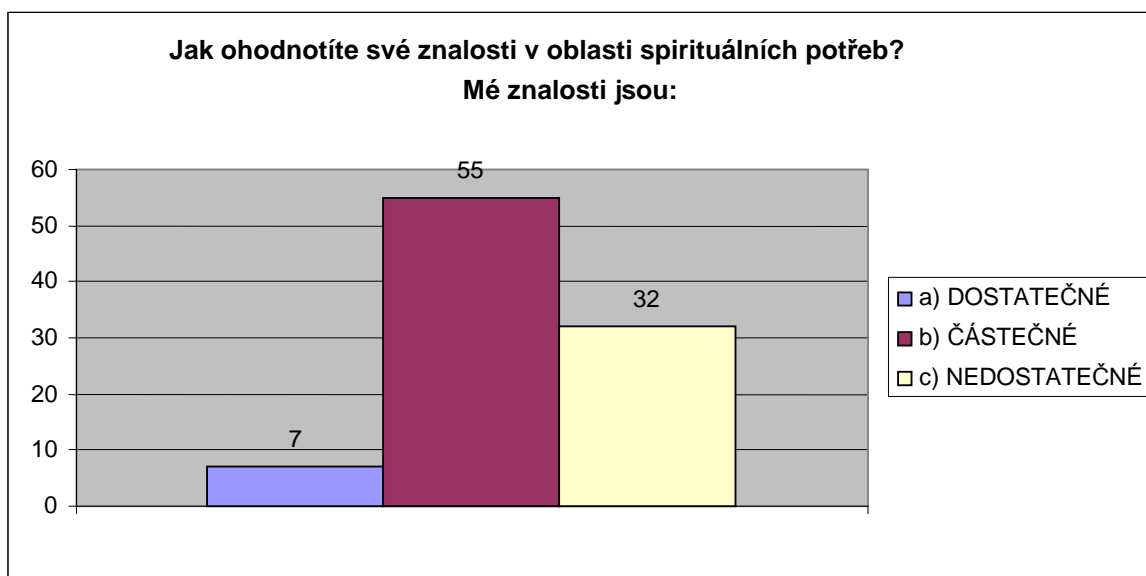
Na otázku, zda spirituální potřeby ovlivňují zdraví/nemoc pacienta odpovědělo 21 respondentů (22 %) ANO, 50 respondentů (53 %) spíše ANO. NE odpověděl 1 respondent (1 %) a spíše NE 10 respondentů (11 %). 12 respondentů (13 %) odpovědělo nevím.

Otázka č. 7. Jak ohodnotíte své znalosti v oblasti spirituálních potřeb? Mé znalosti jsou:

Tab. č. 12: Znalosti v oblasti spirituálních potřeb

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a) DOSTATEČNÉ	7	7 %
b) ČÁSTEČNÉ	55	59 %
c) NEDOSTATEČNÉ	32	34 %

Graf č. 13: Znalosti v oblasti spirituálních potřeb



Interpretace výsledků:

Jako dostatečné hodnotí své znalosti v oblasti spirituálních potřeb 7 respondentů (7 %). 55 respondentů (59 %) hodnotí jako znalosti částečné a 32 respondentů (34 %) dokonce jako nedostatečné.

Otázka č. 8. Byla byste ochotna se dále vzdělávat v oblasti spirituálních potřeb?

Tab. č. 13: Ochota vzdělávat se v oblasti spirituálních potřeb

	Absolutní počet	Relativní počet v %
a) ANO	41	44%
b) NE	53	56%

Graf č. 14: Ochota vzdělávat se v oblasti spirituálních potřeb



Interpretace výsledků:

Vzdělávat se v oblasti spirituálních potřeb by bylo ochotno „pouhých“ 41 respondentů (44%). 53 respondentů (56%) by se vzdělávací akce s touto tematikou nezúčastnilo.

Otázka č 9. Myslíte si, že je v kompetenci zdravotní sestry starat se o spirituální potřeby onkologicky nemocných?

Tab. č. 14: Je v kompetenci sestry starat se o spirituální potřeby onkologicky nemocných?

	Absolutní počet	Relativní počet v %
a) ANO	43	46 %
b) NE	51	54 %

Graf č. 15: Je v kompetenci sestry starat se o spirituální potřeby onkologicky nemocných?



Interpretace výsledků:

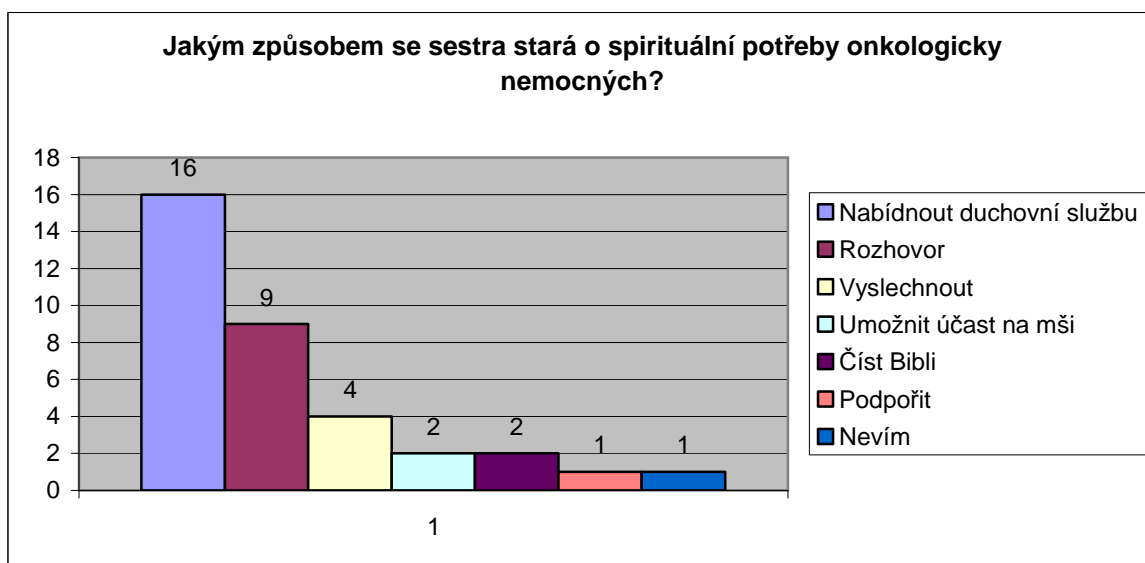
Na otázku, zda je v kompetenci zdravotní sestry starat se o spirituální potřeby onkologicky nemocných odpovědělo 43 respondentů (46 %) ANO a 51 respondentů (54 %) NE.

V další podotázce měli respondenti specifikovat, jakým způsobem se tedy sestra konkrétně stará o spirituální potřeby onkologicky nemocných. Ne všichni respondenti však uměli rozvést, jakým způsobem se uspokojují spirituální potřeby.

Respondenti uváděli nejčastěji tyto odpovědi:

- nabídku duchovní služby, a to v počtu 16 (45 %),
- rozhovor 9krát (26 %),
- vyslechnutí 4krát (11 %),
- umožnit účast na mši 2krát (6 %),
- čtení Bible 2krát (6 %),
- podpora 1krát (3 %),
- nevím 1krát (3%).

