

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Naplnění spirituálních potřeb geriatrických pacientů

Eliška Pavlovcová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Eliška Pavlovcová
Osobní číslo: Z12032
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Naplnění spirituálních potřeb geriatrických pacientů
Zadávající katedra: Katedra ošetřovatelství

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie smysluplnosti existence. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. Vážně nemocný mezi námi. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89.
3. MOORE, T. Léčebná péče o duši. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-782-4.
4. ONDRUŠOVÁ, J. Stáří a smysl života. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
5. PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. a kol. 1. vyd. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.


Vedoucí bakalářské práce: **PharmDr. Samuel Jindra**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. července 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. dubna 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Kutné Hoře dne 6.7.2015

Eliška Pavlovcová

Poděkování

Velké poděkování patří mému vedoucímu práce PharmDr. et Mgr. Samuelu Jindrovi za poskytnutí cenných připomínek, ochotu a čas, který mi věnoval. Děkuji všem respondentům za jejich vlídný přístup a čas věnovaný vyplňování dotazníku. Mé díky patří i rodině za její podporu, která mě vedla vpřed při tvorbě práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá naplněním spirituálních potřeb geriatrických pacientů. Cílem práce je identifikovat spirituální potřeby geriatrických pacientů, objasnit možnosti saturace spirituálních potřeb sestrami a zmapovat, jak spokojenost s dosavadním životem ovlivňuje spirituální potřeby geriatrických pacientů.

Práce ve své teoretické části objasňuje pojmy stárnutí a stáří, gerontologie, spiritualita a lidské potřeby. Dále se zaměřuje na problematiku spirituálních potřeb geriatrických pacientů a možnosti saturace spirituálních potřeb sestrami. Ve výzkumné části je popsáno vyhodnocení jednotlivých výzkumných otázek.

KLÍČOVÁ SLOVA

stárnutí, stáří, gerontologie, spiritualita, lidské potřeby, spirituální potřeby

TITTLE

The fulfillment of spiritual needs of geriatric patients

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with fulfilling the spiritual needs of geriatric patients. The objectives of the thesis are to identify the spiritual needs of geriatric patients, to clarify possible saturation of spiritual needs by nurses and to find out how satisfaction with current life affects the spiritual needs of geriatric patients.

The terms like ageing and old age, gerontology, spirituality and human needs are explained in the theoretical part. The thesis is also focused on the issue of geriatric patients' spiritual needs and possibilities of saturation of these needs by nurses. The evaluation of individual research questions is described in the research part of the thesis.

KEY WORDS

ageing, old age, gerontology, spirituality, human needs, spiritual needs

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	11
1.1 STÁRNUTÍ	11
1.2 STÁŘÍ.....	11
1.2.1 Kalendářní stáří.....	11
1.2.2 Sociální stáří	11
1.2.3 Biologické stáří	12
2 GERONTOLOGIE	13
2.1 GERONTOLOGIE KLINICKÁ (GERIATRIE)	13
2.2 GERIATRICKÝ PACIENT	13
3 SPIRITUALITA.....	14
3.1 SPIRITUALITA V PROFESI ZDRAVOTNÍ SESTRY	14
4 LIDSKÉ POTŘEBY	16
4.1 POTŘEBY SENIORŮ	17
5 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	18
5.1 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB.....	19
5.1.1 Potřeba mít smysl života	19
5.1.2 Potřeba znát smysl svého utrpení	19
5.1.3 Potřeba smíření se smrtí	20
5.1.4 Potřeba odpuštění	21
5.1.5 Potřeba vyjádřit vděčnost	21
5.1.6 Potřeba víry	21
5.1.7 Potřeba milovat a být milován/a.....	22
5.2 NAPLNĚNÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB GERIATRICKÝCH PACIENTŮ	23
5.2.1 Způsoby naplnění spirituálních potřeb geriatrických pacientů	23
5.2.1.1 Duchovní služba	25
5.2.1.2 Naslouchání	26
5.2.1.3 Komunikace s geriatrickými pacienty	26
5.2.1.4 Terapie důstojnosti	27
5.2.1.5 Logoterapie	28
II VÝZKUMNÁ ČÁST	29
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
7 METODIKA	30
7.1 TYP VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK.....	30

7.2	TECHNIKA SBĚRU DAT	30
7.3	METODIKA ANALÝZY DAT	30
8	ANALÝZA VÝSLEDKŮ.....	31
9	DISKUZE.....	40
10	ZÁVĚR.....	44
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	46
	SEZNAM TABULEK	49
	SEZNAM ILUSTRACÍ.....	50
	SEZNAM PŘÍLOH	51

ÚVOD

Většinu pacientů v nepediatrických oborech tvoří senioři. Tento jev je způsoben dramatickým stárnutím populace zapříčiněným poklesem porodnosti a poklesem mortality s prodlužováním střední délky života. K těmto změnám došlo pokroky medicíny a zvýšením životní úrovně. (Brzáková Beksová, 2014)

Ve stárnoucí populaci nelze zanedbat celostní péči o pacienty. V rámci správné péče je nutné zobrazit každého člověka jako bio-psycho-sociální bytost s duchovním jádrem. Žádnou z těchto složek nelze vyloučit, tvoří jeden celek a vzájemně se ovlivňují. Zdravotní sestry by se měly starat o duchovní jádro pacientů stejně tak, jako se starají o uspokojení jejich bio-psycho-sociálních potřeb.

Zvláštní význam připisují péči o duchovní potřeby geriatrických pacientů. Ti stráví spoustu času na nemocničních lůžkách a během toho v myšlenkách přemítají nad otázkami své existence. Hledají smysl těžkých chvil, které jim život nachystal, a snaží se pochopit, jaký smysl jejich život měl a má. Nachází v sobě cesty k odpuštění a smíření. Do současnosti i budoucnosti zrcadlí svou minulost, kterou si promítají jako film s dramatickými i komediálními úseky. Smiřují se s konečností vlastního bytí a mívají potřebu uzavřít svůj život, aby ještě mohli pokojně žít, a až přijde ta chvíle, poklidně odejít. Ve svém povolání chci být nápomocna geriatrickým pacientům k jejich důstojnému závěru života a pomoci jim, aby v sobě našli odpovědi na otázky, které se jejich závěrečné etapy života týkají.

V teoretické části práce nejprve objasňuji pojmy stárnutí a stáří, gerontologie, spiritualita a lidské potřeby. Dále se zabývám problematikou spirituálních potřeb geriatrických pacientů a možnostmi saturace spirituálních potřeb sestrami.

Ve výzkumné části práce se snažím výzkumným šetřením identifikovat spirituální potřeby geriatrických pacientů, zmapovat možnosti saturace spirituálních potřeb sestrami a zhodnotit vliv spokojenosti s prožitým životem na současné vnímání spirituálních potřeb geriatrických pacientů.

CÍLE PRÁCE

1. Identifikovat spirituální potřeby geriatrických pacientů a zmapovat možnosti saturace spirituálních potřeb sestrami.
2. Zmapovat, jak ovlivňuje spokojenost s dosavadním životem spirituální potřeby geriatrických pacientů.

I Teoretická část

1 Stárnutí a stáří

1.1 Stárnutí

Stárnutí (*involute*) je nepřetržitý biologický proces vedoucí ke stáří (*senium*), který začíná již oplozením v těle matky. Za skutečný projev stárnutí je považován až pokles funkcí po dosažení sexuální dospělosti. (Kalvach a kol., 2004)

Stárnutí zhoršuje fungování, odolnost, adaptabilitu a regulační schopnosti organismu. Na rychlosti rozvoje stařeckých změn a chorob se podílí genetické faktory, způsob života, vlivy a náročnost prostředí, sociálně ekonomické a psychické vlivy. (Kalvach a kol., 2004)

Pacovský (1990) mluví o stáří fyziologickém a patologickém. Příkladem patologického stárnutí je stárnutí předčasné, kdy je kalendářní věk nižší než funkční. (Malíková, 2011)

1.2 Stáří

Stáří (*senium*) je označení pozdních fází ontogeneze, je projevem funkčních i morfologických involučních změn. Individuální rozdíly v projevech stáří jsou příčinou obtížného vymezení tohoto pojmu. Stáří rozlišujeme na kalendářní, sociální a biologické. (Kalvach a kol., 2004)

1.2.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je dáno datem narození. Nepřihlíží však k rozdílům mezi jedinci, je pouhým kalendářním věkem.

Podle Světové zdravotnické organizace se dělí na tři období: (Kalvach a kol., 2004)

- 60-74 let - rané stáří
- 75-89 let – vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost

1.2.2 Sociální stáří

Sociální stáří je obvykle spojováno se vznikem nároku na starobní důchod či samotným odchodem do důchodu. Zahrnuje změnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu, ekonomického zajištění. Může dojít k nedostatečné adaptaci na penzionování, poklesu životní úrovně, strachu ze ztráty sociálních kontaktů a nemožnosti seberealizace, z čehož se může objevit přemítání o smyslu života a pocit neuspokojených potřeb. (Kalvach a kol., 2004)

Odchod do penze může být bodem, kdy si jedinec uvědomí, že stárne. To může být spojeno s obavami ze ztráty soběstačnosti, ze snížení kognitivních funkcí a strachem ze smrti partnera a blízkých. (Kalvach a kol., 2004)

Ne každý však odchod do důchodu prožívá negativně, někteří lidé se na stáří a penzionování těší. Plánují si aktivity, na které dosud nebyl dostatek času. Chtějí se věnovat zahradce, upravovat dům, cestovat, věnovat se vnoučatům. (Mlýnková, 2011)

Psychiatr Julian de Ajuriaguerra (nedat.) řekl, „*Stárneme tak, jak jsme žili*“. Stáří je navázáním na předchozí život. Pokud jsme celý život byli plni optimismu, není důvod to náhle měnit. Pokud se chování náhle změní, mělo by to pro nás být varováním. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 26)

Sociální rozčlenění života užívá označení „první věk“ (neproduktivní, školní věk), „druhý věk“ (produktivní věk, dospělost), „třetí věk“ (postproduktivní věk, stáří) a „čtvrtý věk“ (období závislosti). (Kalvach a kol., 2004)

1.2.3 Biologické stáří

Biologické stáří označuje přesnou míru involučních změn, a to zejména změn ve funkčním stavu a výkonnosti. Je značně individuální a často se liší od kalendářního stáří. (Kalvach a kol., 2004)

Tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Jsou to změny pohybového aparátu, kožní soustavy, kardiovaskulárního, respiračního a trávicího systému, urogenitálního traktu, nervového systému, endokrinního a imunitního systému, smyslového vnímání a spánku. (Mlýnková, 2011)

2 Gerontologie

Gerontologie (z řeckého slova *gerōn*, *gerontos* = starý člověk, *logos* = věda, nauka) je věda o stárnutí a stáří. Zahrnuje mimo jiné biologická, psychologická, sociální a demografická hlediska stárnutí. Obor je zacílen na specifické potřeby a zkvalitňování života starých lidí. (Kalvach a kol., 2004; Brzáková Beksová, 2014)

Gerontologie se dělí na gerontologii experimentální, sociální a klinickou. (Malíková, 2011)

Gerontologie experimentální se zabývá principem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů. (Haškovcová, 2006, in Malíková, 2011)

Gerontologie sociální zkoumá sociální vlivy ovlivňující stárnutí, vztahy mezi starými lidmi a společností. Zjišťuje sociální potřeby starých lidí. Podílí se na tvorbě programů zdravého stárnutí a udržení soběstačnosti. (Haškovcová, 2006, in Malíková, 2011)

2.1 Gerontologie klinická (Geriatric)

Geriatric (*gerōn* = starý člověk, *iatreiā* = léčení) je oblast medicíny, která se zabývá specifiky chorob ve stáří, zdravotním a funkčním stavem starých lidí. (Kalvach a kol., 2004)

Základ geriatric tvoří všeobecná interna, která přesahuje do dalších oborů, zvláště do gerontopsychiatrie, neurologie, rehabilitace a ošetrovatelství. (Kalvach a kol., 2008)

Vlivem stárnutí populace dochází k takzvané geriatrizační medicíny, což znamená, že v téměř všech lékařských oborech tvoří většinu pacientů senioři. (Malíková, 2011)

2.2 Geriatrický pacient

Geriatrického pacienta nelze přesně věkově vymezit. Jde o pacienty se závažným poklesem potenciálu zdraví spojeným se stárnutím, který vede ke specifickým zdravotním problémům a změnám v projevu a průběhu nemocí. Jsou charakterizováni mnohočetnými zdravotními potížemi, involuční křehkostí a potřebou multidisciplinárního přístupu. Vykazují potřebu upravených přístupů, služeb a režimů. (Kalvach a kol., 2008)

3 Spiritualita

Spiritualita vychází ze slova „*spirit(u)alis*“, což znamená duchovní, a „*spiritus*“, jehož význam je duch. (Štampach, 2006)

Existují různá pojetí spirituality. Původní význam slova spiritualita pochází z římskokatolického náboženství, kde se tímto pojmem zabývá vědní obor dnes označovaný jako teologie duchovního života. Spiritualita je zde chápána jako bezprostřední osobní prožívání vztahu k transcendentní (nadskutečné, přesahující smyslové i rozumové možnosti) skutečnosti k Otci skrze Syna v Duchu svatém. (Štampach, 2006)

Spiritualitu je možné vymezit i bez vztahu k náboženství. Murray a Zentner (1989) popisují spiritualitu jako duchovní rozměr, který usiluje o inspiraci, smysl, účel, úctu a který jde nad rámec náboženské příslušnosti. Snaží se nacházet odpovědi na otázky týkající se nekonečnosti. Vyplouvá na povrch především v obdobích emočního stresu, fyzické i duševní nemoci, bolestné ztráty, či úmrtí. (Larry Culliford, 2002)

Štampach (2006) říká, že spiritualita bez vztahu k náboženství je proces zlidšřování člověka, péče o to, abychom byli více lidmi. Je to péče o ducha nezávisle na náboženském začleňování. Je péčí člověka o sebe a jiné lidi, která má za cíl navrácení člověka z odcizení zpět k vlastnímu „já“.

