

# OBSAH

|  |    |
|--|----|
| OBSAH.....   | 6  |
| ÚVOD.....  | 8  |
| 1. SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÉHO V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU | 10 |
| 1.1. HOLISTICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....                  | 10 |
| 1.2. POJEM POTŘEBY ČLOVĚKA .....                           | 10 |
| 1.2.1. Hierarchie potřeb podle Maslowa.....                | 11 |
| 1.2.2. Vliv potřeb na život člověka.....                   | 12 |
| 1.3. POTŘEBY NEMOCNÉHO ČLOVĚKA.....                        | 13 |
| 1.3.1. Biologické potřeby.....                             | 13 |
| 1.3.2. Psychické potřeby .....                             | 13 |
| 1.3.3. Duchovní potřeby .....                              | 13 |
| 1.4. OBJASNĚNÍ POJMŮ .....                                 | 15 |
| 1.4.1. Spiritualita.....                                   | 16 |
| 1.4.2. Religiozita.....                                    | 16 |
| 1.4.3. Pastorační péče .....                               | 17 |
| 1.4.4. Spirituální péče .....                              | 17 |
| 1.4.5. Nemocniční kaplan .....                             | 18 |
| 2. DIAGNOSTIKA SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB.....                   | 19 |
| 2.1. CO JE SPIRITUÁLNÍ POTŘEBOU.....                       | 19 |
| 2.2. POSUZOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB .....                 | 21 |
| 2.2.1. Duchovní zdraví.....                                | 22 |
| 2.2.2. Duchovní nouze .....                                | 23 |
| 2.3. DUCHOVNÍ NOUZE V TAXONOMII NANDA INTERNATIONAL .....  | 24 |
| 2.3.1. Diagnostika duchovní nouze.....                     | 25 |

|   |    |
|---|----|
| 2.3.2. Diagnostika rizika duchovní nouze.....           | 26 |
| 3. ŘEŠENÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB – SPIRITUÁLNÍ PÉČE ..... | 28 |
| 3.1. LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ SPIRITUÁLNÍ PÉČE.....       | 28 |
| 3.2. INDIKACE SPIRITUÁLNÍ PÉČE .....                    | 29 |
| 3.3. FORMY SPIRITUÁLNÍ PÉČE .....                       | 30 |
| 3.4. PŘEKÁŽKY V POSKYTOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍ PÉČE .....      | 31 |
| 3.4.1 Nedostatek znalostí a předsudky.....              | 31 |
| 3.4.2. Nedostatek zkušeností a vzdělání .....           | 32 |
| 3.4.3. Nedostatek času .....                            | 33 |
| 3.4.4. Nedostatečné definování kompetence .....         | 33 |
| 3.5. KDO MŮŽE POSKYTNOUT SPIRITUÁLNÍ PÉČI .....         | 34 |
| 3.5.1. Týmová práce .....                               | 34 |
| 3.5.2 Role lékaře .....                                 | 35 |
| 3.5.3. Role sestry.....                                 | 35 |
| 3.5.4. Role kaplana .....                               | 37 |
| 3.5.4.1. Zkušenost s působením kaplana.....             | 39 |
| 3.5.5. Psycholog.....                                   | 41 |
| 3.5.6. Rodina, přátelé.....                             | 41 |
| 3.5.7. Dobrovolníci .....                               | 42 |
| 3.6. MOŽNOSTI DALŠÍHO ROZVOJE.....                      | 42 |
| ZÁVĚR .....   | 44 |
| BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE .....              | 47 |

# ÚVOD

Práce je věnována problematice spirituálních potřeb nemocných. Hledá odpověď na otázku, jaké spirituální potřeby mají nemocní a jakou roli může v jejich diagnostice a řešení zastávat sestra.

Spirituální potřeby nemocných byly v našem zdravotnictví dlouho tématem, o kterém se nehovořilo. S rozvojem moderního ošetrovatelství se činnost sester zaměřuje nejen na nemoc, ale více na celého člověka – tedy jeho biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby. V praxi však právě spirituální potřeby zůstávají stále poněkud stranou. Bývají považovány za osobní záležitost týkající se jen věřících pacientů, jejich význam je často podceňován a povědomí o této oblasti není u zdravotníků ani pacientů velké. Duchovní rozměr ale mají všichni lidé, a právě v období vážné nemoci často spirituální potřeby nabývají na důležitosti. Pokud nejsou uspokojeny, mohou zásadním způsobem ovlivnit celkový stav pacienta. V našich nemocnicích se péče o spirituální dimenzi člověka teprve rozvíjí, a to pomalu a složitě. (Kalvínská, 2009, s. 2) Tato práce chce přispět k pochopení spirituální dimenze pacientů, jejího vlivu na celkový stav nemocného a k hledání role sestry v této oblasti.

Práce si klade za cíl:

- Předložit poznatky o důležitosti začlenění péče o spirituální potřeby nemocných do ošetrovatelského procesu.
- Předložit poznatky o různých podobách spirituálních potřeb, jejich projevech a možnostech diagnostiky.
- Předložit poznatky o možných způsobech spirituální péče a úloze, kterou má v této oblasti zastávat sestra.

Jako vstupní literatura pro téma práce byly prostudovány tyto publikace:

- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo 1*, 1. vydání, Martin: Osveta, 1995. 836 s., ISBN 80-217-0528-0
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha:

Grada Publishing, a.s., 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.

- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, Praha: ECCE HOMO, 2003. ISBN 80-902049-4-5
- TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vydání. Brno: MIKADAPRESS spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-7013-324-4.

Následně byla provedena rešerše odborných článků v elektronických databázích. Při vyhledávací strategii byla použita tato klíčová slova: *potřeby spirituální, potřeby duchovní, spiritualita, péče spirituální, kaplan nemocniční, péče pastorační*. Vyhledávání bylo časově omezeno od r. 2002 do r. 2010 a zvoleny jazyky český a slovenský.

Nejvíce odborných článků (celkem 56) poskytla databáze *BMČ – Bibliographia Medica Čechoslovaca*. Z tohoto počtu bylo následně ke zpracování textu použito 18 článků. Dalších 38 článků nebylo použito pro jejich zaměření pouze na specifické skupiny pacientů, nebo se informace v nich obsažené opakovaly.

Další vyhledávání proběhlo v souborném metakatalogu *Jednotná informační brána CASLIN*. Zde byly nalezeny 4 články, z nichž ke zpracování textu byl použit jeden.

Použití vyhledávače Google počet relevantních článků doplnilo o 3 další.

K vyhledávání zahraničních zdrojů posloužila databáze *PubMed – MEDLINE* s použitím limitů *sesterské časopisy a free full text*, nalezen byl 1 článek.

Takto shromážděné zdroje poskytly dostatek informací pro zpracování Přehledu publikovaných poznatků, který obsahuje tři části.

První část se zabývá holistickým pohledem na potřeby člověka, hierarchií potřeb a jejich vlivem na život. Specifikuje spirituální potřeby a objasňuje terminologii používanou v této oblasti.

Druhá část je věnována diagnostice spirituálních potřeb. Definuje, co jsou spirituální potřeby a jak je lze posoudit. Přibližuje stav duchovního zdraví, duchovní nouze a možnost jejich diagnostiky pomocí taxonomie *NANDA International*.

Třetí část poskytuje informace o řešení spirituálních potřeb – spirituální péči. Ukazuje na možné formy této péče, ale také překážky bránící jejímu poskytování. Zjišťuje, kdo může spirituální péči poskytovat a jakým způsobem se na ní může a má podílet sestra.

# 1. SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY NEMOCNÉHO V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Moderní ošetřovatelství je humanitní věda, která vychází z filozofie holistického přístupu k člověku a jeho potřebám. Cílem ošetřovatelství je dosáhnout optimálního fyzického, duševního, sociálního a duchovního stavu člověka. Ošetřovatelská teorie i praxe vychází z rozboru potřeb nemocného člověka a snaží se nalézt ty, s jejichž naplněním potřebuje nemocný pomoci. Tímto pojetím vzniká systém péče, ve kterém je pacient skutečným středem veškeré snahy zdravotníků. (Šimek, 2006, s. 102) Nemoc se projevuje ve všech dimenzích lidské osoby a jestliže si uvědomíme vzájemné vazby mezi nimi, pochopíme, že ošetřovatelská péče se musí týkat celého člověka. (Němcová, 2010, s. 26) Ošetřovatelský proces se tedy zaměřuje více na člověka jako na celostní bytost, než na samotnou nemoc.

## 1.1. HOLISTICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

To, jak sestra vnímá lidskou bytost, ovlivňuje zaměření ošetřovatelských činností. Většina sester se ztotožňuje s názorem, že lidé jsou bytosti bio-psycho-sociálně-spirituální, ale mají odlišné názory na lidskou bytost jako příjemce ošetřovatelských služeb. (Kozierová, 1995, s. 66)

Sestra, která poskytuje skutečně holistickou ošetřovatelskou péči, pečuje o celého člověka (včetně jeho nejbližších), pohlíží na něj jako na jedinečnou celistvou bytost se všemi čtyřmi dimenzemi. Protože každá nemoc zahrnuje jak fyziologické, tak psychologické faktory, účinná pomoc nemocnému také musí zahrnovat jak somatický, tak psychologický ošetřovatelský zásah. (Mastiliaková, 1999, s. 33 – 34)

## 1.2. POJEM POTŘEBY ČLOVĚKA

Potřeba – je něčím, co člověk nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Je projevem chybění něčeho, nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku totiž ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, jeho emoce, myšlení i vůli. Lidské

potřeby nejsou neměnné, v průběhu života se vyvíjí a kultivují, mění se z hlediska kvality i kvantity a jsou do značné míry ovlivňovány kulturou. Je důležité pochopit, že všichni lidé mají společné potřeby, ale každý je vyjadřuje a uspokojuje jiným, naprosto individuálním způsobem. Stejně tak individuální je i psychická odezva neuspokojené potřeby. (Trachtová, 2001, s. 10, 19 )

Jako teoretický základ pro rozbor potřeb člověka je nejčastěji používána Maslowova teorie potřeb.

### 1.2.1. Hierarchie potřeb podle Maslowa

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908–1970) se potřebami člověka podrobně zabýval. Vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická klasifikace potřeb člověka. Každý jedinec má podle něj individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádan. Některé z motivů jsou silnější než jiné, z těch silných jsou pak některé nejsilnější. Do hierarchie potřeb zařadil potřeby filozofické, potřeby bezpečí, uznání a seberealizace.