Graf č. 16: *Jakým způsobem se sestra stará o spirituální potřeby onkologicky nemocných?*

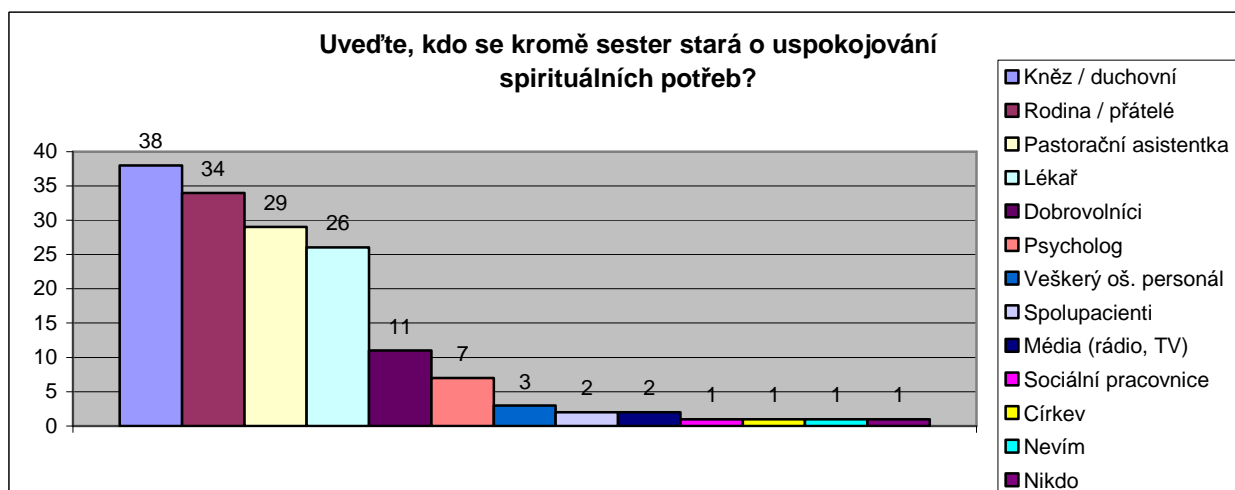


Otázka č. 10. Uved'te, kdo se kromě sester stará o uspokojování spirituálních potřeb?

Tab. č. 15: Kdo se kromě sester stará o uspokojování spirituálních potřeb?

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Kněz / duchovní	38	23 %
Rodina / přátelé	34	22 %
Pastorační asistentka	29	19 %
Lékař	26	17 %
Dobrovolníci	11	7 %
Psycholog	7	4 %
Veškerý oš. personál	3	2 %
Spolupacienti	2	1 %
Média (rádio, TV)	2	1 %
Sociální pracovnice	1	1 %
Církev	1	1 %
Nevím	1	1 %
Nikdo	1	1 %

Graf č. 17: Kdo se kromě sester stará o uspokojování spirituálních potřeb?



Interpretace výsledků:

O uspokojování spirituálních potřeb se podle sester starají kněží/duchovní – takto odpovědělo 38 respondentů (23%), dále se na předních pozicích se umístila rodina/přátelé 34krát (22 %), pastorační asistentka 29krát (19 %), lékař 26krát (17 %). Dále se objevily odpovědi: dobrovolníci, psycholog, veškerý ošetřující personál, média, sociální pracovnice, církev a nevím nebo nikdo.

Otázka č. 11. Byla jste požádána nemocným o zprostředkování spirituální pomoci?

Tab. č. 16: *Byla jste požádána nemocným o zprostředkování spirituální pomoci?*

	Absolutní počet	Relativní počet v %
a) ANO	27	29%
b) NE	67	71%

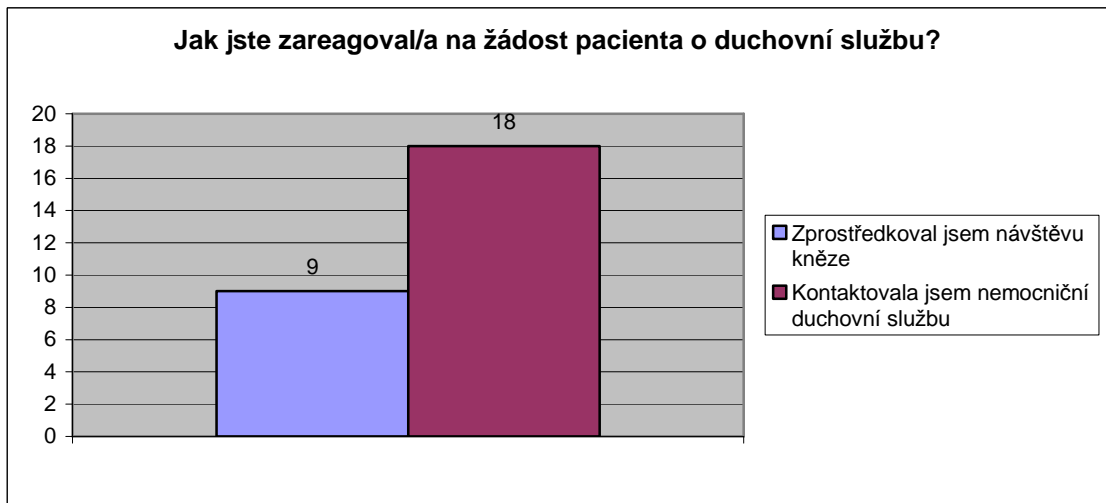
Graf č. 18: *Byla jste požádána nemocným o zprostředkování spirituální pomoci?*



Interpretace výsledků:

27 respondentů (29 %) bylo požádáno o zprostředkování spirituální pomoci, na 67 respondentů (71%) se pacient s tímto problémem neobrátil. Respondenti, kteří byli požádáni o pomoc vždy vyhověli. V 9ti případech zprostředkovali návštěvu kněze a v 18ti případech kontaktovali nemocniční duchovní službu.

Graf č. 19: *Jak jste zareagoval/a na žádost pacienta o duchovní službu?*

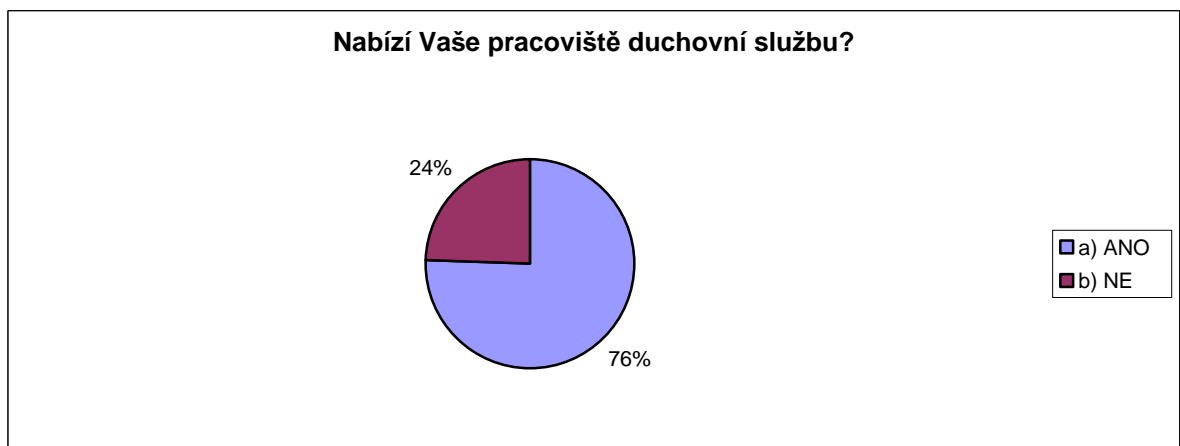


Otázka č. 12. Nabízí Vaše pracoviště duchovní službu?