Drahanská a Jirásek (2013) popisují spiritualitu v kontextu holistického uvažování. Říkají, že spiritualita nemusí být chápána jako něco nadpřirozeného, ale jako součást každého z nás. Ve spiritualitě jde o vztahy a vazby k vlastní osobě, ostatním lidem, k přírodě, světu, k vyššímu bytí. Jde o proces hledání smyslu života, nadskutečných věcí, odhalování krásy světa, o touhu po harmonii, a transformaci směrem k vyšším hodnotám.

3.1 Spiritualita v profesi zdravotní sestry

V sesterské praxi je důležité klást důraz na holistickou péči o pacienty. Za jednu z prvních holisticky zaměřených sester je považována Florence Nightingalová (narozena r. 1820), která poukazovala na individuální potřeby jedince a vzájemné vztahy mezi prostředím a člověkem. Celostní péče se od té doby velmi pozvolně rozvíjela a její rozvoj trvá nadále. (American Holistic Nurses Association, 2015)

Holistická péče je popisována jako všechny ošetrovatelské postupy, které mají za cíl uzdravování celého člověka, což znamená propojenost těla, mysli, ducha, sociálního prostředí a vztahů. (American Holistic Nurses Association, 2015)

Texaský lékař Dossey (1989) říká, že spiritualita úzce souvisí s holistickým ošetřovatelstvím. Je popsána jako široký pojem, který zahrnuje hodnoty, význam a účel. Odráží se do lidských vlastností láskyplnosti, čestnosti, pečlivosti, moudrosti, představitivosti, soucitnosti; může být přítomna mystická transcendence. Spiritualita umožňuje a vytváří hojení těla, mysli i ducha. Může nebo nemusí zahrnovat organizované náboženství. (O'Brien, 2008)

Nagai-Jacobson a Burkhardt (1989) míní, že spiritualita je základní kámen holistického ošetřovatelství. Společně navrhli otázky pro zkoumání spirituality pacientů. Např. Jak jednotlivec chápe Boha a co všechno dává smysl a radost jeho životu. Též tvrdí, že každá zdravotní sestra musí pochopit svoji vlastní spiritualitu a mít na paměti, že toto osobní přesvědčení se může výrazně lišit od pacienta a rodiny. (O'Brien, 2008)

V sesterské praxi je nutné oddělit spiritualitu od religiozity. Religiozita se vztahuje na osoby přijímající konkrétní náboženskou tradici a vyznání. Zdravotníci by měli jasně znát rozdíl mezi těmito pojmy, aby nedocházelo k zanedbávání duchovních potřeb pacientů, kteří náboženskou tradici nepřijímají. (O'Brien, 2008)

Spiritualita je důležitou součástí zdravotnické profese. Duchovním okamžikem je narození dítěte, náhlé zlepšení stavu pacienta, umírání pacienta, kdy sdílíme poslední okamžiky jeho života a doprovázíme ho na konečné stezce, i samotná smrt je duchovním momentem. Lásky, radost, vděčnost, odpuštění, smíření a hledání smyslu doprovází zvláště pečující o geriatrické pacienty a nevyléčitelně nemocné. (Izzo, 2013)

4 Lidské potřeby

Šamánková (2011, s. 12) definuje lidskou potřebu jako „stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“

Dle Šamánkové (2011) můžeme potřeby dělit podle mnoha kritérií (například podle obsahu, ekonomického pohledu, četnosti výskytu, hlediska jejich vzniku atd.).

Pro svou práci jsem zvolila rozdělení potřeb podle podstaty člověka. (Šamánková a kol., 2011)

- Biologické (fyziologické) potřeby (nutné k přežití, například potřeba dýchání, spánku, výživy, vylučování);
- Psychické potřeby (vyjadřovány prožíváním psychických stavů a jevů, např. pocit psychického bezpečí a vyrovnanosti);
- Estetické potřeby (potřeba krásna, umění, příjemného prostředí);
- Sociální potřeby (společenské potřeby);
- Sociálně-kulturní potřeby (potřeba vzdělávání);
- Sebevyjádření (potřeba vyjádřit svůj názor, být vyslyšen/a apod.);
- Duchovní (spirituální) potřeby: oblastí spirituálních potřeb se dále zabývám v 5. kapitole Spirituální potřeby.

Jednou z nejvýznamnějších klasifikací potřeb je hierarchický systém, takzvaná pyramida potřeb psychologa Abrahama Maslowa (1943, 1954), který chápe potřebu jako podmínku zachování fyzického i duševního zdraví. Základ pyramidy tvoří biologické potřeby, následují potřeby jistoty a bezpečí, sociální potřeby, potřeby úcty a uznání. Tyto potřeby Maslow považuje za základní. Následují potřeby sebeaktualizace, kam patří kognitivní potřeby (vědět, zkoumat), estetické potřeby, potřeba seberealizace, sebenaplnění a realizace vlastního potenciálu. Základem teorie potřeb A. Maslowa je přesvědčení, že vyšší potřeby jako prožívané motivy vystupují teprve tehdy, když jsou alespoň částečně uspokojeny potřeby nižší. (Zacharová, 2012)

Chloubová (1992) navazuje na filozofii potřeb A. Maslowa. Místo pyramidy používá Dům životních potřeb, který si každý od svého narození „staví“ sám. Pevné základy domu tvoří fyziologické potřeby. „Stavba domu“ vychází z individuálního přístupu každého člověka. (Chloubová, 2005)

4.1 Potřeby seniorů

Pozornost zdravotníků bývá nejvíce zaměřena na fyziologické potřeby starého člověka, na porušenou soběstačnost a zhoršené zdraví. Ve stáří je však narušena i psychosociální rovnováha a rovnováha s prostředím. Jak jsem již zmiňovala, je nutné přistupovat k nemocnému komplexně, jelikož člověk není jen souhrnem jednotlivých oddělitelných částí, ale celým systémem. Porucha jedné části je poruchou celého systému. (Chloubová, 2005)

Vysokým věkem a nemocí jsou jedna či více potřeb porušeny, čím více potřeb není saturováno, tím je zdravotní stav starého člověka vážněji ohrožen. Staří lidé se na některé tělesné potřeby soustřeďují mnohem více, než tomu bylo v dospělosti a mládí. Je zvýrazněna potřeba vyprazdňování, běžně se objevuje zácpa a inkontinence moči. Senioři potřebují více spánku a odpočinku. Důležitá je potřeba být bez bolesti, v teple a pohodlí. Do pozadí ustupuje například potřeba příjmu tekutin, jelikož senioři již tolik nepocítují žízeň. (Chloubová, 2005; Mlýnková, 2011)

Chloubová píše, že staří lidé již nemají tak „vysoké domy potřeb“, jako je u dospělých. Starým lidem stačí malé, ale účelné „domečky“ se základy postavenými z tělesných potřeb, kde je zásadním sloupem zdraví. Pevné pilíře tvoří též potřeba jistoty, bezpečí, sounáležitosti. Do popředí se dostávají duchovní potřeby. Senioři přemýšlí, zda splnili vše, co si kladli za úkol a za cíl. Cílem v péči o starší pacienty je udržovat pomyslné domky životních potřeb stále funkční. (Chloubová, 2005; Mlýnková, 2011)

5 Spirituální potřeby

Spirituální potřeby dnes začínají být diskutovaným tématem, jsou však stále mylně spojovány s potřebami věřících.

Svatošová říká, že duchovní potřeby nejsou jen potřeby věřících. Jsou to potřeby všech lidí bez ohledu na to, jakou náboženskou tradici přijímají. Každý člověk potřebuje, aby mu bylo odpuštěno, a má potřebu sám odpouštět. Každý potřebuje vědět, že jeho život měl a má smysl. Všichni potřebujeme milovat a být milováni. A všichni chceme zemřít smířeni. (Svatošová, 2012)

Koenig (1994) popsal 14 duchovních potřeb, mezi které řadí potřebu čisté lásky; potřebu milovat a pomáhat druhým; potřebu odpouštět; najít smysl, účel a naději; potřebu vděčnosti; potřebu připravit se na umírání a smrt; potřebu náboženského chování; potřebu osobní důstojnosti. (Mowat, O'Neill, 2013)

Taylor (nedat.) ze studií a rozhovorů s onkologickými pacienty identifikoval jako hlavní spirituální potřeby potřebu smyslu života; potřebu náboženské víry; potřebu přijímat a dávat lásku; potřebu positivity, naděje, vděčnosti. Zároveň zdůrazňuje důležitost věnovat pozornost i spirituálním potřebám rodiny a pečovatelů. (Galek et al., 2005)

Duchovní potřeby vystupují vpřed v souvislosti s nemocí, nejvíce u pacientů v závěru jejich života. Haškovcová (2007) řadí mezi spirituální potřeby umírajících pacientů například potřebu hovořit o smyslu svého dosavadního života; potřebu vyjádření; hledání smyslu utrpení; potřebu hovořit o své vině; potřebu připravit se na smrt a potřebu rituálů. (Hajnová, Bužgová, 2013)

Za spirituální potřeby pro účely své závěrečné práce považuji: potřebu milovat a být milován; potřebu odpuštění; potřebu mít smysl života; potřebu vyjádřit vděčnost; potřebu víry (víra v něco nadpozemského, víra v jiného člověka...); potřebu znát smysl svého utrpení; potřebu smíření se smrtí. Při vytyčení těchto potřeb jsem vycházela z výše zmíněných pojetí spirituálních potřeb.

5.1 Charakteristika jednotlivých spirituálních potřeb

5.1.1 Potřeba mít smysl života

V posledních letech člověka roste síla potřeby vědomí smyslu vlastního života a životních souvislostí.

Prožívat vlastní život jako něco, co „stojí za to žít“, vnímat všechny chvíle v něm jako smysluplné, je pro zdraví člověka nezbytné. (Ondrušová, 2011)

Někteří nemocní ulpívají na vzpomínkách na minulost nebo připoutávají své myšlenky k budoucnosti. V myšlenkách bloudí mezi minulostí a budoucností, a zapomínají žít v přítomnosti. Je důležité vidět smysl nejen v tom, co bylo, ale vidět smysl i v tom co je právě teď, „*radovat se z dnešního dne, i když nevím, zda zítřejší den mi ještě něco podobného umožní*“. (Křivohlavý, 1989, s. 61)

Smysl života nemůže být dán, ale musí být nalezen, smysl musí najít každý pacient sám. „*Být člověkem, toho se může dosáhnout pouze v té míře, v níž to bude chápáno jako odpovědnost vůči úkolu, vůči naplnění smyslu.*“ (Frankl, 1994a, s. 17) Život pro nás má stále nějaký úkol. Každý okamžik v životě má vždy jiný, vždy se měnící, ale vždy nějaký smysl. I velké potíže jsou takové, aby rys naší existence jako úkolu, a tím smysl života zvýšily. (Frankl, 1994a)

Hledáním smysluplnosti života se zabývá existencialismus. Ten je zaměřen na snahu člověka vzít zodpovědnost za hledání smyslu svého života, na objevení podstaty a účelu ve své existenci. (Křivohlavý, 2006)

Potřeba smyslu života může být jako jiné potřeby saturována nebo frustrována. Stav bezsmyslnosti života označuje Frankl (1997) jako existenciální vakuum. Pacienti, kteří nemají žádný cíl a zoufají nad tím, že smysl svého života vůbec nenachází, prožívají podle Frankla existenciální frustraci. Pacienti prožívající vnitřní prázdnotu bývají depresivní a Frankl je považuje za ohrožené sebevraždou. (Ondrušová, 2011)

5.1.2 Potřeba znát smysl svého utrpení

„*Žádné utrpení nemůže zdolat člověka, který je ochoten smysl tohoto utrpení hledat a není myslitelná žádná ztráta, ve které by se nedala najít nějaká možnost smyslu.*“ (Lukasová, 2006, s. 85)

V existenciální analýze se ukazuje, že utrpení má smysl a patří smysluplně k životu. Nedá se oddělit od života, aniž by se současně porušil smysl. Vyrovnání se s tím, co je osudově dáno, je poslední úkol a vlastní cíl utrpení. (Frankl, 1994b)

Frankl (1996) rozlišuje zbytečné a nezbytné utrpení. Zbytečné utrpení se dá buď odstranit, nebo tlumit jeho důsledky. Nezbytnému utrpení můžeme čelit postojem. (Ondrušová, 2011)

Utrpení nelze z lidského života odstranit, ale je možné pomáhat člověku ve změně pohledu na jeho strasti. (Ondrušová, 2011). Co říci člověku, kterého se zmocnilo trápení? „*Jen jedno slovo najít včas a uzdravit s ním k smrti smutnou duši, uhodnout, kde srdce skrývá se a buší.*“ Básník Antonín Sova (nedat.) jasně znázorňuje, že slov není třeba. Skutečnost, že člověk není sám, a všímavost, působí, že člověk sám sobě začne více rozumět. Provázením, nasloucháním a respektem pomáháme najít cestu ke smyslu. (Kosová a kol., 2014, s. 89)

5.1.3 Potřeba smíření se smrtí

Travel (2007) říká, že vědomí konečnosti naší existence nás naplňuje zodpovědností efektivně využívat každého chvíle během našeho lidského bytí a dává našemu životu smysl. Kdyby náš život byl nekonečný, pak by ztrácel jedinečnost a sílu okamžiku. Jistota, že budeme na světě navždy, by nás nehnala žádným způsobem dopředu. Takový život bych nazvala nudným a bezsmyslným. (Ondrušová, 2011).