Zároveň o lidských potřebách říká: „Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“. (Trachtová, 2001, s. 14)

Maslow vytvořil přehledné hierarchické uspořádání - tzv. *Pyramidu potřeb* a v tomto systému seřadil potřeby člověka podle naléhavosti. (viz obr. č. 1)



obr. č. 1 (Trachtová, 2001, s. 14)

Potřeby člověka rozdělil na *nižší* – ty umístil do spodních pater pyramidy. Řadí k nim *potřeby fyziologické* – vzduch, potravu, vodu, přístřeší, odpočinek a spánek, činnost a udržování teploty a *potřebu bezpečí*. Tato potřeba má dvě stránky. Člověk chce být v bezpečí (fyzickém) a cítit se bezpečně (emocionální touha po jistotě, důvěře, spolehlivosti). (Kozierová, 1995, s. 67)

*Vyšší potřeby* jsou zařazeny do vyšších pater pyramidy – např. potřeba sounáležitosti a lásky (milovat být milován), potřeba uznání a sebeúcty, potřeba kognitivní (poznávat, rozumět), potřeby estetické (potřeba symetrie, krásy) a potřeba seberealizace.

Uvedl také, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládnu a zvítězí nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Teprve když jsou uspokojeny potřeby nižší, mohou chování člověka ovlivňovat potřeby vyšší. (Trachtová, 2001, s. 14)

K vyšším potřebám dále řadí Maslow tzv. *metapotřeby* nebo také potřeby růstu. Patří k nim potřeby poznání, spravedlnosti, porozumění, smysluplnosti a další. Ve srovnání se základními potřebami jsou tyto méně naléhavé, ale jejich uspokojování vede k vývoji pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti. (Trachtová, 2001, s. 14) Pokud však nejsou tyto metapotřeby uspokojeny, člověk pociťuje „nemocnou duši“. (Kozierová, 1995, s. 66)

Takovou metapotřebou je také potřeba transcendence, kterou Maslow vysvětluje jako touhu přesáhnout sebe sama, potřebu vyššího duchovního života, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Tím člověk přesahuje svoji osobnost a obrací se k Bohu. (Trachtová, 2001, s. 15)

### **1.2.2. Vliv potřeb na život člověka**

A. H. Maslow uvedl několik důležitých poznatků o vlivu uspokojení potřeb na kvalitu života a zdravotní stav člověka.

Lidé, kteří mají uspokojeny základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější.

Uspokojení vyšších potřeb vede k hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života.

Žítí na úrovni vyšších potřeb vede k delšímu životu, menšímu počtu nemocí, lepšímu spánku a chuti k jídlu.

Ti, u nichž došlo k uspokojení obou druhů potřeb, si obvykle cení vyšších potřeb více než nižších.

Čím je potřeba vyšší, tím méně je důležitá pro pouhé přežití, tím déle také může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se tato potřeba trvale ztrácí. (Trachtová, 2001, s. 16-17)

### **1.3. POTŘEBY NEMOCNÉHO ČLOVĚKA**

Nemoc je jedním z faktorů, které znesnadňují, narušují nebo mění způsob uspokojování potřeb člověka. Zároveň se mění i způsob, jakým člověk potřeby vyjadřuje. V průběhu nemoci se mění také priority potřeb. V období akutní nemoci nemocný často zaměřuje veškerou pozornost na potřeby biologické (na přežití) a potřebami vyšší úrovně se nezabývá. (Trachtová, 2001, s. 16 – 17)

#### **1.3.1. Biologické potřeby**

Do kategorie *biologických potřeb* patří vše, co potřebuje nemocné tělo – přijímat potravu – někdy i specifickým způsobem upravenou, zbavovat se produktů metabolismu, potřebuje kyslík, spánek, tišení bolesti atd. O většinu těchto biologických potřeb bývá většinou odborně dobře pečováno. (Mašát, 2006, s. 103)

#### **1.3.2. Psychické potřeby**

Když jsou uspokojeny fyzické potřeby, nemocný pociťuje i potřeby *vyšší úrovně*, např. potřebu bezpečí, úcty, seberealizace. (Kozierová, 1995, str. 67-70) Má potřebu respektu ke své lidské důstojnosti, potřebuje komunikovat a být v kontaktu se svým okolím, cítit lásku a sounáležitost. Tyto potřeby můžeme označit jako *potřeby psychologické*. (Mašát, 2006, s. 104)

#### **1.3.3. Duchovní potřeby**

Většina autorů se shoduje, že v závěrečné fázi nemoci nabývají velmi často na



důležitosti *potřeby spirituální*. (Svatošová, 2008, s. 19) V určité chvíli se tyto potřeby mohou stát velmi výraznými a mohou člověku ztěžovat a komplikovat zvládání jeho zdravotního stavu. Tento druh potřeb byl v naší společnosti ještě donedávna tabu. Ani dnes není toto téma příliš známé jak mezi zdravotníky, tak mezi pacienty. Řada prací psychologů i lékařů dnes zjišťuje, jaký vliv má spiritualita na naše zdraví a proto péče o spirituální potřeby nemůže být opomíjena, protože je důležitou součástí péče, zvláště o vážně nemocné. (Mašát, 2006, s. 104; Opatrná, 2006, s. 108)

Výzkumy prováděné v zahraničí i u nás potvrzují, že spirituální potřeby mohou být jednou z příčin klinicky závažného prožívání a chování pacienta, obzvláště ve vážném chronickém nebo terminálním stavu. (Kalvínská, 2009, s. 18) Přesto je spiritualita stále oblastí problematickou. Spirituální potřeby bývají zaměňovány za potřeby psychologické a jejich význam je podceňován. (Svatošová, 2008, s. 134) Čermáková píše, že i člověk, který zdánlivě nevnímá okolí, má své duchovní potřeby. Musíme tedy předpokládat větší duchovní potřeby a děje, než se nám na první pohled zdá. (Čermáková, 2004, s. 323)

Jak dále uvádí Svatošová, většina lidí, včetně zdravotníků, se domnívá, že spirituální potřeby se týkají pouze věřících nemocných. Skoro lze říct, že opak je pravdou. Věřící nemocní jistě mají spirituální potřeby, ale také ví, co dělat. Lidé, kteří nepatří k žádnému náboženství, se často právě v průběhu vážné nemoci začínají zabývat otázkami smyslu vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že jeho život měl a do poslední chvíle má smysl. Potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, má také sám potřebu odpouštět. Pokud není naplněna tato potřeba smysluplnosti, vzniká stav duchovní nouze a člověk tím trpí. (Svatošová, 2008, s. 21)

Křivohlavý z pohledu psychologa k tomuto tématu píše, že spirituální a náboženské směřování pacienta mu může být pomocí ve zvládání jeho zdravotních problémů. Existuje již dostatek dokladů a pozitivním vlivu víry na zvládání těžkostí spojených s nemocí. Jestliže před těmito skutečnostmi zavřeme oči, těžko si můžeme odpovědět na otázku, zda nám jde v péči o pacienta o celého člověka, nebo jen jeho část. Zároveň však konstatuje, že zatím co o tělesné stránce pacienta toho zdravotníci vědí mnoho, o psychické málo. A tam, kde jde o duchovní stránku člověka, se toho ví ještě méně. (Křivohlavý, 2004, s. 79, 84)

#### 1.4. OBJASNĚNÍ POJMŮ

V našem prostředí se s pojmem *spirituální potřeby* setkáváme až v devadesátých letech 20. století. Do této doby se existence takových potřeb v souladu s oficiální filozofií nepřipouštěla. (Mellanová, 2004, s. 76). Jak uvádí Šimek, zdravotnická zařízení fungovala spíše jako opravárenské dílny lidského těla, do jejichž kompetence nic jiného nepatří. Občas byla brána v úvahu psychika, protože psychická nepohoda kazila jinak bezchybnou opravu těla. Duchovní svět člověka však zůstával zcela stranou. (Šimek, 2006, s. 102)

S příchodem zahraniční literatury do univerzitních knihoven se objevil termín *spiritual needs* nebo *human spiritual level* a také problém, jak tato slovní spojení přeložit do češtiny. Někteří překladatelé používali výraz *psychický* nebo *duševní* a potom bylo těžké pochopit, o jakém typu potřeb se vlastně mluví, konstatuje Mellanová. Později se v překladech rozšířil přesnější termín *duchovní potřeby*, ty ovšem stále byly vnímány jen ve vztahu k víře v Boha, zajištění kontaktu s představitelem nějaké církve nebo určitého církevního obřadu. Do jisté míry toto pojetí přetrvává dodnes. Sestry často během vstupního rozhovoru používají jednoduchý algoritmus: věřící – nevěřící, pokud je věřící, zjistit jakého vyznání, pokud je nevěřící, nemá duchovní potřeby. (Mellanová, 2004, s. 76)

Na problém v překladu pojmů upozorňuje také Opatrná. Po období totality, kdy byla oblast spirituality a religiozity tabu, se některé významy slov posunuly a pro některá přejatá slova nemáme ani dnes vhodný český ekvivalent. (Opatrná, 2006, s. 105)

Mellanová také vnímá, že používání pojmů duchovní, duševní, spirituální je velmi volné a neujasněné. Často se mezi duchovní potřeby řadí zúženě jen účast na bohoslužbě nebo dosažitelnost bible a církevních svátostí. Nepřesné také je, řadit do této skupiny pojmy jednoznačně psychologické, např. emoce, postoje, hodnoty, životní orientace a další.

Překrývání těchto pojmů pak vede k nedorozuměním. Základním předpokladem pro komunikaci o tématu spirituálních potřeb je proto objasnit jednoznačný význam používaných slov. (Mellanová, 2004, s. 76)

### 1.4.1. Spiritualita

Pochází z latinského slova *spiritualis*, *spiritus* (dech nebo duch), spirituální lze tedy přeložit jako duchovní nebo duševní. Existuje však velké množství definic spirituality, které jsou navzájem odlišné a různorodé. (Mašát, 2006, s. 103)

Podle slovníku Wikipedie znamená spiritualita životní praxi, způsob vnímání a osobního zacházení s tím, co člověka přesahuje. Například hledání smyslu, vyrovnání se sebou samým, s druhými a se světem. (<http://cs.wikipedia.org>)

Stoll popisuje duchovnost - spiritualitu jako dvojdímní pojmu:

- Vertikální dimenze – vztah k Bohu nebo jiné vyšší moci, která řídí život člověka.
- Horizontální dimenze – vztah člověka k sobě samému, druhým, k prostředí, ve kterém žije. Tyto dvě dimenze se stále prolínají (Kozierová, 1995, s. 777).