Tab. č. 17: Nabízí Vaše pracoviště duchovní službu?

	Absolutní počet	Relativní počet v %
a) ANO	71	76%
b) NE	23	24%

Graf č. 20: Nabízí Vaše pracoviště duchovní službu?



Interpretace výsledků:

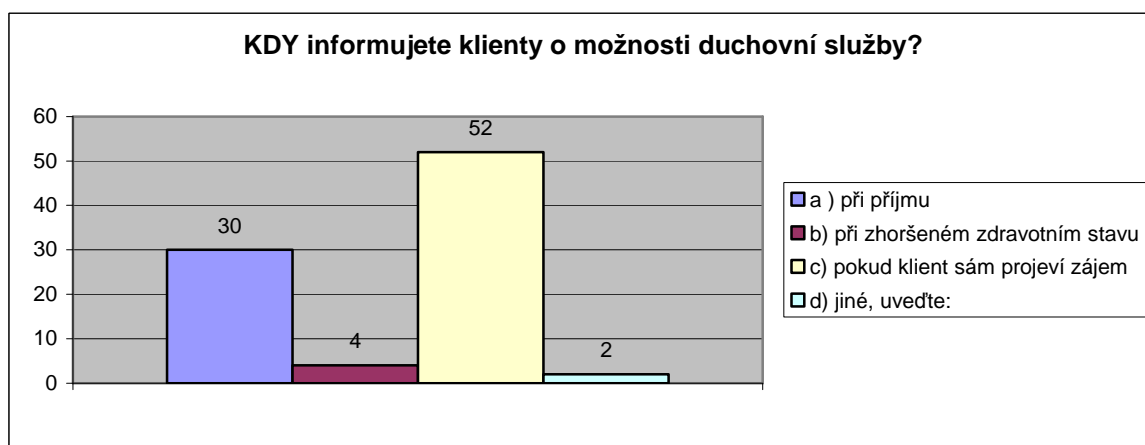
Z celkového počtu odpovědělo 71 respondentů (76%), že jejich pracoviště nabízí duchovní službu a 23 respondentů (24%) uvedlo, že tyto služby nenabízí.

Součástí otázky č. 12 byl dotaz, při jaké příležitosti informují respondenti o možnosti duchovní služby v nemocnici.

Tab. č. 18: *Kdy informujete klienty o možnosti duchovní služby v nemocnici?*

	Absolutní počet	Relativní počet v %
a) při příjmu	30	34 %
b) při zhoršeném zdravotním stavu	4	5 %
c) pokud klient sám projeví zájem	52	59 %
d) jiné, uveďte:	2	2 %

Graf č. 21: *Kdy informujete klienty o možnosti duchovní služby v nemocnici?*



Interpretace výsledků:

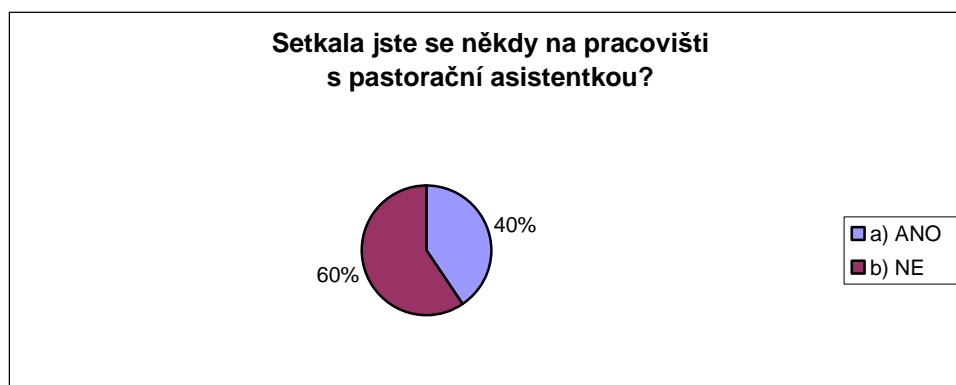
O možnosti duchovní služby v nemocnici nejčastěji informují sestry pokud klient sám projeví zájem, a to v 52 případech (59 %). 30 respondentů (34 %) informuje o této skutečnosti při příjmu na oddělení, 4 respondenti (5 %) informují pacienty o duchovní službě při zhoršeném zdravotním stavu. 2 respondenti (2 %) shodně uvedli, že „duchovní služba“ informuje klienty sama.

Otázka č. 13. Setkala jste se někdy na pracovišti s pastorační asistentkou/knězem?

Tab. č. 19: Setkala jste se někdy na pracovišti s pastorační asistentkou/knězem?

Setkala jste se na pracovišti s pastorační asistentkou?	Absolutní počet	Relativní počet v %
a) ANO	38	40 %
b) NE	56	60 %
Setkala jste se na pracovišti s knězem?		
a) ANO	65	69 %
b) NE	29	31 %

Graf č. 22: Setkala jste se někdy na pracovišti s pastorační asistentkou?



Graf č. 23: Setkala jste se někdy na pracovišti s knězem?



Interpretace výsledků:

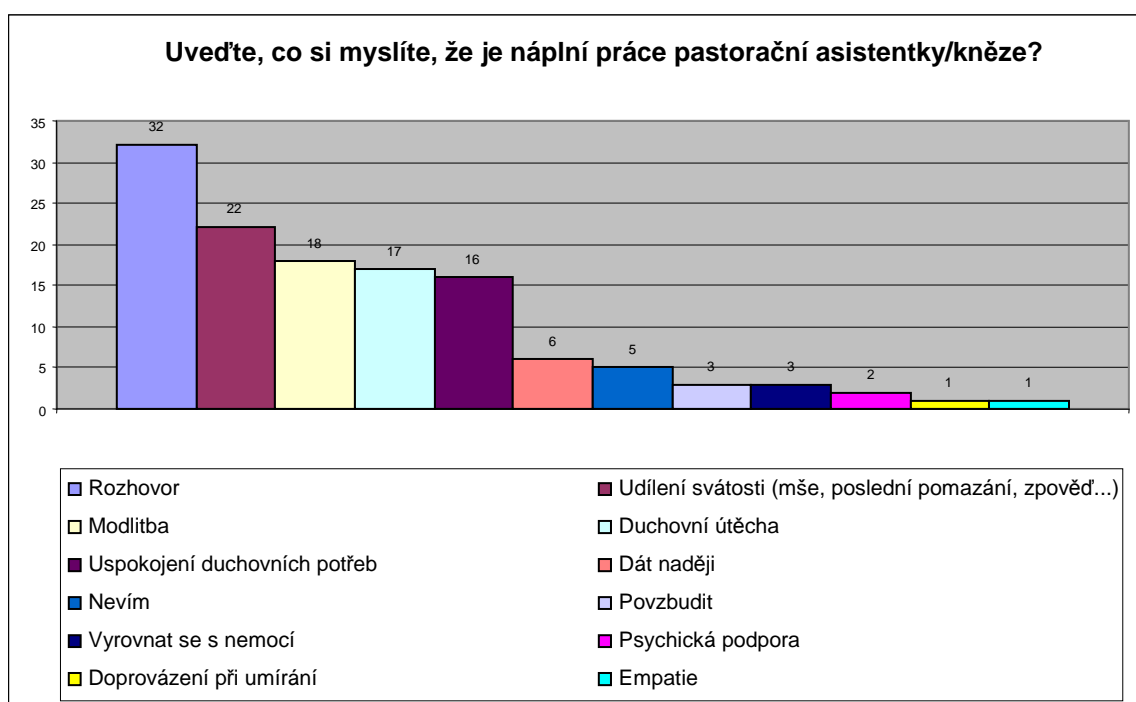
38 respondentů (40 %) se na pracovišti setkala s pastorační asistentkou, 65 respondentů (69 %) se na pracovišti setkala s knězem.