Podle Vágnerové (2007) se smrti méně obávají věřící lidé, kteří prožívají smrt jako projev Boží vůle. Věří, že smrtí jejich existence nekončí, tělo se v prach obrátí, však duše bude existovat dále. (Ondrušová, 2011)

Smíření s vlastní smrtelností se stává s přibývajícím věkem stále aktuálnější. S rostoucím věkem se většinou strach ze smrti zmenšuje. Strach ze smrti zvyšují nevyřešené rozpory a dřívější selhání. (Šiklová, 2007; Vágnerová, 2007; Frankl, 1998, in Ondrušová, 2011)

Starý člověk zpravidla mívá potřebu o smrti diskutovat dlouho před tím, než nastane. Dát své myšlenky, jež se týkají vlastní konečnosti, najevo, navádí člověka na cestu ke smíření. Staří lidé však většinou nenachází partnery v komunikaci na toto tabuizované téma. Aby člověk mohl o smrti mluvit, musí mít jasno sám v sobě, být smířen s vlastní smrtelností. Smrt ale lidé stále neberou jako přirozenou součást života, jako vyčerpání daru, který nám byl dán, a tak se smrti obávají. Staří lidé jsou proto mnohdy umlčování, a tudíž musí čelit otázkám konečnosti života sami. (Pichaud, Thareauová, 1998)

5.1.4 Potřeba odpuštění

Staří lidé zpravidla potřebují odpustit domnělé nebo skutečné viny sobě i ostatním, smířit se s předchozími křivdami.

S odpuštěním souvisí pocit viny, jenž je projevem naší odpovědnosti za jednání, které je subjektivně vnímáno jako negativní. Je doprovázen takzvaným „špatným svědomím“ z toho, že jsem neudělal/a, co jsem udělat měl/a, nebo naopak z toho, že jsem udělal/a, co jsem udělat neměl/a. (Křivohlavý, 1994)

Odpuštění má dvě strany: dávat odpuštění a přijímat odpuštění. Odpouštět se zdá být těžším, avšak často je obtížnější přijmout odpuštění od druhých. Je to čin, který z našeho nitra odstraňuje zlost, touhu po pomstě a pomáhá nám znovu nabýt lidskou důstojnost. (Nouwen, 2011)

5.1.5 Potřeba vyjádřit vděčnost

Slovo vděčnost je v češtině odvozeno od slova dík. Znamená tedy vyjádření díků, které jsou odezvou za přijetí určitých darů. Jako dar může být brán například prožitý život, přátelství, životní partner, život v míru, jídlo, hudba, krajina, hvězdná noční obloha, umělecká díla. I starý a nemocný člověk má být za co vděčný. Vděčnost člověka proměňuje a je klíčem ke spokojenému stáří. (Křivohlavý, 1994, 2007)

Děkovat bychom měli za každý okamžik našeho života. Spoustu věcí bereme jako samozřejmost a ani nás nenapadne, že bychom za ně měli být vděční.

Starý člověk je během hospitalizace vděčný za každou chvíli, kterou mu věnujeme, za laskavé slovo i tiché naslouchání.

5.1.6 Potřeba víry

Slovo víra pochází z latinského slova *verus*, což znamená pravý. Verus má význam: opravdu, skutečně je to tak. Znamená stav bezmezné důvěry k něčemu nebo k někomu. Nemoc a jiné těžké situace vedou k přiklonění k víře. (Křivohlavý, 2009)

V psychologii je víra definována jako pevné přijetí konkrétního přesvědčení. Jádrem víry je důvěra ve správnost, prospěšnost a hodnotu toho, čemu (nebo komu) důvěřuji. Slovo víra se často vyskytuje v mezilidských vztazích. Náboženská víra se vztahuje k specifikům daného náboženství. (Křivohlavý, 2009; Teologické texty, 2002)

Náboženská víra ovlivňuje způsob života, hodnoty, postoje, názory, mezilidské vztahy, vztah k životu, nemoci a smrti. Víra je pozitivní činitel zvládnání náročných situací. Čím větší hraje víra roli v lidském životě, tím snadnější bývá zvládnání těžkostí. Víra může významně ovlivňovat přístup nemocného a rodiny k nemoci a k umírání. Náboženství může pomoci připravit se na smrt, dát životu i smrti smysl, může poskytnout pocit bezpečí, síly a klidu v těžkých chvílích. Potřeba víry se dostává do popředí s příchodem stáří a nemoci. (Stríženec, 2001, in Mandincová, 2011; Špirudová a kol., 2006)

5.1.7 Potřeba milovat a být milován/a

Potřeba milovat a být milován je hluboce zakořeněna v každém z nás. Je důležitá pro smysluplný život. (Křivohlavý, 2006)

Potřeba blízké osoby a partnerského vztahu je trvalá, i když intenzita této potřeby v průběhu života kolísá. Založit nový partnerský vztah je s přibývajícím věkem hůře proveditelné. Je třeba posilovat vztahy, které vznikly v minulosti. Láska se realizuje nejen v partnerských vztazích, ale i v rodině a přátelství. (Haškovcová, 2010; Křivohlavý, 2006)

Ze slov, která napsal Anselm Grün (2000), vyplývá, že když je milovaný člověk nablízku, není třeba plýtvat slovy, stačí pouhá přítomnost a vědomí, že nejsme sami. Slovy Anselma Grüna: *„Kdybych měl žít už jen jeden den... vnitřním zrakem si představím setkání s člověkem, který je mi nejmilejší. Hledím na něho, mlčky přijímám jeho pohled. Tímto pohledem je řečeno všechno. Je to láska. Così proudí mezi námi. Je v něm porozumění, vděčnost, úžas nad tajemstvím lásky, jež nás spojuje. A já vím, že smrt naše přátelství nezničí, protože to přetrvává smrt a přesáhne do věčnosti.“* (cit. podle Marková, 2010, s. 88).

Každý z nás potřebuje být obklopen lidmi, které má rád a kteří mají rádi jeho. Staří pacienti mnohdy zůstávají sami, bez povšimnutí „odloženi“ v nemocnici a nikdo je nenavštěvuje. Pak jsme tu alespoň my pečující, kteří bychom měli být schopni laskavého jednání, sympatií, porozumění a pochopení. I toto jsou určité podoby lásky. (Šamánková a kol., 2011)

5.2 Naplnění spirituálních potřeb geriatrických pacientů

V nemocnicích již existuje jisté povědomí o naplnění spirituálních potřeb, avšak setkávám se s tím, že zdravotníci nevědí, jak k tomuto tématu přistupovat, jak navázat rozhovory s pacienty na toto téma, začne-li nemocný sám, nevědí, jak v rozhovorech pokračovat, mnohdy konverzaci raději nasměrují jinam nebo rozhovor ukončí. Opětovně si všímám toho, že sestry ani nemají zájem o duchovní potřeby nemocných. Neznalost této problematiky je zřejmě spojena s nedostatkem zkušeností a deficitem informací o spirituálních potřebách klientů a jejich blízkých a nedostatečnou orientací ve vlastním duchovním životě.

Problémy ve spirituální oblasti mohou být pro pacienty těžce pojmenovatelné a vyslovitelné. Právě dřívější tabuizování tématu spirituálních potřeb a nedostatečná schopnost zdravotníků o spirituálních potřebách hovořit, vede k tomu, že nemocní duchovní otázky nechávají uzamčené v sobě. Deficit ve spiritualitě se může projevovat psychosomatickými obtížemi a zhoršením psychického a emočního stavu. (Malíková, 2011)

Škrla (2003) doporučuje tyto otázky k posouzení duchovních potřeb: (Malíková, 2011, s. 270)

- „*Můžete mi říct, co Vám pomáhá, kdo Vás podporuje nebo co Vám dává sílu v kritických situacích?*“
- „*Jsou pro Vás náboženské rituály nebo praktiky důležité, jestli ano, které konkrétně?*“
- „*Vidíte nějakou souvislost mezi svou vírou a svým zdravím? V čem spočívá?*“

Jakmile rozpoznáme, že pacient potřebuje duchovní podporu či pomoc, můžeme mu aktivně naslouchat a podporovat jej vhodně zvolenými poznámkami.

Zdravotníci by měli mít jasno ve své vlastní spiritualitě. Musíme vědět, v co věříme, co dává našemu životu smysl, být smířeni s konečností vlastního života, abychom byli schopni uspokojovat spirituální potřeby pacientů. (Malíková, 2011)

5.2.1 Způsoby naplnění spirituálních potřeb geriatrických pacientů

V procesu saturace spirituálních potřeb je nutný individuální přístup ke každému pacientovi. Všichni jsme jedinečné bytosti, každého z nás doprovází jiný životní příběh a máme odlišné potřeby.

Pacientům, kteří mají rádi umění nebo se ostýchají komunikovat o své duchovní dimenzi, můžeme poskytnout formu vyjádření poezií, kresbou, hudbou. Umožněním poslechu oblíbené hudby, dáme pacientovi najevo svůj zájem o jeho osobu. Oblíbená hudba může vytvořit

příhodné prostředí k hledání odpovědí na závěrečné otázky života a je vhodným prostředkem k relaxaci. (Moore, 2010)

Literatura a časopisy s náboženskou a duchovní tematikou, by měly být pacientům k dispozici k zapůjčení. O donesení oblíbené literatury či hudby do nemocnice je možné požádat rodinu.

Zdrojem útěchy v těžkých chvílích je modlitba. Lidé často berou modlitbu jako stížnost a zároveň žádost o odstranění těžkostí. Je ale možné se modlit s vděčností za život, který jsme prožili, a za lidi, které jsme potkali. Nemocnice by měly zajistit krásnou a klidnou místnost, kde mohou být pacienti se svými myšlenkami. Zároveň by měl být zajištěn doprovod pacientů do této místnosti. Pacienti by měli být doprovázeni do této místnosti se stejnou samozřejmostí, s jakou jsou denně doprovázeni na všemožná vyšetření, která mají v zájmu především tělesnou schránku člověka. Jak zmiňuje Moore (2010, s. 187) „*Pacienti potřebují duchovní technologii rovnocennou mocné materialistické technologii, jež zaplavuje nemocnice.*“

Pacientům přijímajícím náboženské vyznání by měla být k dispozici kaple či místnost pro církevní obřady na bohoslužbách.

Nemocní by měli mít možnost návštěvy duchovního, kontaktu s psychologem, psychoterapeutem. (Malíková, 2011)

V naplnění spirituálních potřeb hraje velkou roli přítomnost a aktivní naslouchání všech pečujících. V péči o nemocné by neměla být vynechávána rodina a blízcí pacienta. Blízcí nemocného nám mohou poskytnout cenné informace. Neměli bychom zapomínat, že i pacientovi blízcí mají spirituální potřeby, zvláště když očekávají blízký konec milovaného člověka.

Okolí nemocného, čímž mám na mysli zdravotnický personál i blízké pacienta, je často zaměřeno pouze na přítomnost a budoucnost. Hodnotí aktuální zdravotní stav, možnosti léčby a vyhlídky do budoucna. Minulost je pro okolí uzavřenou kapitolou, jejíž obsah nemůže být změněn, tudíž často nevidí důvod se jí zabývat. Dlouhodobě nemocní hledí na situaci kolem sebe jiným pohledem. Dívají se mnohem více do sebe, než kolem sebe, a hodnotí svou minulost, která je pro ně těžištěm hezkých vzpomínek nebo temnou šachtou viny, smutku a trápení. Minulost je místem odkrývajícím vazby, souvislosti, smysl a účel. Na základě životního příběhu nemocného můžeme dobře identifikovat spirituální potřeby, samotný příběh nám je mnohdy odkryje. Stačí být pozorným posluchačem. (Opatrný, 2008)

Dostávají se k nám koncepty péče o seniory zaměřené na biografii člověka, respektující specifické potřeby jedince. Tyto koncepty považují za vhodné k naplnění spirituálních potřeb obzvláště u seniorů se syndromem demence. Tato oblast péče se však zatím rozvíjí pomalu, a to spíše v pobytových zařízeních pro seniory. Jedná se například o Reminiscenční terapii zaměřenou na vzpomínání, Psychobiografický model Erwina Böhma a Smyslovou aktivizaci Lore Wehnerové. Zaměřují se na pochopení životní historie každého člověka. Teprve po pochopení životní historie je možné poskytovat klientovi adekvátní péči a vést obsahově individuální rozhovor. Modely jsou zaměřeny na aktivizaci a re-aktivizaci klientů. Cílem je naučit personál, co je pro klienty prioritní. Když člověk nemá chuť žít, nemá potřebu vstát z postele, umýt se a obléci, hledá pracovník v biografii klienta správnou motivaci, aby klient přebрал iniciativu sám. Přístup k péči jako „všepečující matka“ je špatným postojem. Dochází tak ke ztrátě klientovi autonomie. Klient by měl mít u sebe věci, které měl rád, fotky, knihy, vůně, hudbu, staré přístroje a náradí, dobové módní doplňky. Snažíme se o obnovu činností, které vykonával rád. Možností obnovy činností je simulovat klientovi jeho dřívější zaměstnání, koníčky. (Erwin Böhm Institut, (nedat.); Smyslová aktivizace®, (nedat.))