Křivohlavý k pojmu spiritualita upřesňuje, že latinské *spiro*, *spirare* je možné přeložit také jako *vánek*, který od odněkud někam věje, nadšení pro něco - vzlet určitým směrem. Jedná se vlastně o to, oč danému člověku jde, kam to má v životě zaměřeno, co má pro něj nejvyšší hodnotu – tedy obecně, jaký je smysl jeho života. Pokud si klademe takové otázky, hovoříme o spiritualitě. A tu má každý z nás, bez výjimky. Patří do genetického vybavení člověka. Je velmi důležité pochopit „oč danému pacientovi jde“, pokud nám toto unikne, může se nám pacient stát bezduchým předmětem, pouhým objektem našich výkonů. (Křivohlavý, 2004, s. 78, 84)

Škrlová uvádí další možnou definici, říká, že spiritualita je považována za hnací sílu v životě jedince, která dává všem aspektům života smysl, a v jejím středu je vždy naděje. (Škrlová, 2002, s. 7)

Pojmy *spirituální* a *duchovní* jsou synonyma.

### 1.4.2. Religiozita

Je odvozeno od latinského *religio* – náboženství. Význam slova religiozita je tedy užší, vyjadřuje příslušnost k nějakému náboženství.

Lze rozlišovat religiozitu tzv. vnějškovou – extrinickou a zvnitřněnou – intrinickou. Vnitřní forma náboženství je víra z vlastního svobodného rozhodnutí člověka, která je

zakořeněna v jeho nitru. Vnější forma je religiozita, která nevychází z vnitřního přesvědčení, ale například z přání rodiny, společenského kontextu atd. (Křivohlavý, 2004, s. 78)

### **1.4.3. Pastorační péče**

Pojem „pastorační“ pochází z latinského *pascere* (sytit), a z něj vzniklo také označení *pastor*, tedy duchovní protestantských církví. Na velkou nejednotnost v používání termínů *pastorační péče* a *spirituální péče* upozorňuje Opatrná. Někteří autoři podle ní nadřazují pojem pastorační péče nad péči o potřeby spirituální i religiózní a domnívají se, že se jedná o zastřešující termín. (Opatrná, 2006, s. 105)

Opatrný definuje pastorační péči takto: „Takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.“ (Opatrný, 2001, s. 8) Mašát k tématu pastorační péče uvádí, že jde o péči o duchovní směřování lidí, která je organizovaná církví. Nejde v ní jen o úlevu od obtíží, ale o spásu duše. V případě pastorační péče je také je jasně definován odborník, který tuto péči poskytuje – kněz, nebo jím pověřený laik. Je tedy vhodné odlišit péči pastorační od péče spirituální, i když mnohdy mohou splývat. (Mašát, 2006, s. 103-104)

### **1.4.4. Spirituální péče**

Němcová uvádí definici spirituální péče, která vychází z dokumentů České lékařské společnosti J. E. Purkyně. „Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně zvládnout obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky přiměřené zvyklostem klientů. Tuto péči poskytují odborně vzdělaní pracovníci (Němcová, 2010, s. 28).

Pokud mluvíme o *spirituální péči* ve zdravotnictví, je to tedy péče o duchovní potřeby

pacienta a také jeho blízkých (Opatrná, 2006, s. 105). Mellanová upozorňuje, že duchovní potřeby zahrnují celý komplex hodnot, jde tedy o oblast širokou a hlavně společnou všem lidem, jak věřícím, tak i tzv. ateistům (Mellanová, 2004, s. 76).

Podrobněji se obsahem pojmů spirituální potřeby a spirituální péče zabývá další část práce.

#### **1.4.5. Nemocniční kaplan**

Z latinského *capellanus* – duchovní vázaný na kapli. Kaplan je podle kanonického práva katolické církve kněz, kterému je svěřena pastorační péče o některé společenství nebo zvláštní skupinu křesťanů, např. v nemocnicích, armádě nebo ve věznicích. V současné době dochází k určitému posunu a tímto termínem je označován člověk, který má patřičné vzdělání a pověření od církve, jejímž je členem, aby vykonával pastorační péči v nemocnicích.

## 2. DIAGNOSTIKA SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB

Jak už bylo uvedeno, problematika spirituality není v našem zdravotnictví příliš rozšířená a ani terminologie v oblasti spirituálních potřeb není stále zcela jasná. Nelze se tedy divit, že sestry, od kterých se očekává, že budou poskytovat holistickou péči, často neví, co se skrývá za pojmem spirituální potřeby, jakým způsobem se vůbec projevují a jak lze tyto potřeby odhalit.

Na tento problém upozorňuje Kudlová. Píše, že není snadné spirituální potřeby nemocného rozpoznat. Často bývají zamaskovány různými typy chování. Ale je to právě sestra, která je s nemocným v kontaktu nejvíce a pokud respektuje, že duchovní rozměr patří k člověku stejně jako tělesný a psychický, může nesaturovanou spirituální potřebu identifikovat. Pak ovšem nastává další problém, protože personál mnohdy neví, jak na tuto odhalenou potřebu reagovat. (Kudlová, 2006, s. 346)

### 2.1. CO JE SPIRITUÁLNÍ POTŘEBOU

Shelly a Fish definují duchovní potřeby jako:

- a) potřebu smyslu a účelu
- b) potřebu lásky a sounáležitosti
- c) potřebu odpuštění. (Kozierová, 1995, s. 777)

Někteří autoři jsou přesvědčeni, že tyto potřeby jsou společné všem lidem. V rámci ošetrovatelství je snad nejznámější výrok Murraye a Zentera z roku 1989: “Zdá se, že v každé lidské bytosti je spirituální dimenze, hodnota, jež přesahuje náboženské začlenění, která usiluje o inspiraci, úctu, respekt, smysl a účel dokonce i u těch, kteří nevěří v Boha“. (Kalvínská, 2009, s. 18)

Němcová odkazuje na studii slovenské autorky Prášilové, která jako duchovní potřeby uvádí např. tyto

Potřeba přijetí – všichni lidé chtějí někam sociálně patřit, a to i v nemocnici. Uvědomují si, že je nemoc vyřadila ze zaběhnutého způsobu života, potřebují někomu říct, že jejich život byl a je důležitý. Pacient touží být akceptován jako hodnotný člověk i se svou nemocí.

*Potřeba důstojnosti* – každý člověk má právo na úctu a respektování jeho důstojnosti.

*Potřeba naděje* – je důležitá v každé fázi nemoci i když její obsah se může měnit. (naděje na uzdravení, naděje na bezbolestné umírání, naděje na posmrtný život.)

*Potřeba společnosti* – nebýt a necítit se sám, potřeba přítomnosti rodiny, blízké osoby nebo doprovázejícího, potřeba kontaktu s Bohem skrze duchovní život, účasti na bohoslužbě.

*Potřeba samoty* – stejně jako potřebuje člověk společnost, potřebuje i spočinout v tichu, být se sebou samým, s Bohem.

*Potřeba být vyslyšen* – pacient potřebuje někoho, kdo trpělivě naslouchá jeho nářkům, výčtkám vůči osudu, Bohu.

*Potřeba pravdivosti* – pacient dobře vycítí přetvářku a zatajování informací. Potřebuje, aby se mluvilo s ním a o něm před ním.

*Potřeba vnitřního klidu* – klidnou a pokojnou atmosféru může podpořit povzbuzení od nemocničního týmu, rodiny a blízkých.

*Potřeba odpuštění* – nemocný se potřebuje vyrovnat s minulostí, aby mohl lépe čelit budoucnosti, umírání a smrti.

*Potřeba dovolení zemřít* – v určitou chvíli pacient cítí potřebu vyslovit před sebou i ostatními, že už chce zemřít. Potřebuje aby okolí přijalo jeho stav a jeho rozhodnutí a bylo mu oporou v dovršení životní pouti.

*Potřeba smíření* – znamená smířit se se sebou samým, průběhem a náplní svého života, odpustit si skutky z minulosti, smířit se s lidmi a v případě věřících i s Bohem.

*Potřeba autonomie* – pacient potřebuje projevovat svoji autoritu, mít vliv na svůj život, potřebuje pravdivé informace aby mohl rozhodovat o svém dalším životě. Touží zůstat co nejdéle nezávislým, být zahrnutý do rodinných aktivit i v nemoci.

*Potřeba projevít šlechetnost* – někdy chtějí lidé na konci života přispět k dobru ostatních, rozhodnou se darovat orgány nebo darují peněžitou částku oddělení, kde jsou hospitalizováni.

*Potřeba záchrany, spásy* – nemocný touží setkat se se svými blízkými na onom světě, touží po věčném životě, odměně za snášení utrpení. (Němcová, 2010, s. 26-27)

## 2.2. POSUZOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB

Posoudit, zda nemocný má problémy v oblasti spirituálních potřeb není snadné. Pacienti sami o tom většinou nemluví a personál se na ně cíleně neptá. Při odebírání ošetrovatelské anamnézy se převážně spokojí se zjištěním, zda je pacient věřící, případně jakého náboženství.

Aby sestra byla schopna odhalit spirituální potřebu, musí umět komunikovat a také mít dobré pozorovací schopnosti, musí více vnímat, co pacient říká nebo spíše naznačuje pomocí různých signálů. Toto zachycení signálů je možné přirovnat k situaci, kdy člověk v nouzi vysílá SOS pomocí morseovky. Kdo tuto dorozumivací techniku nezná, nemůže poznat, že jde o volání o pomoc. Je tedy potřebné, aby se sestra seznámila s různými projevy a signály spirituálních potřeb a naučila se je rozpoznat.