Otázka č. 14. Uved'te, co si myslíte, že je náplní práce pastorační asistentky/kněže?

Tab. č. 20: Co je náplní práce pastorační asistentky/kněže?

	Absolutní počet	Relativní počet v %
Rozhovor	32	26 %
Udílení svátosti (mše, poslední pomazání, zpověď...)	22	17 %
Modlitba	18	14 %
Duchovní útěcha	17	13 %
Uspokojení duchovních potřeb	16	13 %
Dát naději	6	5 %
Nevím	5	4 %
Povzbudit	3	2 %
Vyrovnat se s nemocí	3	2 %
Psychická podpora	2	2 %
Doprovázení při umírání	1	1 %
Empatie	1	1 %

Graf č. 24: Co je náplní práce pastorační asistentky/kněže?



Interpretace výsledků:

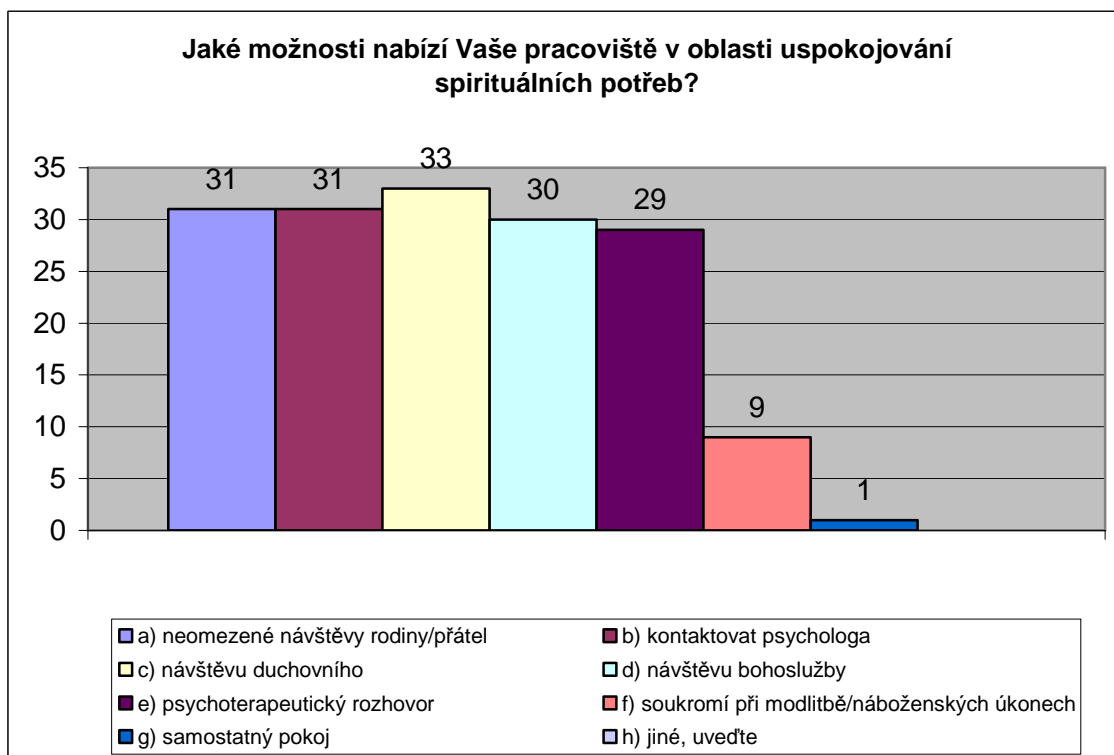
Dle nejfrekventovanějšího názoru respondentů je náplní práce pastorační asistentky a kněze rozhovor ve 26 %, udílení svátostí v 17 %, modlitba ve 14 %, duchovní útěcha ve 13 %, uspokojení duchovních potřeb ve 13 %, dát naději v 5 % atd. (Viz Graf č. 24: Co je náplní práce pastorační asistentky/kněze?). 5 respondentů (4 %) neumělo na tuto otázku odpovědět.

Otázka č. 15. Jaké možnosti nabízí Vaše pracoviště v oblasti uspokojování spirituálních potřeb?

Tab. č. 21: Možnosti pracovišť v oblasti uspokojování spirituálních potřeb

	Absolutní počet	Relativní počet v %
a) neomezené návštěvy rodiny/přátel	31	19 %
b) kontaktovat psychologa	31	19 %
b) návštěvu duchovního	33	20 %
c) návštěvu bohoslužby	30	18 %
d) psychoterapeutický rozhovor	29	18 %
e) soukromí při modlitbě/náboženských úkonech	9	5 %
f) samostatný pokoj	1	1 %
g) jiné, uveďte		

Graf č. 25: Možnosti pracovišť v oblasti uspokojování spirituálních potřeb



Interpretace výsledků:

31 respondentů (19 %) uvedlo, že pracoviště umožňují neomezené návštěvy rodiny/přátel, stejný počet uvedlo možnost kontaktovat psychologa, 33 respondentů (20 %) uvedlo možnost návštěvy duchovního, 30 respondentů (18 %) uvedlo možnost návštěvy bohoslužby, 29 respondentů (18 %) nabízí psychoterapeutický rozhovor, 9 respondentů (5 %) umožňuje soukromí při modlitbě či náboženských úkonech, 1 respondent (1 %) uvedl možnost samostatného pokoje.

6.7 Interpretace výsledků a jejich porovnání s předpokládaným očekáváním

Nyní následuje zhodnocení cílů a hypotéz výzkumu, a také návrh na zlepšení péče o spirituální potřeby onkologicky nemocných.

6.7.1 Zhodnocení cílů výzkumu

Znalosti sester v oblasti spirituálních potřeb a ochota sester vzdělávat se

Překvapením pro mne bylo, že 30 respondentů odpovědělo, že se nikdy nesetkalo s pojmem duchovní potřeba. Sestry hodnotí své znalosti v oblasti spirituálních potřeb dostatečně v 7 případech. 55 respondentů hodnotí znalosti jako částečné a 32 respondentů dokonce jako nedostatečné. I přes skutečnost, že 87 respondentů hodnotí své znalosti jako částečné či nedostatečné, vzdělávat se v dané problematice by bylo ochotno pouze 41 respondentů.