5.2.1.1 Duchovní služba

(Zpracováno podle Špirudová a kol., 2006)

Velké nemocnice většinou zaměstnávají duchovní na plný úvazek nebo do nich externě docházejí duchovní z dané lokality. Poskytují pomoc pacientům, jejich blízkým i zdravotnickým pracovníkům.

V menších nemocnicích bývá možné duchovního v případě potřeby zavolat. Do zajištění duchovní služby můžeme zapojit i rodinu pacienta. Rodina je může obstarat kontakt na známého duchovního jejich společenství.

Při zajišťování duchovní pomoci je důležité brát v potaz přání pacienta. Nelze zajistit návštěvu duchovního, aniž by to pacient sám chtěl.

Duchovní služba je určena všem pacientům, tedy i těm bez náboženského vyznání. Může pomoci nacházet odpovědi na existenciální otázky týkající se nemoci a poslední fáze života i poskytnout oporu v těžkých chvílích.

Důležité je zajistit soukromí na rozhovor s duchovním. Pokud nemocnice mají vlastní kaple nebo tiché místnosti, o kterých jsem se již zmiňovala, je vhodné místo pro rozhovor s duchovním právě tam. Záleží na přání pacienta.

5.2.1.2 Naslouchání

Aktivní naslouchání s vhodně zvolenými poznámkami je účinná metoda, jak můžeme pomoci pacientovi k naplnění spirituálních potřeb. (Malíková, 2011)

Nemusíme zaregistrovat všechna slova, která nám nemocný během svého vyprávění řekne, ale je důležité vyslechnout z toho, co pacient řekl, to podstatné - co potřebuje, co ho trápí, jaké má obavy a přání, jak vidí sám sebe, vytvořit si obraz o tom, jak se nemocný dívá na sebe a svou situaci. To nám může být důležitým vodítkem k další činnosti – k jednání a rozhovorům s ním. Podstatné je nebýt hluchým a slepým posluchačem. Je třeba se naučit slyšet víc, než je řečeno slovy, všimat si neverbálních projevů. (Křivohlavý, 1989; Svatošová, 2012)

V naslouchání mohou být překážkou situace, kdy jsme od pacienta příliš daleko. Vzdálení můžeme být, neuděláme-li si dostatek času, odbíháme-li od rozhovoru. Starý člověk potřebuje na rozhovor dostatek času, kterého se mu ne vždy dostává. Pečují-li o nemocného dva nebo více lidí současně, povídají si mezi sebou a pacient je vynecháván, opět tak nastává situace, kdy jsme od pacienta příliš daleko. Vzdalujeme se i umlčováním nemocného slovy „to už jste říkal“ apod. (Pichaud, Thareauová, 1998)

Během naslouchání pozorujeme my pacienta a pacient nás, pokud bychom ho tedy neposlouchali, odvraceli pohled jinam, usoudí, že nám na něm nezáleží a uzavřeme cestu k další komunikaci a narušíme důvěru, kterou nám svými slovy dává. (Svatošová, 2012)

V naslouchání je nutné udržovat oční kontakt, posadit se k pacientovi, udělat si čas, neskákat do řeči, nikam pacienta netlačit, použít vhodné formy neverbální komunikace, volit občasně povzbuzující poznámky typu: chápu; rozumím; to musí být těžké; vidím, že Vás to trápí; povídejte, poslouchám Vás; jsem tu pro Vás; můžeme parafrázovat, co pacient řekl. (Malíková, 2011)

5.2.1.3 Komunikace s geriatrickými pacienty

Poskytnout příležitost k chápajícímu rozhovoru může každý zralý člověk. Není třeba nových informací, ale poskytnout nemocnému prostor pro ujasnění otázek, pochyb a sdělení svých zkušeností. Pro efektivní komunikaci je důležité dát člověku prostor i pro názory a postoje, jež se liší od našich vlastních. (Opatrný, 2008)

Základem komunikace se staršími lidmi je skutečnost, že staří lidé jsou dospělí lidé s neomezenou důstojností, a to i v situaci omezené soběstačnosti či ztrátě autonomie. (Ptáček a kol., 2011)

Pro správnou komunikaci je důležité prostředí, které by mělo být klidné, vlídné a zajišťující dostatek soukromí. Pacient by se měl cítit bezpečně a být v pohodlí. Vícelůžkové pokoje nemusí umožňovat pacientovi dostatečně se otevřít. (Ptáček a kol., 2011)

Základem úspěchu je první dojem, jaký na pacienta uděláme. Měli bychom zdvořile pozdravit, představit se. Na začátku komunikace je vhodné nabídnout pacientovi sklenici vody nebo čaje, abychom zajistili základní komfort. Dbáme na správné, zdvořilé oslovení (pane-paní, příjmení a titul, pokud jej pacient má). Zásadně se vyhýbáme poznámkám typu: „Co byste chtěl/a ve Vašem věku“. Mluvíme hlasitě, pomalu a zřetelně. (Ptáček a kol., 2011)

Komunikace nemusí být vždy nutně verbální, komunikovat můžeme i beze slov mlčením, dotykem a pohledem. Setkala jsem se s tím, že pacientka chtěla pouze to, abych byla s ní. Morfin jí sebral sílu komunikovat, ale chtěla, abych si k ní na chvíli sedla a ticho s ní sdílela.

5.2.1.4 Terapie důstojnosti

(Zpracováno podle Bindášová, 2013)

Terapie důstojnosti je terapeutická metoda určená lidem, jejichž život se blíží ke konci. Pomáhá vyrovnat se s vlastní konečností a najít odpovědi na otázky týkající se konečné fáze života. Do praxe ji uvedl profesor psychiatrie Harvey Max Chochinov, působící v Kanadě.

Chochinov upozorňuje, že je třeba brát každého pacienta jako jedinečnou osobnost s vlastní minulostí, ne jako slabého, bezradného, nesoběstačného člověka.

Umírající člověk cítí potřebu, aby z něho zde něco přetrvalo, má strach, že po smrti se rozplyne jakékoli povědomí o jeho osobě ve víru zapomnění. Podstatou terapie důstojnosti je umožnit pacientovi vytvořit něco, co přetrvá i po jeho smrti.

Metoda pracuje s formálním zápisem příběhu. Opěrné věty vyprávění jsou například: „Řekněte mi něco o Vašem životním příběhu“; „Vyprávějte mi, které životní období si vybavujete nejjasněji“; „Řekněte mi o nejdůležitějších okamžicích ve vašem životě“; „Kdy jste se cítil/a nejvíce naživu?“; „Vyprávějte mi o Vašich úspěších“; apod. Vyprávění je pak převedeno do tištěné podoby a je předloženo pacientovi k úpravě ve spolupráci s terapeutem. Po smrti je příběh předán určené osobě nebo osobám.

5.2.1.5 Logoterapie

Logoterapie vychází z řeckého slova „logos“, které překládáme slovem smysl. Je psychoterapeutickou metodou vycházející z existenciální analýzy (výklad lidské existence), která předkládá vědění o možnostech najít v životě smysl. (Frankl, 1994a; Frankl, 1987, in Kosová a kol., 2014)

Smysl existence ve Franklově logoterapii zahrnuje i „tragickou triádu“ -utrpení, vinu a smrt. Tyto události se ve stáří objevují častěji než v předchozích pasážích života. (Ondrušová, 2011)

„Logoterapii lze vyjádřit metaforou, kdy klient přichází za terapeutem a přináší mu různé části svého života. Cílem terapie je objevit v těchto jednotlivých kouscích dílky jedinečné mozaiky a pomoci klientu poskládat z nich obraz, na který lze navázat dalšími částmi.“ (Kosová a kol., 2014, s. 10)

Metoda dává člověku pocit jedinečnosti, pomáhá hledat smysl života, smysl těžkých chvil a pomáhá přijímat je za součást běhu života, přispívá k smíření s konečností vlastní existence, a tím pobízí člověka k tvořivosti. (Kosová a kol., 2014)

Cílem logoterapeutického doprovázení je sebepřesah (sebetranscendence). Frankl (1997) se domnívá, že v sebetranscendenci spočívá podstata lidské existence. (Ondrušová, 2011)

Pro období stáří je typická gerotranscendence. Tento pojem znamená odpoutání od materialistického zaměření ke spirituálnímu. Staří lidé se více zaměřují do svého nitra. (Ondrušová, 2011)

Kašparů (2001, s. 34, cit. podle Ondrušová, 2011, s. 68) výstižně zformuloval hlavní myšlenku logoterapie: *„Nehledej, co ti může dát život, ale hledej, co ty můžeš dát životu. Neptej se, kolik radosti najdeš u jiných, ale kolik ji najdeš v sobě a daruješ jiným.“*

II Výzkumná část

6 Výzkumné otázky

1. Jak zdravotní sestry mohou být nápomocny geriatrickým pacientům v naplnění jejich spirituálních potřeb?
2. Poskytují zdravotní sestry pomoc geriatrickým pacientům v oblasti spirituálních potřeb?
3. Jaké spirituální potřeby jsou nejdůležitější pro pacienty, kteří nejsou zcela spokojeni s dosavadním životem?
4. Jaké spirituální potřeby jsou nejdůležitější pro pacienty, kteří jsou zcela spokojeni s dosavadním životem?

7 Metodika

7.1 Typ výzkumu a výzkumný vzorek

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní výzkum formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazník jsem sestavila sama na základě prostudované literatury. V úvodu dotazníku jsem respondenty seznámila s tématem, podala stručné instrukce k vyplnění, upozornila respondenty na anonymitu dotazníku a vysvětlila pojem spirituální potřeba. Dotazník se skládá ze 14 otázek, které jsem se snažila srozumitelně a jasně podat a zároveň jsem volila menší množství otázek, aby bylo vyplnění pro starší pacienty co nejsnazší. Již při tvorbě dotazníku jsem počítala s tím, že během vyplňování budu v případě potřeby pacientům nápomocna. V dotazníku se vyskytují otázky identifikační, uzavřené, polouzavřené i otevřené.

Dotazník byl cílen na geriatrické pacienty muže i ženy, kteří byli hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení na oddělení geriatric. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků. Návratnost dotazníku byla 100 %. Takto velkou návratnost dotazníků si vysvětluji tím, že jsem ve většině případů byla respondentům nápomocna ve vyplňování.

7.2 Technika sběru dat

Dotazníkové šetření probíhalo od poloviny února 2015 a končilo koncem měsíce března 2015. Výzkumné šetření probíhalo většinou v odpoledních hodinách po domluvě se sestrami. Dotazníky jsem rozdávala respondentům osobně. Seznámila jsem je s obsahem dotazníku, jeho významem, anonymitou a nabídla případnou pomoc při vyplňování. Pomoc s vyplňováním byla povětšinou kladně přijata, za což jsem byla ráda, jelikož jsem měla možnost postřehnout reakce na jednotlivé otázky a vyslechnout si souvislosti zvolených odpovědí s životními situacemi. Zvláště dotazované ženy byly nesmírně vstřícné a velmi sdílné.

Během výzkumného šetření nebyly zjištěny nejasnosti, které by ohrozily další průběh výzkumu. Otázky 5, 6 a 8 vyžadovaly delší čas k rozmyšlení.

7.3 Metodika analýzy dat

Vyhodnocení bylo provedeno popisnou statistikou. K vyhodnocování dat byl použit program Microsoft Office Excel 2007. Zjištěná data byla prezentována pomocí grafů a tabulek.