Jednou z možností, jak odhalit nenaplněnou spirituální potřebu jsou dotazníky. Nemcová upozorňuje na některé problémy, se kterými se můžeme při jejich použití setkat. Přestože v odborné literatuře existuje několik takových hodnotících nástrojů, nemusí vždy zajistit požadovaný výsledek. Jsou dotazníky, které se snaží objektivně hodnotit duchovní potřeby, ale nezohledňují kvalitu vztahů, jiné se více zaměřují na abstraktní vlastnosti lidí než na praktickou stránku. Někdy dotazováním může sestra vyvolat reakci pacienta, kterou pak nedovede zvládnout. (Nemcová, 2008, s. 27)

Hodnocení duchovních potřeb je nutné provádět opatrně. Musí být vždy dialogem, ne pouhým zaškrtáváním políček. Pokud použijeme dotazník, má být pouze nástrojem, který nám pomůže zahájit rozhovor na toto téma a také pacientovi signalizuje, že může na toto téma hovořit. Je také nezbytné si uvědomit, že posouzení nesmí být jen jednorázovou záležitostí, ale kontinuálním procesem.

V posuzování duchovních potřeb můžeme například položit pacientovi následující otázky:

- Změnila nemoc vaše priority – místa, věci nebo životní otázky, které jsou pro vás důležité?
- Ovlivnila nemoc vaše rodinné a jiné vztahy ?
- Změnila nemoc váš pohled na sebe sama, na život?
- Které z těchto změn jsou pro vás nejvýznamnější?
- Jaké je vaše největší přání nebo touha v této fázi života?



Na základě těchto informací je pak možné hovořit o dalších tématech – rekapitulace života, úzkost, obavy, náboženství, potřeba komunikace s duchovním, modlitba. (Nemcová, 2008, s. 27)

Posouzení spirituálních potřeb by však sestra měla provádět až poté, kdy si vytvoří určitý vztah s pacientem. Její pozornost se má zaměřit více na vnímání skutečných potřeb, než na náboženské obřady a úkony. (Kozierová, 1995, s. 782) Takové hodnocení vyžaduje umění vést rozhovor, osobní zájem o pacientův životní příběh, ale také vědomí, že na něj nemůžeme naléhat a předpokládat, že máme na tyto informace právo. V procesu hodnocení je také nutné určit, které potřeby mohou uspokojit odborníci a jaké další zdroje a možnosti pacient má. (O'Connor, 2005, s. 77)

Pravdou je, že dobrá profesionální diagnostika duchovního stavu pacienta je v naší zdravotnické praxi zatím hubbou budoucnosti. (Křivohlavý, 2004, s. 85)

### **2.2.1. Duchovní zdraví**

Abychom mohli hovořit o problémech v oblasti spirituálních potřeb, je dobré nejdříve pochopit, jak se projevuje stav uspokojení, tedy duchovní zdraví, pohoda.

NANDA International vysvětluje termín *duchovní pohoda* jako schopnost dát životu význam, hodnotu a účel – cíl. Jejich výsledkem je harmonie a spokojenost. Vede ke stvrzení života ve vztazích s komunitou, prostředím, se sebou samým i s Bohem. (Němcová, 2010, s. 26)

Několik definic duchovního zdraví předkládá i Kozierová.

„Duchovní zdraví je pocit jedince, že je celkově zdravý, užitečný a spokojený“. (Ellison) „Duchovní blaho je způsob života nebo životní cesta, která nahlíží na život a prožívá ho jako užitečný a příjemný, vyhledává možnosti svobodného výběru život udržujících a život obohacujících nabídek, hluboce se zakořeňuje do duchovních hodnot a náboženské víry“. (Pilch in Kozierová, 1995, s. 783)

Čermáková uvádí jednoduchou a výstižnou definici, že duchovní zdraví se u člověka projevuje jako chuť žít. Tato chuť žít pomáhá pacientům bojovat s nemocí a proto je nutné o duchovní zdraví nemocných pečovat. (Čermáková, 2004, s. 327)

Každý člověk potřebuje mít *víru* a *smysl* svého života. Pomocí těchto potřeb lze

definovat základní znaky duchovního zdraví podle Němcové takto.

- *Potřeba vlastního významu a účelu v životě* – duchovní zdraví se projevuje spokojeností s dosavadním životem, životem v souladu se systémem svých hodnot v minulosti i současnosti, vyjádřením naděje a plánováním budoucnosti.
- *Potřeba přijímat lásku* – člověk v duchovní pohodě vyjadřuje důvěru ve zdravotnický tým, naději na posmrtný život, pocit že je milován lidmi i Bohem, projevuje přání účastnit se náboženských obřadů.
- *Potřeba rozdávat lásku* – hledá dobro pro jiné, vyjadřuje jim lásku činy.
- *Potřeba naděje a tvořivosti* – reálně hodnotí svůj zdravotní stav, chce o něm být pravdivě informován a v otázce zdraví si klade reálné cíle. Užitečně využívá čas nemoci či hospitalizace.

### 2.2.2. Duchovní nouze

Ošetřovatelskou diagnózou vztahující se k problémům v oblasti duchovního zdraví je diagnóza *duchovní nouze*.

Duchovní nouzi je možné definovat jako: „Narušení životního principu, který proniká celou lidskou bytostí a integruje a transcenduje biologickou a psychologickou podstatu jedince.“ (Kim, McFarland, McLane, 1989) Jiná definice hovoří o duchovní nouzi jako o stavu, kdy má jedinec reálně či potenciálně narušenou víru v systém hodnot, které mu poskytují sílu, naději a smysl života. (Carpentio, 1989; Kozierová, 1995, s. 784)

Autor O'Brien rozděluje duchovní nouzi do dalších subkategorií:

- *Duchovní bolest* – obtíže při smíření se ztrátou milované osoby nebo velké utrpení (fyzické či emocionální)
- *Duchovní odcizení* – odtržení od náboženské společnosti
- *Duchovní úzkost* – pochybnosti o názorech či hodnotovém systému (morálně-etické otázky léčby, potrat, transfuze apod.)
- *Duchovní vina* – selhání ve věrnosti náboženským pravidlům
- *Duchovní hněv* – problémy s akceptováním nemoci nebo utrpení

- *Duchovní ztráta* – problémy s nacházením pohody v náboženství
- *Duchovní zoufalství* – pocit nezájmu o vlastní osobu (Kozierová, 1995, s. 784)

V klinickém posuzování, jak píše Kozierová, může být duchovní nouze odhalena několika způsoby, pokud jsme dostatečně všímaví k jejím projevům.

Je vhodné se zaměřit zvláště na tyto:

- *Projevy a postoje* – pacient se jeví osamělý, deprimovaný, zlostný, úzkostný, agitovaný, apatický či duchem nepřítomný?
- *Chování* – často si stěžuje, vyžaduje velké dávky sedativ, bloudí v noci po chodbách, má noční můry nebo poruchy spánku, nevhodně žertuje?
- *Verbalizace* – vyjadřuje strach ze smrti, zajímá se o smysl života, význam utrpení, ptá se na morálně-etické záležitosti léčby?
- *Mezilidské vztahy* – jak reaguje na návštěvy, jaký má vztah ke spolupacientům a zdravotnickému personálu?
- *Prostředí* – má pacient u sebe bibli nebo jinou náboženskou literaturu, růženec a podobně? (Kozierová, 1995, s. 784-785)

### **2.3. DUCHOVNÍ NOUZE V TAXONOMII NANDA INTERNATIONAL**

Pojem duchovní nouze se vyskytuje také mezi ošetřovatelskými diagnózami v diagnostické klasifikaci NANDA International. Diagnostický systém NANDA International pomáhá specifikovat problém – ošetřovatelskou diagnózu - na základě diagnostických prvků - určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů a definic diagnóz . Použitím diagnostického algoritmu je možné odhalit, zda stav potřeb klienta v dané oblasti je v normě, nebo z ní vybočuje. (Marečková, 2006, s. 17)

V doméně 10 - *Životní princip* jsou obsaženy diagnózy týkající se lidské potřeby preference určitého myšlení a chování, názoru, mínění a očekávání a rovnováhy mezi hodnotami a činy. Diagnózy Duchovní nouze a Riziko duchovní nouze jsou zařazeny ve třídě *Soulad hodnot, přesvědčení a činů*.

### **2.3.1. Diagnostika duchovní nouze**

#### ***I. krok: Vyhledáváme určující znaky***

##### 1. Určující znaky orientované na vlastní osobu

- vyjádření nedostatku naděje, významu a smyslu života, míru / klidu, přijetí (akceptace) lásky, odpuštění sám sobě, odvahy
- hněv
- vina
- slabé, špatné zvládnání zátěže

##### 2. Určující znaky orientované na jiné osoby

- odmítání vzájemné součinnosti s duchovními
- odmítání vzájemné součinnosti s přáteli, rodinou
- verbalizace touhy po odtrženém životě bez jejich podpory a pomoci
- vyjadřování pocitů odcizení

##### 3. Určující znaky orientované na umění, hudbu, literaturu, přírodu

- neschopnost věnovat se dřívější tvořivé činnosti (zpěv, poslouchání hudby, poezie, psaní literatury)
- nezájem o trávení času v přírodě (venku, na čerstvém vzduchu)
- nezájem o čtení spirituální literatury

##### 4. Určující znaky orientované na vyšší moc

- neschopnost se modlit (po předchozím praktikování)
- neschopnost účasti na religiózních (náboženských) aktivitách
- vyjádření hněvu směrem k Bohu
- neschopnost prožívání transcendentních záležitostí (po jejich předchozím praktikování)
- náhlá změna spirituálních praktik
- neschopnost nahlédnout do sebe, do svého nitra
- verbalizace vlastní existence beznaděje, trápení se

#### ***II. krok: Pokud nalezneme alespoň jeden určující znak, posoudíme související faktory***

- sebeodcizení

- osamocenenost / sociální odcizení
- úzkost
- sociokulturní deprivace (strádání)
- smrt nebo umírání jiné osoby, vlastní umírání
- bolest
- životní změna
- chronické onemocnění vlastní nebo jiné osoby

### **III. krok**

Pokud jsme našli kombinaci některého z určujících znaků a souvisejícího faktoru, přistoupíme k *ověření*. Zvážíme, zda je klient skutečně ve stavu, jaký popisuje definice:

*„Duchovní nouze je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s porušenou schopností dávat prostřednictvím sebe sama, lidí, uměním, hudbou, literaturou, přírodou nebo vyšší mocí svému životu smysl a cíl“.* (Marečková, 2006, s. 206-207)