Podílení se ošetřujícího personálu na uspokojování spirituálních potřeb

Ošetřující personál si uvědomuje svou úlohu v uspokojování spirituálních potřeb. Konkrétně sestry uváděly, že mohou např. nabízet duchovní službu, mohou vést rozhovor s pacientem, mohou vyslechnout nemocného, umožnit nemocnému účastnit se mše svaté, mohou také číst Bibli apod.

Umožňují nemocnice uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných?

Všechny nemocnice, ve kterých jsem prováděla výzkum nabízejí duchovní službu. Dále respondenti uvedli, že jejich pracoviště umožňují neomezené návštěvy rodiny/přátel, nemocný může kontaktovat psychologa či duchovního. Nemocnice také nabízejí možnost návštěvu bohoslužby, soukromí při modlitbě či náboženských úkonech. Samostatná pokoj je však spíše nadstandardní služba a většinou chod oddělení tuto možnost nedovoluje.

Návrh opatření, jak sestry mohou pečovat o spirituální potřeby onkologicky nemocných

V prvé řadě by mělo každé určité oddělení zaujmout postoj k uspokojování spirituálních potřeb nemocných. Sestry z určitého pracoviště by měli přistupovat k uspokojování spirituálních potřeb jednotně.

Měli by být obeznámeny, zda nemocnice poskytuje duchovní službu. O této skutečnosti by měli sestry pacienty informovat jednak při příjmu – a to formou prosté informace – stejně tak jako informují o dalších službách nemocnice, tak informovat i o možnosti kontaktu duchovní služby. Dále by sestry měly duchovní službu nabízet dle svého uvážení, pokud mají pocit, že by pacient nabídku duchovní služby ocenil.

Dále navrhuji seznámit sestry s konkrétním člověkem, který duchovní službu poskytuje. Např. by mohl připravit krátký seminář pro sestry, kde by představil sebe a svou práci, navrhl by způsob spolupráce, vyslovil by očekávání, která má od ošetřujícího personálu, popsal by jak jej kontaktovat, pokud bude pacient jeho služby potřebovat.

Sami sestry mají důležitou úlohu v naplňování spirituálních potřeb onkologicky nemocných. Především musí u nemocných tuto potřebu rozpoznat – je třeba pouze mít oči otevřené... Je třeba si všímat nemocných – zda dávají nějakým způsobem najevo deficit v oblasti spirituálních potřeb. Např. smutek, uzavřenost nebo naopak upoutávání pozornosti na sebe apod.

V určitých situacích může sestra pomoci sama – může pacienta vyslechnout, vést s ním rozhovor na existencionální témata, mnohdy stačí zkrátka být s ním. Pokud ale pacient žádá speciální spirituální péči, je na sestře kontaktovat odborníka. Je ale důležité kontaktovat ho včas – neodkládat to, zvláště při rychle se zhoršujícím zdravotním stavem.

Nesmírně důležité je také zajistit vhodné prostředí pro uspokojování duchovních potřeb. Ideální by byla místnost k tomuto účelu určená, ale ta většinou na pracovištích není. U mobilních pacientů je vhodný samostatný pokoj, pokud je možné ho zajistit. U imobilních pacientů podle možností je třeba zajistit klid, soukromí, upravit prostředí. Pacient by neměl být rušen.

6.7.2 Zhodnocení hypotéz výzkumu

Hypotéza č. 1

Předpoklad, že ošetřující personál ve více než 60 % považuje za důležité věnovat se spirituálním potřebám nemocných **se potvrdil**. Celkem 80 respondentů tj. 85 % uvedlo, že je důležité se věnovat spirituálním potřebám onkologicky nemocných.

Hypotéza č. 2

Předpoklad, že ošetřující personál se ve více než 75 % necítí být kompetentní k uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných **se nepotvrdil**. Nekompetentní starat se o spirituální potřeby onkologicky nemocných se cítí být 41 respondentů (49 %). 43 respondentů (51%) se kompetentní být cítí.

Hypotéza č. 3

Předpoklad, že ošetřující personál ve více než 90 % informuje pacienty o možnosti duchovní služby v daném zdravotnickém zařízení **se nepotvrdil**.

U otázky č. 12 „Nabízí Vaše pracoviště duchovní službu?“ jsem byla velice překvapena rozdílností odpovědí z jednotlivých pracovišť. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 71 (76%), že jejich pracoviště nabízí duchovní službu a 23 respondentů (24%), že duchovní službu nenabízí. Jelikož jsem z odpovědí nemohla odvodit, zda tedy konkrétní

pracoviště službu nabízí kontaktovala jsem vrchní sestry oddělení a poprosila je o odpověď na tuto otázku.

Ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice pracuje pastorační asistentka, která chodí na oddělení pravidelně určitý den v týdnu, dle potřeby je možné ji také kontaktovat telefonicky, v nemocnici se slouží také nedělní mše svaté.

V Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně nemají pastorační asistentku, ale úzce spolupracují s knězem místní farnosti, který je ochoten na požádání na oddělení přijít.

V Nemocnici T. G. Masaryka v Hodoníně mají také pastorační asistentku, která dle přání pacienta zařídí vše potřebné. Zajišťují pro své klienty i bohoslužby, které se konají ve stanoveném termínu. Z toho tedy vyplývá, že všechna pracoviště myslí i na tuto oblast péče o své klienty.

Myslím si, že by měli být odpovědi sester určitého oddělení v tomto jednotné. Není možné, aby jedna část týmu službu nabízela a druhá ne. Jsme profesionálky a pracujeme jako tým. Proto bez ohledu na to, zda nás tato oblast zajímá, zda nás to obtěžuje či zda nám přiděluje práci, musí být na prvním místě pacient a jeho přání.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem „Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných je rozdělena na 2 části - teoretickou a praktickou.

Teoretická část je rozdělena do 5ti kapitol.

V první kapitole „Potřeby nemocných“ se věnuji holistickému přístupu k nemocným, obecně pojmem „potřeba“ a uvádím zde také hierarchii potřeb dle A. H. Maslowa.

Druhá kapitola „Bolest člověka“ pojednává o bolesti. Nikoliv však pouze o bolesti fyzické, ale zdůrazňuji zde, že člověk může mít také bolest sociální, emoční a spirituální. V této kapitole se také zmiňuji o nádorové bolesti, která je pro onkologicky nemocné velkým problémem.

Třetí kapitola „Spirituální potřeby onkologicky nemocných“ rozebírá pojem „spiritualita“, vztah víry a náboženství, a vztah náboženství a nemoci. Rozvádím zde také pojem „duchovní služba“.

Ve čtvrté kapitole „Zdravotník a spirituální potřeby nemocných“ uvádím některé modely ošetrovatelské péče, které se výrazně zabývají problematikou spirituálních potřeb nemocných. Podrobně se věnuji ošetrovatelskému procesu a to všem jeho fázím – anamnéze, diagnóze, plánování, realizací a vyhodnocením. Zdravotník by měl k nemocným přistupovat tzv. psychologickým přístupem – tento pojem je zde objasněn. V této kapitole se zabývám také kvalitou života.

Pátá kapitola nese název „Duchovní péče o nemocné v jednotlivých náboženstvích a náboženských společnostech“. Nastiňuji zde náboženskou situaci v České republice.