8 Analýza výsledků

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	20	66,7%
Muž	10	33,3%
Celkem	30	100,0%

Tabulka 1 znázorňuje procentuální zastoupení žen a mužů ve vzorku respondentů. Z celkového počtu 30 (100,0%) respondentů bylo 20 (66,7%) žen a 10 (33,3%) mužů.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

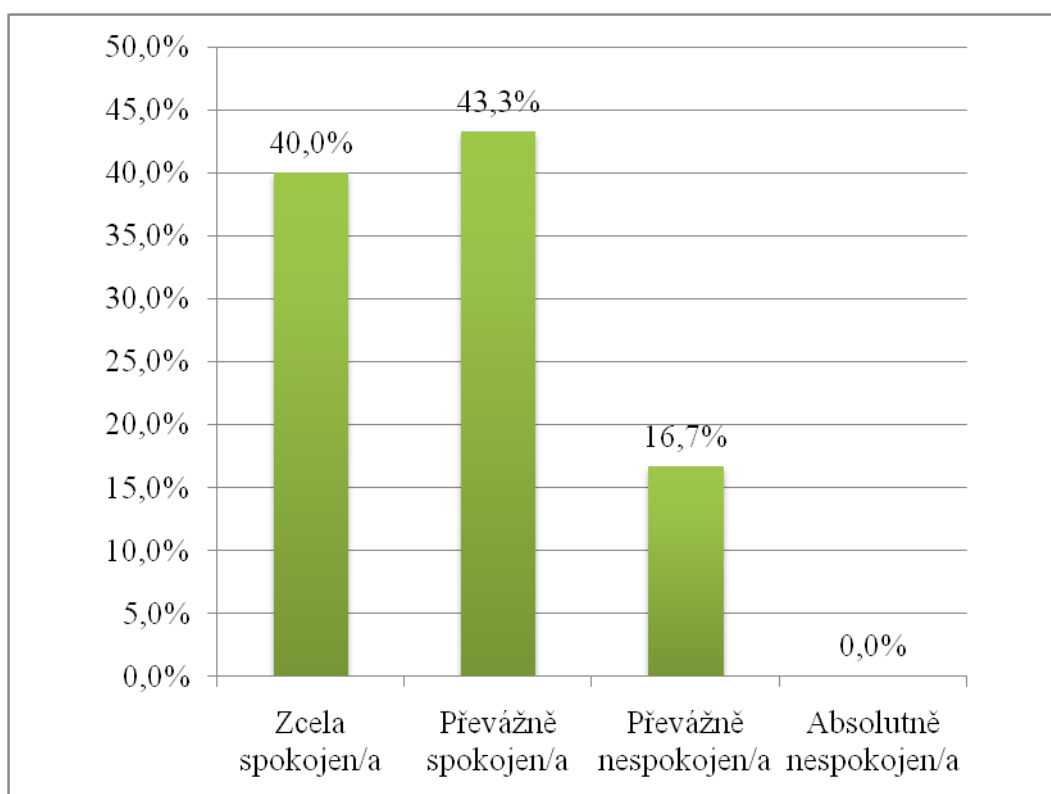
Tabulka 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 59 let	2	6,7%
60-74 let	8	26,7%
75-89 let	18	60,0%
90 let a více	2	6,7%
Celkem	30	100,0%

Tabulka 2 zobrazuje věkové rozložení výběrového souboru respondentů. Nejčetnější věkovou skupinou byli respondenti ve věku 75-89 let, kterých bylo 18 (60,0%). Do věkové skupiny 60-74 let patřilo 8 (26,7%) dotazovaných. Věkovou skupinu do 59 let tvořili 2 (6,7%) dotazovaní stejně jako skupinu 90 let a více.

Otázka č. 3: Jste spokojen/a s dosavadním životem?

- jsem zcela spokojen/a, nic podstatného bych v dosavadním životě neměnil/a
- převážně jsem spokojen/a, i když vím o věcech, které by mohly být lepší
- jsem převážně nespokojen/a, je spousta věcí, které jsem si přál/a jinak
- nejsem se svým dosavadním životem vůbec spokojen/a



Obrázek 1 Graf spokojenosti s dosavadním životem

Obrázek 1 prezentuje spokojenost respondentů s dosavadním životem. Zcela spokojených bylo 12 (40,0%) dotazovaných. Převážně spokojených 13 (43,3%). Převážně nespokojených bylo 5 (16,7%) respondentů a absolutně nespokojený nebyl žádný respondent.

Otázka č. 4: Pokud nejste s dosavadním životem zcela spokojen/a, co byste ještě chtěl/a zvládnout, prožít?

Tabulka 3 Co byste ještě chtěl/a zvládnout, prožít?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chtěl/a bych najít smysl života dosud žitého	4	11,1%
Chtěl/a bych se ještě cítit milován/a	8	22,2%
Chtěl/a bych vyjádřit svou vděčnost	1	2,8%
Chtěl/a bych, aby mi byly odpuštěny nezdary a selhání	4	11,1%
Chtěl/a bych odpustit, vyrovnat se s křivdami	7	19,4%
Chtěl/a bych najít smysl bolesti a utrpení	10	27,8%
Chtěl/a bych se smířit se smrtí	2	5,6%
Celkem	36	100,0%

Tato otázka vylučovala zcela spokojené respondenty. Dotazovaní měli možnost vybrat jednu

nebo více odpovědí. Z tabulky 3 vyplývá, že nejčastější odpověď byla - Chtěl/a bych najít smysl bolesti a utrpení (27,8%). Nejméně častou byla odpověď - Chtěl/a bych vyjádřit svou vděčnost (2,8%).

Otázka č. 5: Co dává Vašemu životu smysl?

Tabulka 4 Smysl života

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dobré jídlo	1	2,3%
Kontakt s lidmi	3	7,0%
Láska	1	2,3%
Mír	1	2,3%
Vzdělávání	1	2,3%
Víra	3	7,0%
Pomoc druhým	2	4,7%
Příroda, zvířata	2	4,7%
Zdraví	3	7,0%
Rodina	17	39,5%
Spokojenost z každého dalšího dne	2	4,7%
Nevidí smysl	6	14,0%
Nedokáže pojmenovat, ale ví, že smysl má	1	2,3%
Celkem	43	100,0%

Tato otázka měla otevřenou odpověď. Jejím cílem bylo zjistit, zda respondenti zvládnou vyjádřit smysl svého života, zda nějaký smysl vidí. Odpovědi byly různé. Nejčastější odpovědí byla rodina. Šest respondentů uvedlo, že smysl nevidí. Tři dotazované pociťují bezsmyslnost z důvodu úmrtí partnera, bez kterého nemají chuť do života. Jedna dotazovaná uvedla, že nevidí smysl života bez nohou. V brzké době očekávala amputaci končetin, kterou prožívala velmi negativně. Jedna oslovená uvedla, že měla těžký život, že smysl nenachází.

Další odpovědi jsou prezentovány v tabulce 4.

Otázka č. 6: Které duchovní potřeby jsou pro Vás momentálně nejdůležitější?

Tabulka 5 Seřazení spirituálních potřeb podle důležitosti

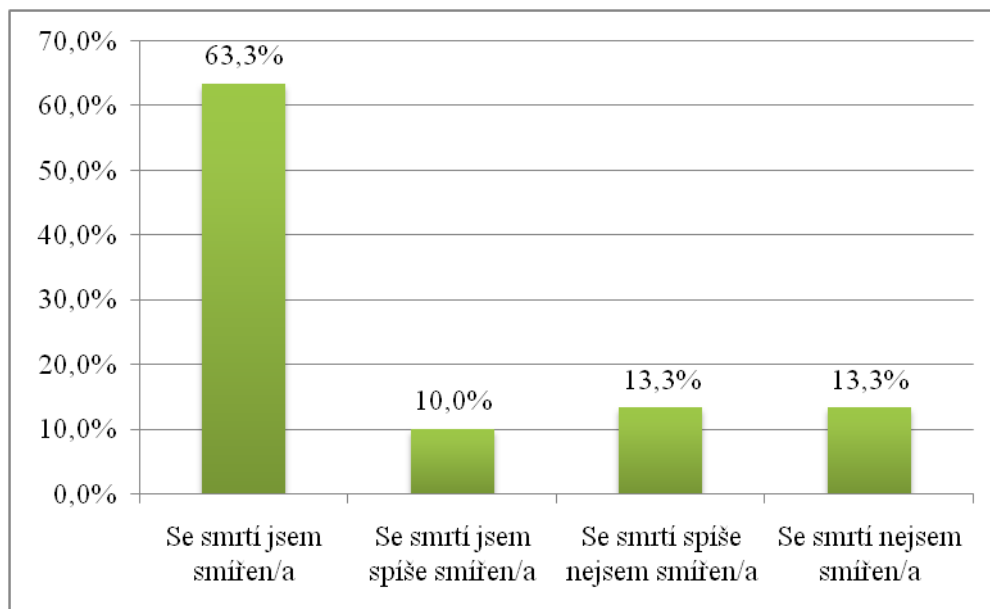
Odpověď	1.	2.	3.	Celkem	7.
Potřeba milovat a být milován/a	14	2	1	17	1
Potřeba mít smysl života	4	10	7	21	0
Potřeba víry	3	2	2	7	15
Potřeba vyjádřit vděčnost	1	2	7	10	1
Potřeba odpuštění a smíření	4	4	5	13	3
Potřeba najít smysl utrpení	3	5	5	13	0
Potřeba smíření se smrtí	1	5	3	9	10

V této otázce měli respondenti seřadit spirituální potřeby dle aktuální důležitosti. 1. značí nejdůležitější, 7. aktuálně nejméně důležitou potřebu.

Podle tabulky 5 je zřejmé, že nejčastěji byla na prvním místě zvolena potřeba milovat a být milován. Jako poslední byla nejvíce uváděna potřeba víry. Uvádím zde i součet prvních třech míst u každé duchovní potřeby. Nejvíce se na prvních místech vyskytovala potřeba mít smysl života.

Podrobněji jsou výsledky zpracovány v tabulce 5.

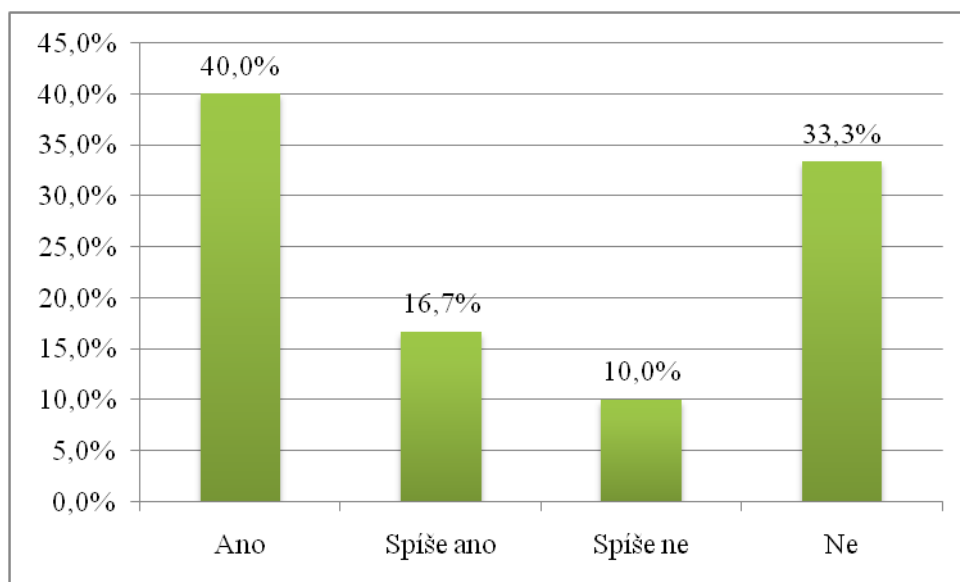
Otázka č. 7: Jaký je Váš postoj k smrti?



Obrázek 2 Graf postojů k smrti

Obrázek 2 znázorňuje postoje dotazovaných k smrti. Se smrtí bylo smířeno 19 (63,3%) respondentů, spíše smířeni byli 3 (10,0%), spíše nesmířeni 4 (13,3%) a absolutně nesmířeni také 4 (13,3%).

Otázka č. 8: Máte pocit, že jste z tělesného či duševního utrpení získal/a něco hodnotného do života? Pokud ano, uveďte co.



Obrázek 3 Graf prezentující vyjádření respondentů, zda z tělesného či duševního utrpení získali něco hodnotného

Tabulka 6 Vyjádření respondentů, co hodnotného získali do života z tělesného či duševního utrpení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Důvěru v Boha skrze lékaře	1	5,9%
Jiný náhled na svět	1	5,9%
Větší otupělost vůči bolesti a trápení	3	17,6%
Větší životní sílu	3	17,6%
Sílu přijmout stinné stránky života	1	5,9%
Přesvědčení, že všechno zlé je pro něco dobré	2	11,8%
Vážím si více zdraví	2	11,8%
Větší trpělivost	1	5,9%
Vím, že získal/a, ale nedovedu to popsat	3	17,6%
Celkem	17	100,0%

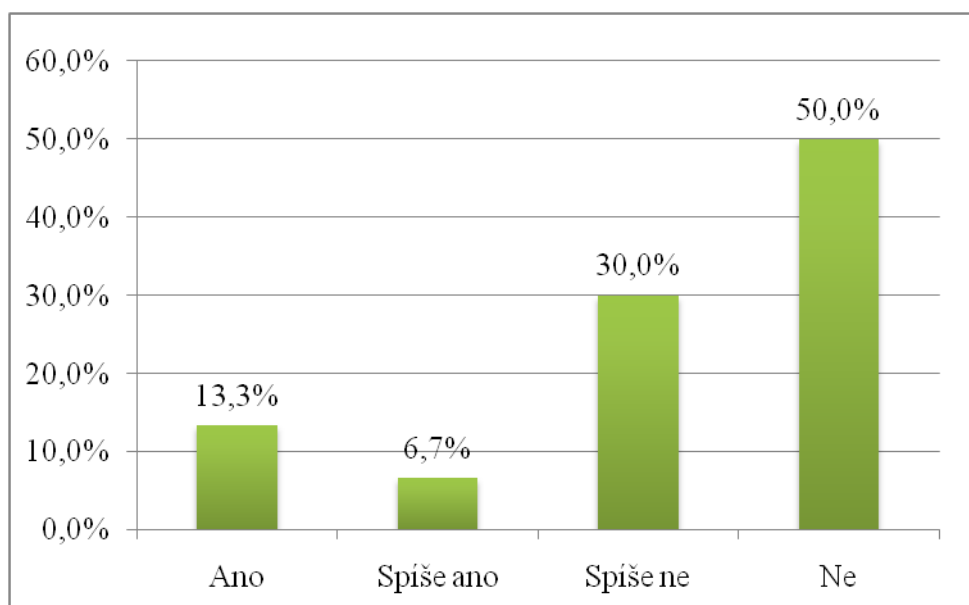
Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, zda respondenti vidí nějaký smysl ve svém trápení, zda jim trápení dalo něco hodnotného do života. Pokud odpověď zněla ano nebo spíše ano, měli napsat dle svého vyjádření, co hodnotného do života z tělesného či duševního utrpení získali.