#### **2.3.2. Diagnostika rizika duchovní nouze**

Tato ošetrovatelská diagnóza patří mezi potenciální. Potenciální diagnóza je potřeba, která ještě v dysfunkční podobě není, ale bez poskytnutí ošetrovatelské péče se v ni může přeměnit. Rozeznáváme je podle rizikových faktorů. Tyto diagnózy vedou k péči zaměřené na preventivní opatření. K jejich odhalení používáme rovněž kroky diagnostického algoritmu. (Marečková, 2006, s. 37, 39)

#### **I. krok: Posoudíme přítomnost rizikových faktorů**

##### 1. tělesné rizikové faktory

- tělesné onemocnění
- nadměrné užívání léků / nadměrné pití alkoholu
- chronické onemocnění

##### 2. psychosociální rizikové faktory

- nízká sebeúcta
- úzkost

- deprese
- stres
- oslabené vztahy
- separace od podpůrných systémů (přátel, rodiny, společnosti)
- neschopnost odpustit (sobě i jiným)
- ztráta (někoho, něčeho)
- národnostní / kulturní konflikt
- změna v náboženských obřadech a praktikách

### 3. vývojové rizikové faktory

- životní změny, vývojové životní změny

### 4. rizikové faktory prostředí

- změny prostředí
- přírodní neštěstí, katastrofy

## ***II. krok: Pokud jsme našli minimálně jeden rizikový faktor, přistoupíme k ověření.***

Zvážíme, zda je klient skutečně ve stavu nebo situaci, která této diagnóze odpovídá: „*Riziko duchovní nouze je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je ohrožen zhoršením schopností dávat prostřednictvím sebe sama, lidí, uměním, hudbou, literaturou, přírodou nebo vyšší mocí svému životu smysl a cíl*“. (Marečková, 2006, s. 211-212)

Jak vyplývá z přehledu diagnostických prvků, duchovní nouze se může projevovat různými druhy chování. Kozierová upozorňuje, že často může také souviset i s jinými ošetrovatelskými diagnózami, například: poruchy spánku, beznaděj, porušená sebeúcta, oslabené přizpůsobení, dysfunkční smutek. (Kozierová, 1995, s. 785)

Uvedené příznaky duchovní nouze jako aktuálního či potenciálního problému bychom patrně našli u velké části nemocných zvláště těch, kteří trpí chronickými a onkologickými chorobami nebo jiným onemocněním v terminální fázi, či se jim od základu mění život po prodělaném úrazu. A právě v těchto situacích nemocní často spirituální potřeby pociťují jako nejdůležitější. Přesto se v praxi s diagnostikováním tohoto problému prakticky neseťkáváme.

Nabízí se tedy otázka, proč tomu tak je? Jestli to, že tento problém nediagnostikujeme, není vědomým zavíráním očí nad něčím, s čím si nevíme rady.

### 3. ŘEŠENÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB – SPIRITUÁLNÍ PÉČE

Jakákoli péče péče, kterou pacientovi v ošetřovatelském procesu poskytujeme, má určitá pravidla. Musíme odhalit neuspokojenou potřebu - ošetřovatelský problém, naplánovat její řešení, realizovat vhodné intervence a zhodnotit jejich účinnost. Toto všechno zaznamenáváme do ošetřovatelské dokumentace. Jak zdůrazňuje Škrlová, v moderním ošetřovatelství je nutné vytvořit takto systematický přístup také k uspokojování spirituálních potřeb pacienta. (Škrlová, 2002, s. 7)

Péče o spirituální dimenzi nemocných a umírajících je však ve zdravotnických zařízeních dosud prováděna nesystematicky a velmi různorodě. (Hošťálková, 2010, s. 42) Převládá názor, že duchovní péče je práce pro duchovního. Jsou tedy zařízení, která zaměstnávají pracovníka specializovaného na tuto oblast, jinde je možné na přání pacienta návštěvu duchovního zprostředkovat a některá zařízení tuto problematiku neřeší vůbec.

#### 3.1. LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ SPIRITUÁLNÍ PÉČE

Němcová upozorňuje, že péče o duchovní dimenzi člověka je zakotvena v Koncepci ošetřovatelství, kterou schválila Rada pro rozvoj ošetřovatelství MZČR v roce 1998. „Hlavním cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním. Sestra pomáhá jednotlivci i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby.“ Péče o spirituální potřeby pacientů je uváděna také v Mezinárodním etickém kodexu sester. (Němcová, 2010, s. 27)

Opatrná zmiňuje dva materiály významné v evropském i celosvětovém měřítku, které zdůrazňují, že péči o spirituální potřeby nemocných nelze opomíjet.

#### *1. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 2002 (Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice)*

Tyto standardy byly vypracovány skupinou odborníků ze všech světadílů a jsou

podkladem pro akreditaci zdravotnických zařízení na celém světě. Akreditace je účinným nástrojem pro hodnocení a řízení kvality péče a uváděné standardy jsou považovány za optimální a dosažitelné. Standardy vytištěné tučně jsou označovány za stěžejní a jejich splnění je pro udělení akreditace bezpodmínečné.

Standard *PFR. 1. 2. 1* je vytištěn tučně a říká: „*Nemocnice má vytvořený postup, v rámci kterého uspokojí požadavky pacientů a jejich blízkých na poskytnutí duchovních služeb či podobné požadavky vyplývající z pacientových duchovních potřeb a náboženského přesvědčení.*“ Také v další části věnované péči o pacienty v terminálním stavu a léčbě bolesti se opakovaně mluví o duchovních a náboženských potřebách, jejich rozpoznání a péči o ně. Jako duchovní problémy pacienta nebo jeho blízkých jsou uváděny pocity zoufalství, viny, utrpení nebo potřeba odpuštění.

(Oficiální překlad tohoto textu v České republice vydala v roce 2004 Grada Publishing.)

**2. „*Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organization of Palliative Care*“ - Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče** - uvádí Opatrná jako další významný dokument.

V tomto materiálu se o problematice duchovních otázek, potřeb či péče hovoří celkem 22 krát. (Opatrná, 2006, s. 105-106) To znovu ukazuje na skutečnost, že pokud je ošetrovatelská péče zaměřena na kvalitu života a její příjemce vnímán jako celistvá bytost, musí zahrnovat i péči o jeho spirituální dimenzi.

(Český překlad vydala v roce 2003 Cesta domů.)

### **3.2. INDIKACE SPIRITUÁLNÍ PÉČE**

Pomoc v duchovní oblasti – tedy spirituální péče, se rozhodně netýká jen pacientů, kteří se hlásí k nějakému náboženství. Kozierová se domnívá, že duchovní podporu obvykle potřebují ti pacienti, kteří:

- se zdají být osamělí a navštěvuje je málo lidí.
- vyjadřují úzkost a strach
- pacienti před operací
- pacienti, kteří následkem nemoci nebo úrazu musí změnit dosavadní způsob života. (Kozierová, 1995, s. 784)



Spirituální potřeby, jak zmiňuje Kalvínská, se naléhavě objevují převážně v období krize způsobené vážnou nemocí nebo umíráním. V takové chvíli každý člověk hledá smysl života a může své duchovní potřeby hluboce prožívat. Duchovní péče se tedy uplatňuje zvláště na odděleních, kde jsou hospitalizovaní pacienti se závažnými a život ohrožujícími onemocněními a kde častěji dochází k úmrtím. (Kalvínská, 2010, s. 36-37)

Největší prostor a uplatnění spirituální péče je možné vidět v oblasti paliativní medicíny a zvláště v hospicích. (Čermáková, 2006, s. 324) Další oblastí jsou geriatrická oddělení a jiná zařízení pro seniory. Knoflíčková zmiňuje, že ve stáří, kdy se mnohé životní hodnoty ztrácí, potřeba spirituálního směřování velmi často narůstá. Příčinou jsou různá omezení vlastních schopností seniorů, zátěž, ztráty a také anticipace vlastní smrti. (Knoflíčková, 2008, s. 140)

Jak obecně shrnuje Odrobiňák, adepty pro spirituální péči jsou často jedinci, kteří trpí výkyvy nálad, strachem, depresí, pesimismem, samotou, neprojevuje se u nich pozitivní efekt z návštěvy blízkých osob, negativně hodnotí dosavadní život i výhled do budoucnosti. Často se projevují apatií nebo naopak agresí, či různým způsobem odmítají spolupráci se zdravotnickým personálem. (Odrobiňák, 2010, s. 129)

Zkušenosti potvrzují, že naprostá většina těch, kterým je spirituální péče poskytnuta, se nehlásí k žádné církvi ani náboženskému společenství. (Kalvínská, 2010, s. 36-37)

### **3.3. FORMY SPIRITUÁLNÍ PÉČE**

Odrobiňák uvádí několik podob spirituální péče:

*Přítomnost u lůžka* – mlčení s mlčícím klientem, kontakt na principu bazální stimulace.

*Podání informací* – informování o spirituální péči a jí blízkých tématech.

*Podpůrný rozhovor* – přeladění emocí u deprese, úzkosti, pláče.

*Poradenský rozhovor* – problematika vztahů (partnerských, generačních).

*Terapeutický rozhovor* – obsahuje existenciální témata.

*Svátostná služba* – modlitba, četba duchovní literatury, svátosti.

*Bohoslužba* – ve vyhrazeném prostoru nebo přímo na oddělení.

*Profesní kontakt* – konzultace s personálem o klientovi nebo spirituálních tématech.

*Supervize, porada* – poskytovaná nebo přijímaná.

Uvedený výčet toho, co se může skrývat pod pojmem spirituální péče jistě není konečný. (Odrobiňák, 2010, s. 128)

Mnoho autorů se shoduje, že nejdůležitější pomocí v duchovní oblasti je s pacientem vůbec hovořit. Nemocný často zůstává sám se svými obavami a strachem a většina příbuzných nemá odvahu pouštět se s nimi do rozhovorů o existenciálních otázkách. Neuvědomují si, že pacient bytostně potřebuje ujasnit si některé věci, nad kterými dříve nepřemýšlel. Pokud nemocní dostanou možnost popovídat si o těchto tématech, vyjádřit všechny pocity a obavy, pomáhá jim to vyrovnat se se svým stavem. (Kalvínská, 2006, s. 111)

Tuto skutečnost dokázal také první výzkum na téma duchovní péče v nemocnicích, který provedla Horáková v roce 1998. Z odpovědí pacientů na dotaz, co by mělo patřit ke službě duchovního, jednoznačně vyplynula přání, aby byl ochoten k rozhovoru nejen o náboženských věcech a byl nablízku pacientovi i jeho rodině v těžkostech, které souvisí s nemocí. (Horáková, 2000, s. 59)

### **3.4. PŘEKÁŽKY V POSKYTOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍ PÉČE**

Přestože požadavky WHO i akreditační standardy pro nemocnice již řadu let udávají povinnost ošetřit duchovní potřeby pacientů, není snadné spirituální oblast do ošetrovatelské péče u nás zařadit. Autoři zabývající se touto problematikou upozorňují na několik překážek jak ze strany zdravotníků, tak pacientů.