U vybraných náboženstvích – konkrétně v křesťanství, islámu, judaismu a u náboženské společnosti svědků Jehovových se zabývám podrobněji specifiky péče o klienty s tímto vyznáním.

Praktická část uvádí v tabulkách a grafech, jak odpovídali respondenti na otázky z dotazníku. V této části hodnotím stanovené cíle a hypotézy. Na závěr také navrhuji možnosti zlepšení v oblasti spirituální péče o nemocné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
- [2] BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- [3] ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCONZO, 2006. 190 s. ISBN 80-7013-443-7.
- [4] DOENGES, M. E. a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- [5] Encyklopedie Diderot. Praha: Diderot 1999. 8 svazků. ISBN 80-902555-2-3.
- [6] FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. 237 s. ISBN 80-85-319-50-0.
- [7] HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 165 s. ISBN 80-7178-763-9.
- [8] IVANOVÁ, K a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I. a II.* Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- [9] KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. Diplomová práce. Olomouc, 2003, 93 s. Dostupné na <http://www.hospice.cz>. [1.10.2008].
- [10] KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 123 s.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie. Radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
- [13] MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: NCO NZO, 1999. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.

- [14] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
- [15] OPATRNÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko, 2001. 47 s.
- [16] OPATRNÝ, A. *Jak zmírnit niterná trápení nemocných? Informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004.
- [17] KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. 837 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [18] MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.
- [19] PROKOP, J. M. *Spiritualita v nemocničním prostředí*. 2006. 22 s. Dostupné na <http://www.paliativnimedicina.cz>. [12.1.2008].
- [20] ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 328 s. ISBN 978-80-7367-312-3.
- [21] SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2. vyd. Brno: Barrister&Principal, 2004. 523 s. ISBN 80-86598-65-9.
- [22] STANISLAVOVÁ, A. *Problematika uspokojování náboženských potřeb v nemocnici*. Brno: 2008. 127 s. Dostupné na <http://is.muni.cz>. [25.11.2008].
- [23] STAŇKOVÁ, M. *Koncepce českého ošetrovatel'ství, Základní terminologie*. Brno: NCONZO, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
- [24] SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 1995. 144 s. ISBN 978-80-902049-2-9.
- [25] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
- [26] VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
- [27] VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

- [28] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
- [29] ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Časopisy

- [30] FLEISCHMANNOVÁ, P. Při duchovní službě nejde jen o uspokojování náboženských potřeb věřících. *Zdravotnické noviny ČR*, 2002, roč. 51, č. 34, s. 14-16.
- [31] MELLANOVÁ, A. Spirituální potřeby jako terminologický a ošetrovatelský problém. *Ošetrovatelství*, 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 76-77.
- [32] MUNZAROVÁ, M. Kvalita života onkologicky nemocných z pohledu etiky. *Onkologická péče*, 2002, roč. 6, č. 4, s. 1-4.
- [33] OPATRŇÝ, A. Vliv spirituálních hodnot na kvalitu života těžce nemocného člověka. *Onkologická péče*, 2002, roč. 6, č. 4, s. 4-6.
- [34] ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H. Pomoc nemocnému při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersonové. *Diagnóza*, 2006, roč. 8, č. 3, s. 133.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk respondentů

Graf č. 2: Délka praxe

Graf č. 3: Pracoviště

Graf č. 4: Vzdělání

Graf č. 5: Věřící

Graf č. 6: Důležitost potřeb pro onkologicky nemocné

Graf č. 7: Může onkologické onemocnění změnit hierarchii potřeb?

Graf č. 8: Setkal/a jste se někdy s pojmem „spirituální/duchovní potřeba“?

Graf č. 9: Vysvětlíte vlastními slovy, co znamená pojem „spirituální/duchovní potřeba“?

Graf č. 10: Jsou spirituální potřeby důležité pro všechny lidi?

Graf č. 11: Důležitost uspokojování spirituálních potřeb u onkologicky nemocných?

Graf č. 12: Ovlivňují spirituální potřeby zdraví/nemoc pacienta?

Graf č. 13: Znalosti v oblasti spirituálních potřeb

Graf č. 14: Ochota vzdělávat se v oblasti spirituálních potřeb

Graf č. 15: Je v kompetenci sestry starat se o spirituální potřeby onkologicky nemocných?

Graf č. 16: Jakým způsobem se sestra stará o spirituální potřeby onkologicky nemocných?

Graf č. 17: Kdo se kromě sester stará o uspokojování spirituálních potřeb?

Graf č. 18: Byla jste požádána nemocným o zprostředkování spirituální pomoci?

Graf č. 19: Jak jste zareagoval/a na žádost pacienta o duchovní službu?

Graf č. 20: Nabízí Vaše pracoviště duchovní službu?

Graf č. 21: Kdy informujete klienty o možnosti duchovní služby v nemocnici?

Graf č. 22: Setkala jste se někdy na pracovišti s pastorační asistentkou?

Graf č. 23: Setkala jste se někdy na pracovišti s knězem?

Graf č. 24: Co je náplní práce pastorační asistentky/kněže?

Graf č. 25: Možnosti pracovišť v oblasti uspokojování spirituálních potřeb

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Věk respondentů

Tab. č. 2: Délka praxe

Tab. č. 3: Pracoviště

Tab. č. 4: Vzdělání

Tab. č. 5: Věřící

Tab. č. 6: Důležitost potřeb pro onkologicky nemocné

Tab. č. 7: Může onkologické onemocnění změnit hierarchii potřeb?

Tab. č. 8: Setkal/a jste se někdy s pojmem „spirituální/duchovní potřeba“?

Tab. č. 9: Jsou spirituální potřeby důležité pro všechny lidi?

Tab. č. 10: Důležitost uspokojování spirituálních potřeb u onkologicky nemocných?

Tab. č. 11: Ovlivňují spirituální potřeby zdraví/nemoc pacienta?

Tab. č. 12: Znalosti v oblasti spirituálních potřeb

Tab. č. 13: Ochota vzdělávat se v oblasti spirituálních potřeb

Tab. č. 14: Je v kompetenci sestry starat se o spirituální potřeby onkologicky nemocných?

Tab. č. 15: Kdo se kromě sester stará o uspokojování spirituálních potřeb?

Tab. č. 16: Byla jste požádána nemocným o zprostředkování spirituální pomoci?

Tab. č. 17: Nabízí Vaše pracoviště duchovní službu?

Tab. č. 18: Kdy informujete klienty o možnosti duchovní služby v nemocnici?

Tab. č. 19: Setkala jste se někdy na pracovišti s pastorační asistentkou/knězem?

Tab. č. 20: Co je náplní práce pastorační asistentky/kněže?