Obrázek 3 zobrazuje odpovědi dotazovaných, zda jim tělesné či duševní strasti přinesly něco hodnotného do života. Odpověď ano zvolilo 12 (40%) respondentů, spíše ano 5 (16,7%), spíše ne 3 (10,0%) a ne 10 (33,3%).

Tabulka 6 prezentuje vyjádření oslovených, co hodnotného jim utrpení do života přineslo. Tato část otázky vyloučila respondenty, kteří odpověděli v předchozí části otázky spíše ne nebo ne.

Odpovědi byly různé. Na odpovědi větší životní síla a větší otupělost vůči bolesti a trápení se shodli 3 dotazovaní. Dále 3 dotazovaní uvedli, že ví, že něco získali, ale nedovedou to vyjádřit. Přehled ostatních odpovědí viz. Tabulka 6.

Otázka č. 9: Je pro Vás těžké hovořit o Vašich duchovních potřebách?



Obrázek 4 Graf zobrazující obtížnost respondentů hovořit o duchovních potřebách

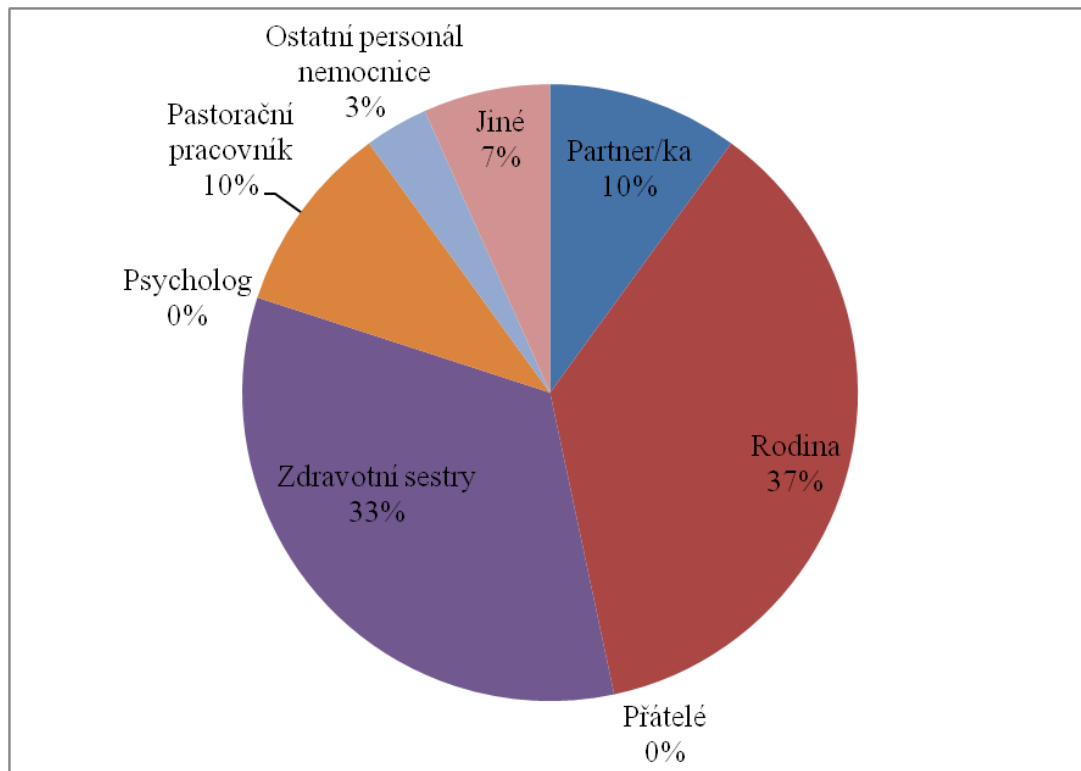
Obrázek 4 ukazuje, že pro většinu respondentů není obtížné o duchovních potřebách hovořit. Odpověď ne zvolilo 15 (50,0%) dotazovaných, spíše ne 9 (30,0%), spíše ano 2 (6,7%) a ano 4 (13,3%).

Otázka č. 10: Pokud jste odpověděl/a v předchozí otázce ANO nebo SPÍŠE ANO, uveďte z jakého důvodu je pro Vás obtížné o duchovních potřebách hovořit.

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 9 zvolili odpověď ano nebo spíše ano. Těchto dotazovaných bylo celkem 6. Nechuť komunikovat na jakémkoliv téma byl důvod, který vyjádřili 2 respondenti. Odpověď „Nechce se mi“ napsal 1 dotazovaný. Jeden respondent sdělil, že se necítí dobře v komunikaci na toto téma z důvodu, že si tyto věci raději

nechává pro sebe. Jedna dotazovaná odpověděla, že je pro ni obtížné hovořit o duchovních potřebách z důvodu úmrtí manžela, jelikož se s jeho smrtí ještě nevyrovnala. Jedna oslovená sdělila, že má pocit, že nemá o čem hovořit na toto téma.

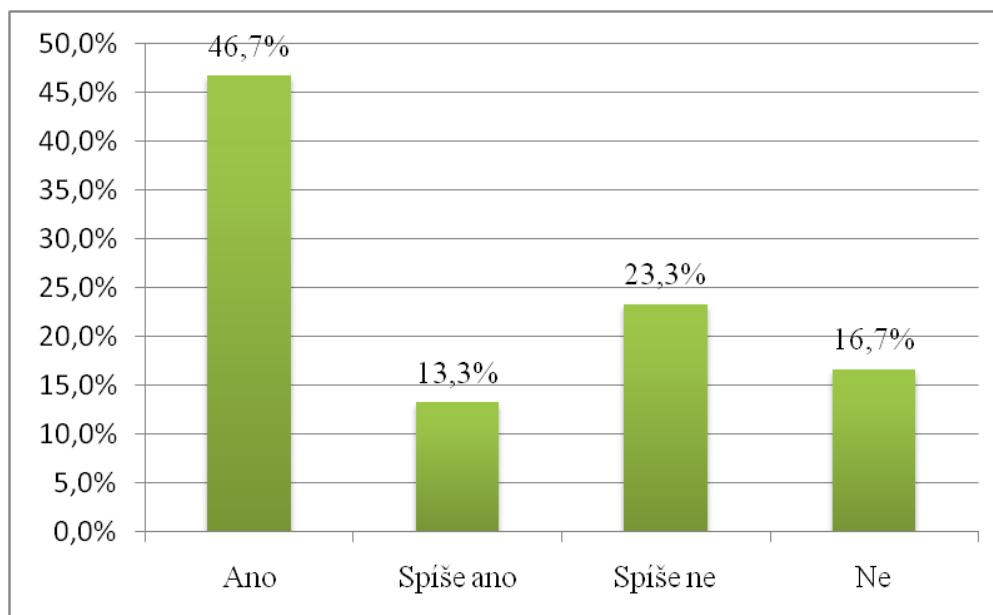
Otázka č. 11: Kdo Vám během hospitalizace nejvíce pomáhá v naplnění Vašich duchovních potřeb?



Obrázek 5 Graf zobrazující největší pomocníky v naplnění duchovních potřeb

Z obrázku 5 vyplývá, že nejčastější odpovědí byla rodina. Tuto variantu zvolilo 11 (37%) respondentů. Odpověď zdravotní sestry označilo 10 (33%) dotazovaných, partner/ka 3 (10%), pastorační pracovník 3 (10%), ostatní personál nemocnice 1 (3%). Varianty psycholog a přátelé neuvedl nikdo. Dva (7%) respondenti zvolili odpověď jiné, kde uvedli nikdo, a pomáhám si sama.

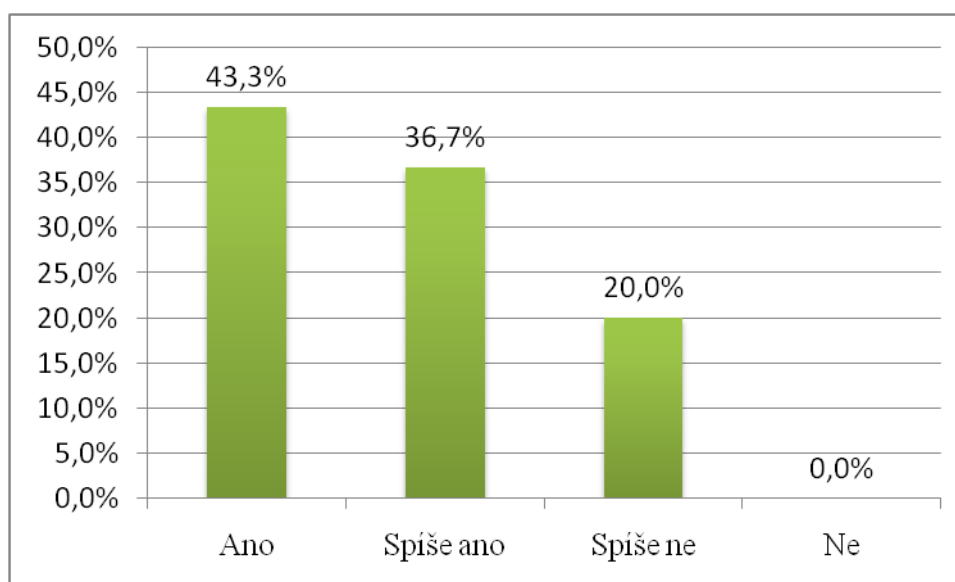
Otázka č. 12: Považujete za důležité, aby se zdravotní sestry zajímaly o Vaše duchovní potřeby?



Obrázek 6 Graf důležitosti zájmu zdravotních sester o duchovní potřeby respondentů

Z obrázku 6 vyplývá, že největší počet respondentů 14 (46,7%) zvolil odpověď ano. Ve 4 (13,3%) případech byla vybrána odpověď spíše ano, v 7 (23,3%) spíše ne a v 5 (16,7%) ne.

Otázka č. 13: Považujete zájem zdravotních sester o Vaše duchovní potřeby za dostatečný?



Obrázek 7 Graf dostatečného zájmu zdravotních sester o duchovní potřeby

Z obrázku 7 je zřejmé, že většina respondentů považuje zájem zdravotních sester o duchovní potřeby za dostatečný 13 (43,3%) nebo spíše dostatečný 11 (36,7%). Spíše nedostatečný se

zdá být zájem zdravotních sester o duchovní potřeby 6 (20,0%) dotazovaným a absolutně nedostatečný není pro žádného dotazovaného.

Otázka č. 14: V čem Vám zdravotní sestry mohou pomoci v naplnění duchovních potřeb?

Tabulka 7 Možnosti sesterské pomoci v naplnění duchovních potřeb respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Naslouchání, porozumění	14	32,6%
Častější komunikace	18	41,9%
Zařídít návštěvu pastoračního pracovníka	0	0,0%
Zařídít kontakt s psychologem, psychoterapeutem	1	2,3%
Poslech duchovní hudby	0	0,0%
Zapůjčení literatury a časopisů s náboženskou a duchovní tematikou	1	2,3%
Nechci pomoci od zdravotních sester	9	20,9%
Jiné	0	0,0%
Celkem	43	100,0%

V této otázce měli respondenti možnost zakroužkovat více odpovědí. Nejčetnější odpověď byla častější komunikace, kterou zvolilo 18 (41,9%) respondentů, poté naslouchání, porozumění, což bylo označeno 14 (32,6%) respondenty. Odpověď nechci pomoci od zdravotních sester zvolilo 9 (20,9%) dotazovaných. Jednou se objevila odpověď zařídít kontakt s psychologem, psychoterapeutem a 1 (2,3%) respondent označil odpověď zapůjčení literatury a časopisů s náboženskou a duchovní tematikou. Zbylé odpovědi zůstaly neoznačeny.

9 Diskuze

V této kapitole interpretuji výsledky výzkumných otázek a zaměřuji se na prodiskutování zjištěných fakt. Bohužel jsem nenalezla žádný výzkum týkající se naplnění spirituálních potřeb geriatrických pacientů, který by byl vhodný k porovnání zjištěných fakt.