#### **3.4.1 Nedostatek znalostí a předsudky**

V oblasti spirituální péče stále ještě narážíme na předsudky, neznalost, nechuť měnit stereotypy a to ze strany zdravotnického personálu i pacientů.

Tuto situaci výstižně okomentovala Škrlová, když uvedla, že duchovní dimenze je v českém ošetrovatelství stále ještě „horkou bramborou“. Pro většinu sester jako by neexistovala, protože jí nerozumí. Nechápu, co vlastně představuje a tak ji odmítají. Studie přitom ukazují, že většina pacientů se obrací se svými otázkami a problémy v duchovní oblasti na ty zdravotníky, se kterými mají důvěrný vztah, a to jsou většinou

právě sestry, které o ně pečují. (Škrlová, 2002, s. 6)

K podobnému závěru došli autoři pilotního projektu *Důstojné stonání, důstojný život s handicapem, důstojné umírání*, který byl realizován v r. 2008 v pražské Fakultní nemocnici v Motole. Zdravotníci jsou téměř bezradní, když se mají na spirituální potřeby pacientů zeptat, nebo nabídnout péči o ně. Obávají se, že příliš vstupují do soukromí pacienta nebo v něm vyvolají pocit, že by se měl začít zajímat o „věci poslední“. (Kalvínská, 2009, s. 19)

Podobné předsudky a nedostatek informací můžeme vnímat i ze strany pacientů. Často odmítnou nabízenou návštěvu duchovního, protože přece nejsou věřící a žádného faráře nepotřebují. Ale i praktikující křesťané si často jeho návštěvu nepřejí, protože si ji spojují s tzv. „posledním pomazáním“ a vnímají ji jako předzvěst smrti. (Odrobiňák, 2010, s. 128) Zkušenosti rovněž ukazují, že pokud pacient není organizován v žádné církvi, ani ho nenapadne o návštěvu duchovního požádat. Příčinou je někdy ostych, obava, aby neobtěžoval, jindy zkušenost, že nerozuměl jeho jazyku, nebo také obavy z nátlaku a manipulace. (Kalvínská, 2006. s. 111)

Kalvínská dále uvádí, že také u zdravotníků je stále zakořeněná představa duchovní péče jako návštěvy duchovního těsně před smrtí pacienta, a tak je duchovní nezřídkou přivítán otázkou: „Tak koho nám zase jdete pohřbít?“ Tyto zažitě předsudky považuje za značnou komplikaci při zavádění duchovní péče v nemocnicích (Kalvínská, 2006. s. 111).

### **3.4.2. Nedostatek zkušeností a vzdělání**

Kalvínská poukazuje na výsledky výzkumu provedeného v r. 2008 v pražské Fakultní nemocnici v Motole. Sami zdravotníci uvádí jako palčivý problém nedostatek vzdělání v oblasti komunikace na téma spirituality s vážně nemocnými pacienty. Pociťují nedostatek zkušeností, jak o tomto tématu hovořit, jak získat důvěru pacienta, najít společnou řeč. Schází jim schopnost přijmout odmítnutí a přijít znovu, necítí se být připraveni adekvátně reagovat na otázky týkající se umírání a smrti. Často se také obávají nezvládnutí vlastních emocí a bojují s pocitem bezmoci. (Kalvínská, 2009, s. 19)

Zahraniční zdroje však ukazují, že tento problém je aktuální i v zemích, kde má

spirituální péče mnohem delší historii než u nás. Ve Velké Británii je poskytování spirituální péče povinností nemocnic již od roku 1948. Posouzení a naplnění duchovních potřeb pacientů patří do kompetence sester, přesto se v poslední době i zde řeší otázka, jakou roli má vlastně sestra v poskytování duchovní péče zastávat. V Royal College byl v roce 2010 proveden on-line průzkum, který zjišťoval, jaké jsou postoje sester ke spiritualitě nemocných a k duchovní péči. Výsledky potvrdily, že sestry vesměs považují spirituální péči za potřebnou a nutnou pro zvýšení kvality ošetrovatelské péče, nicméně většina z nich má stále pocit, že potřebují více informací, vědomostí a také podpory ze strany vedení, aby mohly duchovní potřeby svých pacientů efektivně naplňovat. (McSherry, 2010)

### **3.4.3. Nedostatek času**

Významnou překážkou v poskytování spirituální péče je nedostatek času. Ošetřující personál je v současné době technicky i administrativně tak vytížen, že přes sebelepší snahu nemůže vždy zvládnout nároky pacienta na to, aby mu pomáhal nést jeho nemoc, podporoval jej v každodenních starostech nebo hovořil o jeho obavách z budoucnosti. (Kalvínská, 2006, s. 111)

### **3.4.4. Nedostatečné definování kompetence**

Stále také není úplně jasné, kdo vlastně má tuto péči poskytovat? Který odborník by se měl spirituálními potřebami zabývat? Kdo je tím, kdo může pacientovi pomoci sdílet nebo řešit jeho nejhlubší otázky?

Tuto otázku si klade mnoho autorů, ale ne vždy se shodují v odpovědi na ni. Haškovcová vystihuje tento problém takto: „S jistým zjednodušením se dá říci, že o biologickou pohodu pečuje lékař, o psychologickou psycholog a sociální pracovník má na starost sociální krize. Na spirituální potřeby odborník chybí.“

Mohlo by se tedy zdát, dodává Mašát, že pokud nejsou odborníci na spirituální péči o nemocné, není možné tyto jejich potřeby naplnit. Dobrý lékař či sestra však ví, že jsou součástí léčebné péče a někdy ten, kdo léčí a ošetřuje ani neví, že naplňuje duchovní potřeby člověka. Než se tedy ve zdravotnických zařízeních objeví „specialisté“

na spirituální péči, jsou to právě zdravotníci, kteří mohou vědomě nebo nevědomě naplňovat spirituální potřeby nemocného. (Mašát, 2006, s. 104)

### **3.5. KDO MŮŽE POSKYTNOUT SPIRITUÁLNÍ PÉČI**

Drábek uvádí, že v širším slova smyslu to může být každý člověk, který je ochotný a schopný naslouchat, citlivě reagovat a má dostatek času. (Drábek, 2007, s. 90)

Opatrný píše, že účinně může pomáhat ten, kdo je nemocnému blízký, má pro něj pochopení, ten, koho si nemocný pro tuto roli vybere nebo s jeho nabízenou pomocí souhlasí. Poskytnout základní pomoc ve spirituální oblasti může do jisté míry každý zralý člověk, a to především chápajícím rozhovorem. Nedoporučuje se ihned přesouvat tuto pomoc na odborníky – kněze, pastoračního pracovníka či psychologa. Pokud však nemocný o tuto kvalifikovanou duchovní pomoc požádá, nebo k ní aspoň přivolí, zpravidla je velkým přínosem a oporou. (Opatrný, 2002, s. 5)

Kalvínská však upozorňuje, že člověk, který má pečovat o spiritualitu by měl být na tuto problematiku připravený, vzdělaný a zralý. (Kalvínská, 2006, s. 111) Protože neznalost kombinovaná se snahou o „první pomoc“ v této oblasti může pacientovi uškodit víc, než si umíme představit. (Opatrná, 2006, s. 108)

#### **3.5.1. Týmová práce**

Uspokojit všechny potřeby nemocného a vytvořit kolem něj atmosféru lásky, klidu a pokoje nemůže jeden člověk. (Svatošová, 2008, s.129) Žádný jedinec nemůže poskytnout holistickou péči sám, protože nikdo nemá všechny potřebné dovednosti a náhled. Je nutná týmová spolupráce, kdy každý z týmu vkládá do společné práce své dovednosti, schopnosti a porozumění. Základním předpokladem dobré spirituální péče je partnerství, důvěra a vzájemná podpora všech členů týmu. (O'Connor, 2005, s. 75, 77) Takový tým zahrnuje nejen zdravotníky, ale i duchovního, samotného nemocného, jeho rodinu nebo přátele. (Svatošová, 2008, s. 129)

### 3.5.2 Role lékaře

Svatošová poukazuje na skutečnost, že pacient často očekává pomoc v hledání odpovědí na otázky po smyslu života nebo smyslu utrpení od lékaře. A lékař nemůže pacienta jednoduše odbýt slovy „To mi sem nepleťte, to sem nepatří“. (Svatošová, 2008, s.34) Také Horáková zmiňuje, že nemocní často touží po rozhovoru s lékařem nebo sestrou. Domnívá se, že tato touha je způsobena nedostatkem komunikace vůbec. Přesto rozhovor s pacientem nejen o jeho stavu fyzickém, ale i o tom vnitřním, by měl být běžnou a samozřejmou součástí – ne léčby, ale vzájemného mezilidského vztahu. (Horáková, 2000, s. 38)

Mnoho lékařů však stále pokládá spiritualitu za soukromé téma, podceňují ji nebo ji považují za věc kněží a o vzdělávání v této oblasti nestojí. (Svatošová, 2008, s. 134) Na fakultě a v praxi se naučí diagnostikovat fyzický stav pacienta, rozpoznat příznaky nemocného těla. Ale nikdo je neučí odhalit příznaky nemocné duše. (Křivohlavý, 2002, s. 85) A tak často nezkušený lékař usoudí z celkového vzezření pacienta, že má těžkou depresi a předepíše mu antidepresiva. Zkušenější lékař, pokud si najde chvíli času, posadí se k nemocnému a promluví s ním, může zjistit, že vůbec nemá depresi, ale výčitky svědomí. Utrpení z výčitek svědomí může být někdy horší než fyzická bolest. Řešení takových bolestí přesahuje kompetence lékaře, ale při týmové spolupráci není problém zprostředkovat nemocnému odbornou pomoc. (Svatošová, 2008, s. 135)

### 3.5.3. Role sestry

Na roli sestry v řešení spirituálních potřeb nemocných existuje několik pohledů.