Tab. č. 21: Možnosti pracovišť v oblasti uspokojování spirituálních potřeb

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Lidská bytost z hlediska holistického přístupu

Příloha č. 2: Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 3: Podíl obyvatel s náboženským vyznáním k 1. 3. 2001

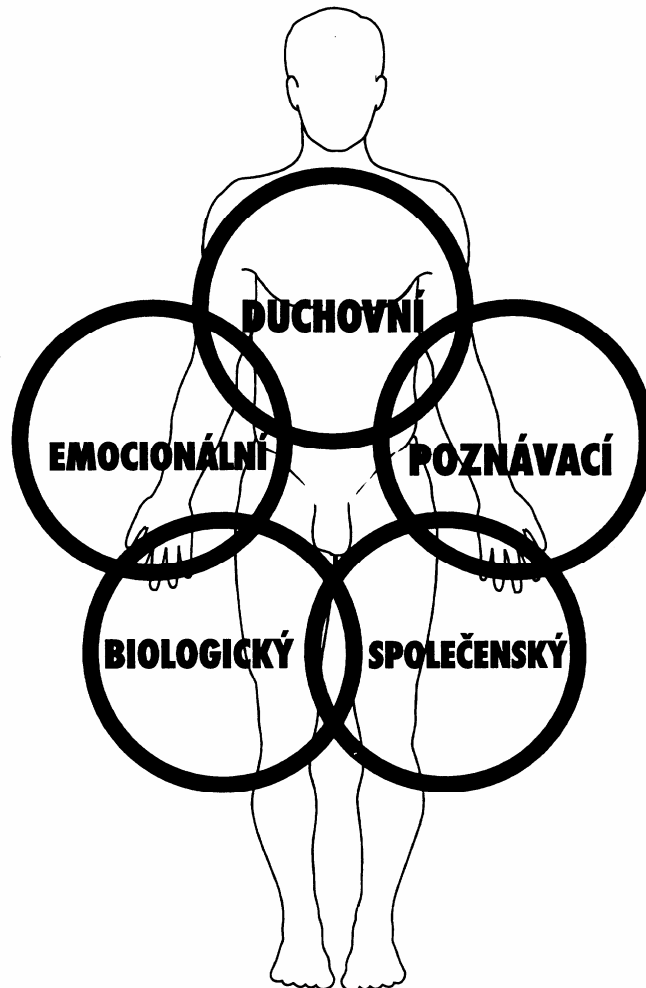
Příloha č. 4: Obyvatelstvo podle náboženského vyznání k 1. 3. 2001

Příloha č. 5: Věřící podle náboženského vyznání k 1. 3. 2001

Příloha č. 6: Dotazník

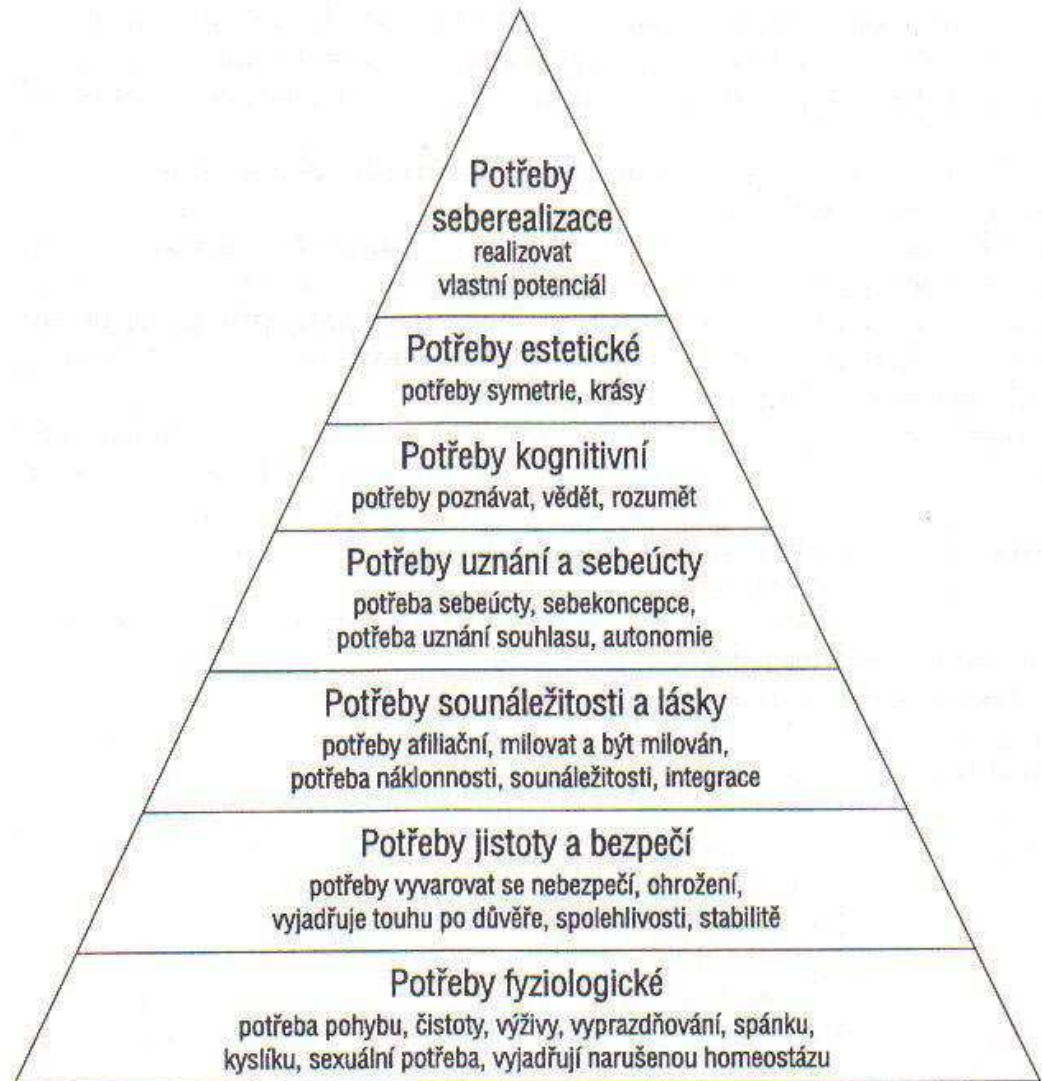
Příloha č. 1: Lidská bytost z hlediska holistického přístupu

Kruhy reprezentují dynamickou interakci biologických, sociálních, kognitivních, emocionálních a duchovních potřeb, které tvoří lidskou bytost.



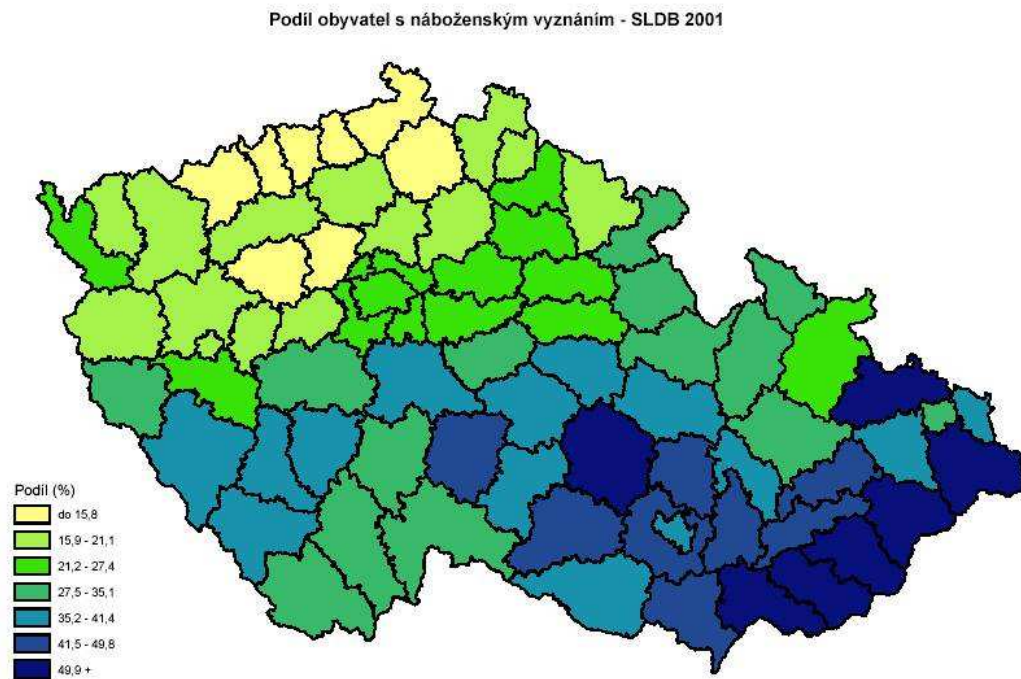
Převzato z:

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: NCO NZO, 1999. s. 11.

Příloha č. 2: Maslowova pyramida potřeb

Převzato z:

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. s.15.

Příloha č. 3: Podíl obyvatel s náboženským vyznáním k 1. 3. 2001

Dostupné na <http://www.czso.cz/> [5.2.2009].

Příloha č. 4: Obyvatelstvo podle náboženského vyznání k 1. 3. 2001

Obyvatelstvo podle náboženského vyznání

Období: Stav k 1.3.2001

	Obyvatelstvo úhrnem	v tom			v tom v procentech		
		bez vyznání	věřící	nezjištěno	bez vyznání	věřící	nezjištěno
Česká republika	10 230 060	6 039 991	3 288 088	901 981	59,04	32,14	8,82
Praha	1 169 106	787 024	286 567	95 515	67,32	24,51	8,17
Střední Čechy	1 122 473	770 234	262 441	89 798	68,62	23,38	8,00
Jihozápad	1 175 955	689 017	350 283	136 655	58,59	29,79	11,62
Severozápad	1 124 562	853 363	192 316	78 883	75,88	17,10	7,01
Severovýchod	1 487 189	962 333	388 251	136 605	64,71	26,11	9,19
Jihovýchod	1 646 929	750 431	732 992	163 506	45,57	44,51	9,93
Střední Morava	1 234 379	563 969	564 957	105 453	45,69	45,77	8,54
Moravskoslezsko	1 269 467	663 620	510 281	95 566	52,28	40,20	7,53

VDB výstupní objekty 1.0.15 © Český statistický úřad

Dostupné na <http://www.czso.cz/> [5.2.2009].

Příloha č. 5: Věřící podle náboženského vyznání k 1. 3. 2001

Věřící podle náboženského vyznání

Období: Stav k 1.3.2001

	Věřící úhrnem	v tom církev (vyznání, víra)								
		římskokatolická	čs.husitská	českobratrská evangelická	slezská evangelická a.v.	pravoslavná	Svědkové Jehovovi	adventisté sedmého dne	starokatolická	ostatní
Česká republika	3 288 088	2 740 780	99 103	117 212	14 020	22 968	23 162	9 757	1 605	259 481
Praha	286 567	206 039	17 624	16 227	79	5 565	3 027	806	327	36 873
Střední Čechy	262 441	212 965	13 010	11 994	26	1 976	2 038	445	172	19 815
Jihozápad	350 283	305 335	7 940	7 035	17	1 915	1 854	616	171	25 400
Severozápad	192 316	146 349	6 994	8 913	22	4 947	3 525	555	166	20 845
Severovýchod	388 251	303 064	25 516	21 075	40	2 315	2 583	1 325	301	32 032
Jihovýchod	732 992	656 039	9 834	20 170	47	2 164	2 376	1 753	160	40 449
Střední Morava	564 957	497 930	9 339	21 484	24	2 596	1 819	1 310	161	30 294
Moravskoslezsko	510 281	413 059	8 846	10 314	13 765	1 490	5 940	2 947	147	53 773

VDB výstupní objekty 1.0.15 © Český statistický úřad

Dostupné na <http://www.czso.cz/> [5.2.2009].

Příloha č. 6: Dotazník**Dotazník k tématu:****Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných**

Jmenuji se Anežka Holubíková a jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií, Institutu zdravotnických studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro vypracování mé bakalářské práce na téma: Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné a také anonymní. Získané informace budou použity v bakalářské práci a nebudou zneužity.

Pokud není uvedeno jinak, označte vždy jednu z nabízených možností.

Děkuji za spolupráci

Anežka Holubíková, DiS.

Váš věk:	a) do 25 let b) 26 – 35 let c) 36 – 40 let d) nad 41 let
Délka praxe:	a) do 1 roku b) do 5 let c) 6 - 10 let d) nad 10 let
Pracuji na:	a) Chirurgickém oddělení b) Interním oddělení c) Onkologickém oddělení d) Jiném oddělení, uveďte.....
Vaše vzdělání:	a) středoškolské vzdělání b) vyšší odborné vzdělání c) vysokoškolské vzdělání
Jste věřící:	a) ANO b) NE

1. **Které potřeby (dle Vašeho subjektivního názoru) jsou pro onkologicky nemocné nejdůležitější? Seřad'te dle důležitosti: 1 - nejdůležitější, 4 - nejméně důležité**

Biologické potřeby
Psychologické potřeby
Sociální potřeby
Spirituální potřeby
2. **Domníváte se, že onkologické onemocnění může změnit hierarchii potřeb?**
a) ANO b) spíše ANO c) NE d) spíše NE e) nevím
3. **Setkal/a jste se někdy s pojmem „spirituální/duchovní potřeba“?**
a) ANO b) NE
Pokud ANO, vysvětlete vlastními slovy, co tento pojem znamená:.....
.....
.....
4. **Myslíte si, že spirituální potřeby jsou důležité pro všechny lidi?**
a) ANO b) NE c) jen věřící d) jiné, uveďte.....
5. **Myslíte si, že je důležité věnovat se uspokojování spirituálních potřeb u nemocných?**
a) ANO b) NE
6. **Domníváte se, že spirituální potřeby ovlivňují zdraví/nemoc pacienta?**
a) ANO b) spíše ANO c) NE d) spíše NE e) nevím
7. **Jak ohodnotíte své znalosti v oblasti spirituálních potřeb? Mé znalosti jsou:**
a) DOSTATEČNÉ b) ČÁSTEČNĚ c) NEDOSTATEČNÉ
8. **Byla byste ochotna se dále vzdělávat v oblasti duchovních potřeb?**
a) ANO b) NE
9. **Myslíte si, že je v kompetenci zdravotní sestry starat se o spirituální potřeby onkologicky nemocných?**
a) ANO b) NE
Pokud ANO, jakým způsobem se tak děje? Uveďte:.....
.....
.....
10. **Uveďte, kdo se kromě sester stará o uspokojování spirituálních potřeb?**
.....
.....
11. **Byla jste někdy požádána onkologicky nemocným o zprostředkování spirituální pomoci?**
a) ANO b) NE
Pokud ANO, popište stručně, jak jste zareagoval/a:.....
.....
.....