Výzkumná otázka č. 1: Jak zdravotní sestry mohou být nápomocny geriatrickým pacientům v naplnění jejich spirituálních potřeb?

Výzkumná otázka si kladla za cíl zmapovat možnosti saturace spirituálních potřeb sestrami z pohledu geriatrických pacientů.

Nejprve jsem chtěla zjistit, zda je pro respondenty obtížné o spirituálních potřebách hovořit. Většina respondentů- 24 (80%) odpovídala, že pro ně komunikace na téma spirituálních potřeb obtížná není. Někteří mi sdělovali, že jim rozhovory na toto téma přináší uvolnění, kladné pocity a radost. Dle mého názoru není vhodné nikoho do rozhovoru tlačit. Je důležité získat si důvěru, ukázat svůj zájem, ochotu naslouchat, přistupovat s respektem a úctou. Efektivně pomáhat může ten, kdo je člověku blízký. Tuto osobu si nemocný zvolí sám. Je pro nás výzvou navodit pacientovi takové prostředí, ve kterém se nám dokáže otevřít. Samozřejmě jsou lidé, kteří si své nitro určitý čas přísně střeží uzamčené v sobě nebo mají věrného pomocníka v jiných kruzích než mezi zdravotními sestrami. To je třeba respektovat. Věřím, že i nemocní, pro které je obtížné o duchovních potřebách hovořit, se našim vhodným přístupem postupně zvládnou otevřít, jelikož se domnívám, že žádný člověk nechce být dlouhodobě ponechán sám ve svých myšlenkách, trápení a obavách. Každý jsme jedinečná bytost, žijeme jiný život, někdo potřebuje více času na získání důvěry a někomu postačí chvíle. Troufám si tvrdit, že vše je o našem jednání, o tom, jaký přístup ke svým pacientům volíme.

Celkem 18 (60%) respondentů považuje za důležité, aby se zdravotní sestry zajímaly o duchovní potřeby svých pacientů. Očekávala jsem zde vyšší procento kladných odpovědí. Někteří respondenti mi sdělovali, že by zájem o duchovní potřeby po sestrách ani nechtěli, jelikož to není součástí jejich práce a své práce mají dostatek. Jiní spirituální pomoc vyhledávají jinde než u sester. Jeden dotazovaný zmínil, že zdravotní sestry dobře ovládají svou práci, ale toto téma je pro ně tak neznámé, že po nich nikdo nemůže chtít, aby se o duchovní potřeby svých pacientů zajímaly. Zde si opět myslím, že je to otázka přístupu. Kdyby se zdravotní sestry hlouběji zajímaly o své pacienty, pak by to i pacientům připadalo důležité. Péče o spirituální potřeby pacientů je podle mě brána za jakýsi „nadstandard“ a ne

jako součást péče o nemocné. Podle mého pozorování sestry nemají příliš velké povědomí o spirituálních potřebách svých pacientů. Samozřejmě různá pracoviště se mohou lišit. Zde je prostor pro možné vzdělávací kurzy, které by sestřím takzvaně „otevřely oči“, aby nebyly vůči duchovním potřebám svých pacientů slepé. Malíková (2011) říká, že zdravotníci by měli mít jasno ve své vlastní spiritualitě. Musíme vědět, v co věříme, co dává našemu životu smysl, být smířeni s konečností vlastního života, abychom byli schopni uspokojovat spirituální potřeby pacientů. Zde je třeba začít, musíme poznat svou vlastní spiritualitu.

Když měli dotazovaní uvést, jak jim zdravotní sestry mohou být nápomocny v naplnění spirituálních potřeb, volili nejvíce odpovědi častější komunikace a naslouchání a porozumění. Naslouchat a komunikovat se zdá být jednoduché, ne každý však tyto dovednosti dobře ovládá. V praxi si všímám častých chyb, jako je odbíhání od rozhovoru, umlčování pacientů v rozhovorech na některá témata a skákání do řeči. Možná si sestry své chyby ani neuvědomují a případné kurzy na téma komunikace a naslouchání by je mohly upozornit na chyby, kterých se dopouští. Shledávám za důležité se více věnovat naslouchání a komunikaci s geriatrickými pacienty. Populace stárne a seniorů je v nemocnicích stále více, ale oblast péče o geriatrické pacienty se mi zdá být zanedbávána. Zvláště na nesoběstačné pacienty sestry hledí jako na přítěž, na další „břemeno“ v pořadí. Ptáček a kol. (2011) píše, že základem komunikace se staršími lidmi je skutečnost, že staří lidé jsou dospělí lidé s neomezenou důstojností, a to i v situaci omezené soběstačnosti či ztrátě autonomie. Moc bych si přála, aby si tohoto byla každá sestra vědoma. Ke stáří spějeme všichni, a pokud se něco nezmění, může nedůstojný přístup v nemocniční péči potkat každého z nás či našich blízkých.

Výzkumná otázka č. 2: Poskytují zdravotní sestry pomoc geriatrickým pacientům v oblasti spirituálních potřeb?

V otázce, kdo respondentům nejvíce pomáhá v naplnění spirituálních potřeb během hospitalizace, byla druhá nejčastější odpověď zdravotní sestry, tuto variantu zvolilo 10 dotazovaných (33,3%). Nejčastější odpověď byla rodina, kterou zvolilo 11 (37%) respondentů. Z mého pohledu rodina nemusí být vždy připravena na některá témata, o kterých by nemocný chtěl hovořit. Pak jsme tu my zdravotníci. Nemocný se mnohdy nechce obracet na psychologa, psychoterapeuta nebo duchovního a domnívám se, že to ani není vhodné hned přesouvat pomoc na jiné. Samozřejmě setkání s nimi má být nemocnému nabídnuto, ale účinně pomoci můžeme i my sestry, které jsme pacientům nablízku po celou dobu hospitalizace.

V otázce, zda dotazovaní považují zájem zdravotních sester o duchovní potřeby za dostatečný, odpovědělo ano nebo spíše ano 24 (80%) respondentů. Tato odpověď je sice kladná, dá se říci potěšující, myslím si ale, že pacienti považují zájem sester o spirituální potřeby za dostatečný, jelikož jej nepovažují za součást profese sester. Jak jsem již psala ve vyhodnocení 1. výzkumné otázky, péče o spirituální potřeby pacientů je podle mě brána za jakýsi „nadstandard“ a ne jako součást péče o nemocné.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké spirituální potřeby jsou nejdůležitější pro pacienty, kteří nejsou zcela spokojeni s dosavadním životem?

Tato otázka zahrnuje 18 respondentů, kteří nejsou zcela spokojeni s dosavadním životem. Zahrnuje respondenty, kteří v otázce číslo 3 odpověděli, že jsou převážně spokojeni nebo převážně nespokojeni se svým dosavadním životem.

V otázce, které potřeby jsou pro respondenty momentálně nejdůležitější, byla nejčastěji na prvních třech místech odpověď potřeba najít smysl utrpení, potřeba odpuštění a smíření a potřeba mít smysl života.

Otázka na postoj k smrti odhalila 7 (38,9%) respondentů, kteří spíše nejsou se smrtí smířeni nebo jsou se smrtí absolutně nesmířeni.

V otázce, kde měli dotazovaní uvést, zda získali z tělesného či duševního utrpení něco hodnotného do života, odpovědělo 11 (61,1%) respondentů spíše ne nebo ne.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké spirituální potřeby jsou nejdůležitější pro pacienty, kteří jsou zcela spokojeni s dosavadním životem?

Tato otázka zahrnuje 12 respondentů, kteří jsou zcela spokojeni s dosavadním životem.

V otázce, které potřeby jsou pro respondenty momentálně nejdůležitější, byla nejčastěji na prvních třech místech odpověď potřeba mít smysl života, potřeba milovat a být milován/a. Třetí nejčastější odpověď zde byla víra. Soudím, že dotazovaní chápou víru jako víru náboženskou. U ne zcela spokojených respondentů byl pouze jeden dotazovaný, který víru zařadil do svého žebříčku potřeb mezi tři nejdůležitější. Troufám si tedy tvrdit, že lidé přijímající určitou náboženskou tradici jsou v životě spokojenější, snadněji se vypořádají s těžkostmi a připravují na smrt, jak jsem již zmiňovala v teoretické části práce v podkapitole Potřeba víry.

Otázka na postoj k smrti odhalila pouze 1 (8,3%) respondenta, který není se smrtí smířen.

V otázce, kde měli dotazovaní uvést, zda získali z tělesného či duševního utrpení něco hodnotného do života, odpověděli pouze 2 (16,7%) respondenti ne.

Výzkumné otázky číslo 3 a 4 ukazují, jak se liší spirituální potřeby u pacientů zcela spokojených s dosavadním životem od ne zcela spokojených. Chci tím poukázat na nutnost zabývat se každým pacientem jako osobností s vlastní minulostí. Životní příběh nemocného nám mnohé odkryje a pomůže nás navést na cestu, jak nemocnému pomoci.

Opatrný (2008) říká, že dlouhodobě nemocní se dívají mnohem více do sebe, než kolem sebe, a hodnotí svou minulost, která je pro ně místem odkrývajícím vazby, souvislosti, smysl a účel. Na základě životního příběhu nemocného můžeme dobře identifikovat spirituální potřeby, samotný příběh nám je mnohdy odkryje. Stačí být pozorným posluchačem.

Teprve po pochopení životní historie je možné poskytovat klientovi adekvátní péči a vést obsahově individuální rozhovor. Práce s biografií člověka je potřebná k zajištění adekvátní péče o nemocné. (Erwin Böhm Institut, (nedat.); Smyslová aktivizace®, (nedat.))

Výzkum mě přivedl k otázce, zda by nebylo vhodné, zvláště na odděleních dlouhodobé péče, geriatrických odděleních, kde nemocní leží dlouhodobě, zavést jako součást ošetřovatelské dokumentace záznam, kde by každá sestra měla možnost doplnit informace z pacientova života – čím pacient byl, co rád vykonával a vykonává, v co nebo koho věří, jaké má zdroje sil, zvyky, důležité osoby jeho života, důležité okamžiky, činy, obavy, přání atd.. To dá možnost poskytnout ucelenější náhled do pacientova života a poskytnout mu individuální péči „šitou na míru“. Zde by mě zajímalo, zda by sestry něco takového přivítaly a zvládaly v praxi použít.

10 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala naplněním spirituálních potřeb geriatrických pacientů. Toto téma je aktuální z toho důvodu, že většinu pacientů v nepediatrických oborech tvoří právě senioři. Čím dál více lidí umírá v nemocničním prostředí, umírání doma v kruhu blízkých je dnes již historií, a tak se nemocniční oddělení stává mnohdy posledním místem života nemocného. Spirituální potřeby mohou být pro geriatrické pacienty mnohem důležitější, než skutečnosti, které sleduje léčba, a proto je nesmírně nutné věnovat se jejich saturaci.

Teoretickou část práce jsem věnovala objasnění pojmů stárnutí a stáří, gerontologie, spiritualita a lidské potřeby. Dále jsem se zabývala problematikou spirituálních potřeb geriatrických pacientů a možnostmi saturace spirituálních potřeb sestrami.

Výzkumná část práce byla zaměřena na objasnění cílů, které jsem si zvolila. Cílem mé práce bylo identifikovat spirituální potřeby geriatrických pacientů, zmapovat možnosti saturace spirituálních potřeb sestrami a zhodnotit vliv spokojenosti s prožitým životem na současné vnímání spirituálních potřeb geriatrických pacientů. Cíle jsem se snažila objasnit dotazníkovým šetřením cíleným přímo geriatrickým pacientům.

Cíle byly splněny, podařilo se mi identifikovat spirituální potřeby geriatrických pacientů na té úrovni, jakou je to dotazníkovým šetřením možné. Zjistila jsem, že většina dotazovaných dokáže vyjádřit smysl svého života i smysl svého utrpení. Potřeba mít smysl života a potřeba milovat a být milován se ukázala jako nejdůležitější.

Podařilo se mi zhodnotit vliv spokojenosti s prožitým životem na současné vnímání spirituálních potřeb. Z výsledků vyplívá, že je důležité vnímat každého pacienta jako osobnost s vlastní minulostí a s odlišnými potřebami. Mým záměrem bylo poukázat na důležitost poznat pacientův životní příběh a hledat v něm souvislosti a cesty, jak pacientovi pomoci.

Zjistila jsem, že respondenti považují zájem sester o spirituální potřeby svých pacientů za dostatečný. Jako vhodné možnosti saturace spirituálních potřeb byly nejčastěji zvoleny odpovědi naslouchání a častější komunikace. Jak jsem zmiňovala výše, pacienti dle mého názoru pokládají zájem sester o duchovní oblast za dostatečný z toho důvodu, že jej nepovažují za součást práce sester, tak jim stačí zájem takový, jaký je. Ačkoli nám výše zmíněné výsledky ukazují převážně pozitivní hodnocení, pokládám za nutné zamyslet se nad možnostmi vzdělávání sester v spirituální oblasti. V literatuře se dnes poměrně hojně píše o duchovní dimenzi člověka, v nemocnicích je jisté povědomí o duchovních potřebách

pacientů, ale z mého pozorování usuzuji, že je stále hodně co zlepšovat. Všímám si spousty sester, které ve své práci fungují jako naprogramovaný stroj. Znepokojují mě situace, kdy vidím trápícího se pacienta, a sestry prohlásí, že se jim na pokoj za tímto pacientem ani nechce chodit, jelikož opět bude něco chtít. Je možné, že si své chyby ani neuvědomují a osvěta by jim mohla být klíčem k návratu na správnou cestu v přístupu k pacientům.