Šimek uvádí, že sestra nemá teologické vzdělání a nelze proto očekávat, že se duchovním potřebám svých nemocných bude věnovat s patřičnou odborností. Přesto může člověku v duchovní krizi účinně pomoci. Stačí nemocného vyslechnout, nechat jej hovořit i o věcech, které s nemocí zdánlivě nesouvisí, respektovat jeho důstojnost a mít úctu k jeho osobnosti, ať se projevuje jakkoli. (Šimek, 2006, s. 102) Podobný názor vyjadřuje Vaníčková. Sestra nemusí zastupovat roli duchovního nebo psychologa. Může poskytnout základní laickou spirituální péči, kterou je naslouchání. V takovém rozhovoru například pomáhá nemocnému vyjasnit životní situaci nebo dodává naději. (Vaníčková, 2002)

Hudsonová vnímá roli sestry při realizaci spirituální péče jako klíčovou. Je to právě sestra, která vytváří prostředí, ve kterém je možné v rozhovorech a dalších interakcích otevřít duchovní problematiku. Je také styčnou osobou mezi člověkem, který přijímá péči a týmem, který ji poskytuje. Informace a vhled, které získá při kontaktu s pacientem, jsou základním předpokladem pro odhalení duchovních potřeb a plánování jejich řešení. Důležitou úlohou sestry je také udržovat povědomí o důležitosti spirituální péče u ostatních členů týmu. (O'Connor, 2005, s. 73)

Němcová uvádí několik základních věcí, které mohou sestry pro uspokojení spirituálních potřeb nemocných udělat:

- Respektovat víru pacienta.
- Získat informace o duchovních potřebách pacienta.
- Informovat pacienta a jeho příbuzné o bohoslužbách konaných ve zdravotnickém zařízení.
- Podle přání pacienta zprostředkovat návštěvu duchovního.
- Zprostředkovat návštěvu jiných věřících. (Němcová, 2010, s. 27)

Škrlová podotýká, že má-li sestra být schopná pomoci pacientům v duchovní oblasti, měla by se nejdříve sama zamyslet nad některými otázkami. Govier navrhuje následující:

- V co věřím? V co doufám?
- Co dává smysl mému životu?
- Co chápu pod pojmem spiritualita?
- Koho miluji a kdo miluje mne?
- Jaké vztahy mám s druhými? Co by se dalo na mých vztazích změnit?
- Jsem ochotna uzdravit své narušené horizontální a vertikální vztahy?

Dále píše, že pokud sestra není ochotna takto hledat v sobě a prozkoumat své nejtímnější já, bude i hodnocení duchovních potřeb druhého člověka povrchní a jen otázkou povinnosti.

Ale i v případě, že k takovému zamyšlení není ochotná, může pacientovi v uspokojení jeho duchovních potřeb pomoci. Především svou prostou přítomností, podpořením verbalizace pacienta a aktivním nasloucháním, nejen sluchem, ale celým srdcem. Toto soustředěné naslouchání pacientovi pomáhá. Když je sestra schopna bez kritiky přijímat

to, co pacient říká, zamyslet se nad tím nebo se podělit o své zkušenosti, je její pomoc ještě hodnotnější.

Pokud se sestra k takové pomoci necítí kompetentní, musí vyhodnotit a zajistit uspokojení spirituálních potřeb pacienta jiným zdrojem pomoci. Každé zdravotnické zařízení by proto mělo mít kontakt na duchovního nebo kaplana, ale může to být i sociální pracovníce či sestra, kteří jsou schopni pacienta podpořit a s nimiž sestra setkání s pacientem domluví. (Škrlová, 2002, s. 7-8)

Roli ošetrovatelského personálu v oblasti duchovních potřeb lze tedy vidět především ve schopnosti nemocným naslouchat, pozorovat a vyhodnocovat jejich potřeby a na základě tohoto koordinovat následnou péči. Jejich zodpovědnost však nekončí tím, že povolají patřičného odborníka, je také nutné, aby tyto osoby profesionálně podpořili a uznali jejich roli.

#### **3.5.4. Role kaplana**

Služba duchovních je ve zdravotnických zařízeních v zahraničí běžná a v některých zemích dokonce nutná k akreditaci nemocnice. Duchovní působí nejen v nemocnicích, hospicích, ale i v rehabilitačních centrech, na psychiatrických klinikách a v domovech důchodců. (Horáková, 2000, s. 32-33) V našich nemocnicích zatím služba duchovních zcela běžná není, ale i tato oblast se postupně rozvíjí.

Opatrná uvádí několik charakteristik práce kaplana.

- služba s ohledem na potřeby - existenciální, duchovní, náboženské
- hledání a přivádění ke zdrojům – osobním, kulturním, víra, společenství
- individuální přístup (Opatrná, 2006, s. 107)

Úkolem kaplana je tedy poskytnout prostor k vyjádření vnitřních emocí, obav, přání a tužeb, zkušeností s životem i smrtí, životními změnami, které jim nemoc nebo zranění způsobuje. Duchovní odpovídá na situaci člověka na jeho úrovni víry a respektuje různá náboženská vyznání. (Horáková, 2000, s. 32-33) Přispívá ke snižování existenciální úzkosti, k udržení kvality života nemocného, pomáhá hledat naději a v konfliktních situacích může mít roli zprostředkující a smířčí osoby. (Hošťálková, 2010, s. 42)

Podle Rumla kaplan slouží ve zdravotnickém zařízení hlavně svou přítomností, je



k dispozici pro rozhovor a blízkost, křesťanům nabízí také čtení z bible, modlitbu nebo svátosti. (Ruml, 2010, s. 28)

Hošťálková za hlavní pracovní nástroj kaplana označuje *empatické naslouchání*. Tuto činnost je možné označit také výrazem *doprovázení*. (Hošťálková, 2010, s. 42)

A jak dodává Opatrná, toto naslouchání se uplatňuje především při setkávání s lidmi nevěřícími. Mnoho z nich má potřebu vyprávět svůj životní příběh, utřídit si tak své myšlenky a sdělit někomu, že jejich život byl a je důležitý. Chtějí tak najít nebo potvrdit smysl života, potřebují se vyrovnat s minulostí, aby mohli čelit budoucnosti (Opatrná, 2006, s. 108).

Čermáková uvádí, že působení kaplana ve zdravotnickém zařízení může být přínosem nejen pro nemocné. Duchovní například pomáhají vyrovnat se se smrtí nejen pacientům a jejich příbuzným, ale také zdravotnickému personálu. Pomáhají zdravotníkům zvládat mezní situace a pochopit smysl a hodnotu jejich práce novými způsoby. (Čermáková, 2006, s. 325)

Kaplan je ve své činnosti vázán etickým kodexem (*Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*), jeho práce podléhá mezinárodním evropským standardům a jako jiní zdravotničtí pracovníci je povinen zachovávat mlčenlivost.

Němcová uvádí dvě formy nemocničního kaplanství se kterými se v současné době můžeme setkat.

*Nemocniční kaplan podle tradiční formy* je nezávislý, jeho služba je vnímána jako soukromá záležitost mezi ním a pacientem o které nemá potřebu komunikovat s lékaři ani sestrami. Toto je však služba spíše nárazová a většinou poskytovaná členům jednotlivých církví.

*Kaplan jako člen multidisciplinárního týmu*, který spolupracuje se zdravotníky, psychologem, sociálním pracovníkem a dalšími členy týmu. (Němcová, 2010, s. 27)

Tato forma je považována za výhodnější z mnoha důvodů. Odrobiňák například zmiňuje, že jako člen týmu může kaplan získávat od zdravotníků potřebné informace o klientovi a také konzultovat problémy, které při poskytování spirituální péče nastanou. (Odrobiňák, 2010, s.129) Ruml poukazuje na to, že taková péče je nesrovnatelně systematictější a dokumentovatelná. Každou vykonanou návštěvu potvrzuje kaplan razítkem a podpisem do chorobopisu nemocného. Navíc podpora a důvěra ze strany

týmu lékařů a sester k jejímu vykonávání velmi pomáhá. (Ruml, 2010, s. 29)

Opatrná shrnuje, jaké velké přednosti má zařazení kaplana do multidisciplinárního týmu.

- Je-li kaplan vnímán pacienty jako člen týmu, jako někdo, kdo je zde, aby pomáhal, snadněji si získává důvěru, která je pro jeho práci nezbytná.
- Je k dispozici pro všechny pacienty, opakovaně, může tedy navazovat na předchozí rozhovory, rozvíjet je, zohledňovat aktuální stav pacienta.
- Trvalá přítomnost kaplana na oddělení nevyvolává takové trauma, jako když kaplan přichází jen tehdy, když se blíží konec života.
- Kaplan může být nápomocný v komunikaci mezi pacientem, personálem a rodinou.
- Kaplan bývá členem etické komise, účastní se např. rozhodování o přerušení či ukončení léčby. (Opatrná, 2006, s. 108)

Pokud se duchovní stane takovou plnohodnotnou součástí zdravotnického týmu, může být pacientům poskytnutá celistvá péče. (Čermáková, s. 325)

Některé vysoké školy (např. Husitská teologická fakulta) už vychovávají odborníky, kteří jsou schopni pracovat v oblasti spirituální péče o nemocné, ale jejich uplatnění ve zdravotnických zařízeních naráží na překážky především ekonomického rázu. Přesto se právě tato forma spirituální péče jeví jako velmi vhodná a potřebná. To dokazuje také následující zkušenost jednoho oddělení, kde kaplan působí již tři roky.