Domnívám se, že je důležité, aby každá sestra prvně porozuměla sobě, než se rovnou učí porozumět duchovním potřebám nemocných, proto bych kurzy zaměřila na sebepoznávání. Po poznání svého já, své duchovní dimenze už možná nebude tolik nutné učit se porozumět duchovní dimenzi pacientů, možná pak tato schopnost přijde sama. Každá sestra by se měla zamyslet nad otázkami, kdo vlastně jsem, kam patřím, jak mě mohou vidět ostatní, jaké mám vztahy s ostatními lidmi, koho miluji a kdo miluje mě, co dává mému životu smysl, v co věřím, jaký je můj postoj k smrti a umírání, co se mi v životě povedlo a nepovedlo, co bych chtěla, aby mi bylo odpuštěno, měla bych někomu odpustit, jaké jsou zdroje mých sil, naučit se relaxovat a nebrat myšlenky na práci s sebou domů. V neposlední řadě by se sestry měly naučit myslet na to, jak by se v situaci svých pacientů cítily ony samy a jaké jednání by si od pečujících přály. (Malíková, 2011)

Díky své bakalářské práci jsem měla možnost hlouběji nahlédnout do tématu spirituálních potřeb, zamyslet se v mnoha směrech nad sebou a svým přístupem k pacientům. Svě získané znalosti chci dále rozvíjet, abych mohla tím nejlepším způsobem pečovat o své pacienty a být dobrou zdravotní sestrou.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

AMERICAN HOLISTIC NURSES ASSOCIATION, 2015, *What is Holistic Nursing* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>.

BINDÁSOVÁ, Juliána, 2013. *Dignity Therapy - Terapie důstojnosti* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/terapie-dustojnosi.html>.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina, 2014. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.

CULLIFORD, Larry, 2002. Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction [online]. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2002, vol. 8, pp. 249-261 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/sites/default/files/attachments/52072/apt-2002-spirituality-introduction.pdf>.

DRAHANSKÁ, Petra a Ivo JIRÁSEK, 2013. Spirituální podstata učení se zážitkem [online]. *Gymnasion: časopis pro zážitkovou pedagogiku*, 2013, 7(2), s. 36-38 [cit. 2015-04-24]. ISSN 1214-603X. Dostupné z: <http://www.gymnasion.org/sites/default/files/library/gymnasion13komplet-web.pdf>.

ERWIN BÖHM INSTITUT. *Terapie prostředím* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://ebin.cz/texty/terapie-prostredim/>.

FRANKL, Viktor Emanuel, 1994a. *Vůle ke smyslu*. Přel. Vladimír Jochmann. 1.čes. vyd. Brno: Cesta, ISBN 80-85139-29-2.

FRANKL, Viktor Emanuel, 1994b. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Přel. Vladimír Jochmann. 1.čes. vyd. Brno: Cesta, ISBN 80-85319-39-X.

GALEK, Kathleen et al., 2005. *Assessing a Patient's Spiritual Needs* [online]. p. 63 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.acperesearch.net/spiritneeds.pdf>

HAJNOVÁ, Erika a BUŽGOVÁ Radka, 2013. Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie [online]. *Ošetřovatelství a porodní asistence: recenzovaný vědecký časopis*, 2013, 4(4), s. 709 [cit. 2015-04-24]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/9_hajnova_buzgova.pdf

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd.2. Praha: Havlíček Brain Team. s. 157-164. ISBN 978-80-87109-19-9.

CHLOUBOVÁ, Helena, 2005. Změny potřeb ve stáří [online]. *Zpravodaj Marcom*, 2005, č. 2, s. 22-24 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf.

IZZO, Janet, 2013, *The Spiritual Nurse* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.nursetogether.com/the-spiritual-nurse>.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr SUCHARDA a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Pavel WEBER a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2490-4.

KOSOVÁ, Martina, 2014. *Logoterapie: Existenciální analýza jako hledání cest*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4346-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1989. *Vážně nemocný mezi námi*. Vyd. 1. Praha: Avicem, zdravotnické nakladatelství, n.p., ISBN 08-065-89

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1994. *Mít pro co žít*. Vyd. 1. Praha: Návrat domů, ISBN 80-85495-33-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2007. *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti: Kudy vede cesta k přátelství*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-1838-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Víra- její role v našem životě* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://jaro.krivohlavy.cz/node/95>.

LUKASOVÁ, Elizabeth, 2006. *I tvoje utrpení má smysl*. Přel. Jarmila Vašíčková. Vyd. 1. Brno: Cesta. s. 85. ISBN 80-85319-79-9.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3148-3.

MANDINCOVÁ, Petra, 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s.. s. 63. ISBN 978-80-247-3811-6.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s.. s. 88. ISBN 978-80-247-3171-1.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3872-7.

MOORE, Thomas, 2010. *Léčebná péče o duši: Průvodce procesem uzdravení celé osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál s.r.o., ISBN: 978-80-7367-782-4.

MOWAT, Harriet et Maureen O'NEILL, 2013. *Spirituality and ageing: implications for the care and support of older people* [online]. pp. 9-10 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss-insight-19.pdf>.

- NOUWEN, Henri Josef Machiel, 2011. *Odpuštěním prospíváme především sobě* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.vira.cz/Texty/Clanky/Odpustenim-prospivame-predevsim-sami-sobe.html>.
- O'BRIEN, Mary Elizabeth, 2008. *Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground*. Ed. 3. United states of America: Jones & Bartlett Learning, ISBN 978-0-7637-4648-3
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, ISBN 978-80-246-1997-2.
- OPATRŇÝ, Aleš, 2008. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta*. [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Pece-o-existencialni-a-spirituální-potreby-pacienta-Ales-Opatrny.html>
- PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přel. Abigail Kozlíková. Vyd. 1. Praha: Portál, ISBN 80-7178-184-3.
- PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮŇEK a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3976-2.
- SMYSLOVÁ AKTIVIZACE LORE WEHNER. *Koncept smyslové aktivizace* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Vyd.1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4107-9
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, Danuška TOMANOVÁ, Pavla KUDLOVÁ a Renata HALMO, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1212-1.
- ŠTAMPACH, Ivan, 2006. Nahradila spiritualita náboženství? In: BABYRÁDOVÁ Hana a Jiří HAVLÍČEK (eds.). *Spiritualita: Fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců*. Brno: Masarykova univerzita. s. 99 – 105. ISBN 80-210-4206-0.
- TEOLOGICKÉ TEXTY: Časopis pro teoretické a praktické otázky teologie, 2002. *Víra-Náboženství* [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.teologicketexty.cz/casopis/2002-1/Vira-Nabozenstvi.html>.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2012. *Základy obecné psychologie* [online]. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 49-50 [cit. 2015-04-24]. ISBN 978-80-7464-221-0. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/svp/opory/lf-zacharova-zaklady-obecne-psychologie.pdf>.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	31
Tabulka 2 Věk respondentů	31
Tabulka 3 Co byste ještě chtěl/a zvládnout, prožít?	32
Tabulka 4 Smysl života.....	33
Tabulka 5 Seřazení spirituálních potřeb podle důležitosti.....	34
Tabulka 6 Vyjádření respondentů, co hodnotného získali do života z tělesného či duševního života.....	35
Tabulka 7 Možnosti sesterské pomoci v naplnění duchovních potřeb respondentů.....	39

Seznam ilustrací

Obrázek 1 Graf spokojenosti s dosavadním životem.....	32
Obrázek 2 Graf postojů k smrti.....	34
Obrázek 3 Graf prezentující vyjádření respondentů, zda z tělesného či duševního utrpení získali něco hodnotného.....	35
Obrázek 4 Graf zobrazující obtížnost respondentů hovořit o duchovních potřebách.....	36
Obrázek 5 Graf zobrazující největší pomocníky v naplnění duchovních potřeb.....	37
Obrázek 6 Graf důležitosti zájmu zdravotních sester o duchovní potřeby respondentů	38
Obrázek 7 Graf dostatečného zájmu zdravotních sester o duchovní potřeby	38

Seznam příloh

Příloha A: *Dotazník pro pacienty*

Příloha A

Vážená paní, Vážený pane,

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Jsem studentka 3. Ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor všeobecná sestra. V rámci své bakalářské práce provádím výzkum, který se zabývá spirituálními (duchovními) potřebami geriatrických pacientů.

Odpovězte prosím na všechny otázky tak, že vybranou odpověď zakroužkujete nebo dopište Vaši vlastní odpověď. Pokud není uvedeno jinak, vybírejte vždy jen jednu odpověď.

Dotazníky jsou zcela anonymní a jejich výsledky budou sloužit pouze k mým studijním účelům.

Dovolte mi pro začátek objasnění pojmu spirituální (duchovní) potřeba.

Za spirituální potřeby pro účely tohoto dotazníku považuji tyto: Potřebu milovat a být milován, potřebu odpuštění, potřebu mít smysl života, potřebu vyjádřit vděčnost, potřebu víry (víra v něco nadpozemského, víra v jiného člověka...), potřebu znát smysl svého utrpení, potřebu smíření se smrtí.

V knize Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?(2012) MUDr. Marie Svatošová zmiňuje, že duchovní potřeby nejsou jen potřeby věřících. Jsou to potřeby všech lidí bez ohledu na to, jakou náboženskou tradici přijímají. Každý člověk potřebuje, aby mu bylo odpuštěno, a má potřebu sám odpouštět. Každý potřebuje vědět, že jeho život měl a má smysl. Všichni potřebujeme milovat a být milováni. A všichni chceme zemřít smíření.

1. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) do 59 let
- b) 60-74 let
- c) 75-89 let
- d) 90 let a více

3. Jak jste spokojen/a s dosavadním životem?

- a) jsem zcela spokojen/a, nic podstatného bych v dosavadním životě neměnil/a
- b) převážně jsem spokojen/a, i když vím o věcech, které by mohly být lepší
- c) jsem převážně nespokojen/a, je spousta věcí, které jsem si přál/a jinak
- d) nejsem se svým dosavadním životem vůbec spokojen/a

4. Pokud nejste s dosavadním životem zcela spokojen/a, co byste ještě chtěl/a zvládnout, prožít? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

- a) chtěl/a bych najít smysl života dosud žitého
- b) chtěl/a bych se ještě cítit milován/a
- c) chtěl/a bych vyjádřit svou vděčnost

- d) chtěl/a bych, aby mi byly odpuštěny nezdary a selhání
- e) chtěl/a bych odpustit, vyrovnat se s křivdami
- f) chtěl/a bych najít smysl bolesti a utrpení
- g) chtěl/a bych se smířit se smrtí

5. Co dává Vašemu životu smysl?

.....

6. Které duchovní potřeby jsou pro Vás momentálně nejdůležitější? (seřad'te 1-7, 1. značí nejdůležitější)

- a) potřeba milovat a být milován/a _
- b) potřeba mít smysl života _
- c) potřeba víry _
- d) potřeba vyjádřit vděčnost _
- e) potřeba odpuštění a smíření _
- f) potřeba najít smysl utrpení _
- g) potřeba smíření se smrtí _
- h) žádné

7. Jaký je Váš postoj k smrti?

- a) se smrtí jsem smířen/a
- b) se smrtí jsem spíše smířen/a
- c) se smrtí spíše nejsem smířen/a
- d) se smrtí nejsem smířen/a

8. Máte pocit, že jste z tělesného či duševního utrpení získal/a něco hodnotného do života? Pokud ano, uveďte co.

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

9. Je pro Vás těžké hovořit o Vašich duchovních potřebách?

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

10. Pokud jste odpověděl/a v předchozí otázce ANO nebo SPÍŠE ANO, uveďte z jakého důvodu je pro Vás obtížné o duchovních potřebách hovořit.

.....
.....

11. Kdo Vám během hospitalizace nejvíce pomáhá v naplnění Vašich duchovních potřeb?

- a) partner/ka
- b) rodina
- c) přátelé
- d) zdravotní sestry
- e) psycholog
- f) pastorační pracovník
- g) ostatní personál nemocnice
- h) jiné.....

12. Považujete za důležité, aby se zdravotní sestry zajímaly o Vaše duchovní potřeby?

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

13. Považujete zájem zdravotních sester o Vaše duchovní potřeby za dostatečný?

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

14. V čem Vám zdravotní sestry mohou pomoci v naplnění duchovních potřeb?

(vyberte jednu nebo více odpovědí)

- a) naslouchání, porozumění
- b) častější komunikace
- c) zařídit návštěvu pastoračního pracovníka
- d) zařídit kontakt s psychologem, psychoterapeutem
- e) poslech duchovní hudby
- f) zapůjčení literatury a časopisů s náboženskou a duchovní tematikou
- g) nechci pomoci od zdravotních sester
- h) jiné.....

Děkuji za spolupráci.