#### **3.5.4.1. Zkušenost s působením kaplana**

Z rozhovoru s Vítězslavem Vurstem – nemocničním kaplanem ve Fakultní nemocnici Motol:

*Pan Vurst pracuje jako kaplan na spinální jednotce FN Motol. Je zde součástí týmu – to znamená, že chodí na porady lékařů a personálu a všichni pacienti na oddělení jsou automaticky jeho pacienti. Setkává se také s rodinnými příslušníky a snaží se být k dispozici i pro personál oddělení.*

*Přibližně 90% pacientů nejsou věřící lidé a to také definuje jeho službu kaplana - je to práce pro všechny lidi. Prací nemocničního kaplana tedy není náboženský*

*rozhovor, ale životní situace člověka. Může se týkat nemoci či úrazu, kdy se lidé ptají: Proč se to stalo právě mně? Proč už nebudu chodit? Může se týkat vztahů v rodině, nebo vztahu k viníkovi (on nehodu zavinil a chodí a já už nikdy nebudu).*

*Při prvním setkání se pacientům představí a řekne, kdo je. Nabídne jim, že s ním mohou mluvit o všem, co je trápí. Rozhovory často začínají u potřeb, které pacient pociťuje jako aktuální a nezářídka končí u potřeb duchovních, kdy se řeší otázka viny, vztahů a podobně.*

*Jak sám říká, nechce být společníkem, nebo bavičem, rozhovor by měl splnit své poslání. Jedním z úkolů těchto rozhovorů je, pojmenovat skutečné potřeby a problémy pacienta. Mluvit o věcech, které se mu honí v hlavě, když nemůže spát a to je někdy velmi těžké. Často je nutné pomoci lidem pojmenovat to, co se pojmenovat bojí, reagovat na nevyslovené otázky, mlčení, zdánlivě nevýznamná slova, za kterými se skrývá něco důležitého. Pak se v rozhovoru může objevit duchovní rozměr a není to mluvení o Bohu, ale třeba odpuštění, křivda, porušené vztahy, smíření, priority v životě.*

*Ve své práci se soustřeďuje na bod naděje. Neřeší s pacienty především minulost, úraz, proč se to stalo. Nechá si to vyprávět, ale v rozhovorech se soustředí na naději, snaží se pomáhat tuto naději hledat, ne jako únik z reality, ale naději „navzdory“. (Vurst, 2010, s. 4-5)*

Práci tohoto kaplana pozitivně hodnotí také personál. Uvědomuje si, že pacienti po úrazu páteře prochází určitými stadii vývoje psychického stavu a postupně se smiřují s představou života na vozíku, upravují svůj žebříček hodnot a životní cíle. Je potřeba, aby o svých pocitech hovořili a někdo jim naslouchal. Zdravotníci většinou nemají k takovým rozhovorům dostatek času nebo trpělivosti a nemocniční duchovní je jeden z těch, kdo tuto schopnost mají.

Primář této spinální jednotky, MUDr. Kříž uvádí: „Nabídka spolupráce s duchovním přišla od vedení nemocnice v roce 2008. Zpočátku se toho personál obával, protože si činnost duchovního spojovali s religiozními intervencemi. Nejdříve se na oddělení střídalo několik duchovních a ohlasy ze strany pacientů byly vesměs pozitivní. Poslední rok a půl navštěvuje oddělení pravidelně dvakrát za týden právě pan Vurst. Stal se součástí kolektivu, s mnohými zdravotníky navázal přátelský vztah. Při sezeních s lékaři a fyzioterapeuty probírají společně pacienty a řeší také jejich sociální a duchovní potřeby. Nemocniční duchovní je tím, kdo pomáhá týmu zodpovědět mnoho otázek a

zároveň sám získává přehled o tom, kde je více potřeba jeho intervence. Tato forma spolupráce je ze strany pacientů i personálu hodnocena velmi pozitivně.“ (Kříž, 2010, s. 41)

### **3.5.5. Psycholog**

Ačkoli někdy bývá rozdíl mezi psychologickou a spirituální péčí nejasný, Výchová poukazuje na jejich vzájemnou nezastupitelnost. Psychologická péče se zaměřuje na lidi, kteří se dostali do mimořádně těžké, krizové životní situace. Měla by tedy mít podobu podpůrného provázení člověka, s cílem předejít tomu, aby se smutek neměnil v depresi, strach a obavy v úzkostnou poruchu a podobně. V praxi to opět znamená především komunikovat a naslouchat, zjistit kdo a co nemocnému v životě poskytuje oporu, kde čerpá sílu nebo také jak on sám dodával sílu druhým. Je potřeba pomoci mu zorientovat se v nové situaci a adaptovat se na změny, novou roli, často závislost na pomoci druhých, a také vyznat se v pocitech a myšlenkách. Je důležité ujistit nemocného, že je normální pociťovat změny nálad a zabývat se tématy, o kterých dříve nepřemýšlel.

Může se zdát, že psycholog pečuje o duševní rozpoložení člověka a duchovní jej provází hlubšími tématy, ale obojí je neoddělitelné, a tak cestou ke zkvalitnění péče o nemocné je vzájemná spolupráce těchto profesí. A co teprve jejich spolupráce s lékařem! (Výchová, 2010, s. 42)

### **3.5.6. Rodina, přátelé**

Mnoho pacientů, jak uvádí Výchová, se snaží své blízké chránit před bolestnými rozhovory. Je pro ně těžké najít odvahu a mluvit o svém onemocnění a potřebách. Rodina však může být v tuto chvíli velkou pomocí, poskytnout podporu a pocit bezpečí. (Výchová, 2010, s. 42)

Zvláště v hospicové péči je začlenění rodiny do týmové práce velmi důležité, protože pro nemocného v konečné fázi bývá ze všeho nejdůležitější přítomnost blízkého člověka. Ten si často svoji důležitou úlohu neuvědomuje, proto je dobré s těmito lidmi mluvit, vysvětlovat, povzbuzovat je, třeba aby se nebáli vzít umírajícího za ruku, mluvit

s ním, i když zdánlivě nevnímá. Takto se příbuzní stávají součástí týmu a bývají nakonec za tuto možnost vděční. (Svatošová, 2008, s. 129-130)

Jak ovšem připomíná Kalvínská, rodina může být zároveň tím, kdo spirituální péči potřebuje. Pokud vážně onemocní jeden člen rodiny, zasáhne ji to jako celek a důsledky se projeví u všech jejích členů. (Kalvínská, 2009, s. 2)

### **3.5.7. Dobrovolníci**

Také dobrovolníci se mohou stát plnohodnotnými členy týmu. Mohou přispět k péči o duchovní potřeby tím, že navštěvují nemocné, mají čas povídat si s nimi, vyslechnout je a na rozdíl od zdravotníků, kteří vždy vnímají spíše nemoc, vidí člověka více jako celek. Tato služba, v zahraničí poměrně běžná, se u nás také zatím spíše rozvíjí.

## **3.6. MOŽNOSTI DALŠÍHO ROZVOJE**

Kalvínská konstatuje, že na to, aby byla duchovní podpora poskytovaná kaplany plošně ve všech nemocnicích v současné době není dostatek vyškolených pracovníků. (Kalvínská, 2006, s. 112. Otázkou také zůstává, kdo by měl takovou péči financovat.

Přesto mnoha lidem z řad lékařů, sester i teologů tato situace není lhostejná. Proto vznikla 14.2. 2009 „Česká společnost pro klinickou pastorační péči“, v rámci České lékařské společnosti J.E.Purkyně. Toto dobrovolné sdružení lékařů, nelékařů (teologové, nemocniční kaplani) a ostatních pracovníků ve zdravotnictví usiluje o koordinované a systematické vzdělávání stávajících i nových nemocničních kaplanů, edukaci zdravotnického personálu o potřebnosti klinické pastorační péče a také zvýšení informovanosti veřejnosti o této péči. (Hošťálková, 2010, s. 43)

Další možnost, jak je možné přispět ke zlepšení spirituální péče v nemocnicích ukázali v pražské FN Motol. V listopadu 2007 otevřeli místnost nazvanou „*Prostor ticha*“. Toto místo má nadnáboženský charakter, nejsou zde trvale umístěny žádné náboženské symboly, aby se v něm cítili dobře všichni jeho návštěvníci. Každý zde může nerušeně prožívat to, co se právě odehrává v jeho nitru. Má příležitost uvědomit si své nejnítěrnější potřeby, kterým možná dosud nevěnoval pozornost. Do tohoto prostoru přichází nejen pacienti, ale také jejich příbuzní a blízcí a také zdravotníci, kteří se často

setkávají se závažným onemocněním, umíráním a smrtí při náročných službách. Také oni si mnohdy kladou existenciální otázky. Pokud návštěvníci chtějí, mohou se svými myšlenkami zůstat sami, pokud potřebují přítomnost druhého člověka, mohou se obrátit na nemocniční duchovní ve vedlejší pracovně.

Výsledky této činnosti podporují rozhodnutí pokračovat v rozšiřování spirituální péče i v budoucnosti. Vzdělávat personál, aby lépe pochopil náplň práce nemocničních duchovních i možnosti, které spirituální péče v rámci ošetrovatelství nabízí. Bude třeba ještě hodně osvěty, protože spirituální péči opravdu potřebujeme. (Kalvínská, 2010, s. 36-37)

## ZÁVĚR

Prostudované zdroje poskytují dostatek důkazů o tom, jak je důležité pečovat o duchovní potřeby pacientů. Většina autorů se shoduje, že uspokojení spirituálních potřeb může významně posílit lidské zdraví. (Škrlová, 2002, s. 6; Mašát, Opatrná, 2006, s. 104) Opakovaně se však potvrzuje, že téma duchovních potřeb je v naší zemi nové a doposud opomíjené, zvláště u nereligiózních pacientů. (Kalvínská, Opatrný, 2009, s.19; Škrlová, 2002, s. 6)

Autoři čteně poukazují na skutečnost, že spirituálními potřebami pacientů, se zdravotníci často nezabývají, protože neví, o co se vlastně jedná. (Svatošová, 2008, s. 21; Křivohlavý, 2004, s. 79) Je dobré si uvědomit, že oblast spirituality člověka se netýká pouze víry a náboženství, ale je mnohem širší a společná všem lidem. V naší převážně sekulární společnosti je zřejmě nutné spiritualitu vnímat spíše v její horizontální rovině – oblasti vztahů k sobě a k druhým a jako spirituální potřeby vnímat např. potřebu smyslu života, potřebu odpuštění, lásky a sounáležitosti, důstojnosti, přijetí a naděje. (Němcová, 2010, s. 26-27; Kozierová, 1995, s. 777)

Duchovní potřeby má tedy každý člověk, ale projevují se u každého jinak a pro zdravotníky pak není snadné je odhalit. Jednou z možností diagnostiky je taxonomie *NANDA International*. Využití jiných hodnotících nástrojů (dotazníků či škál) se mnoha autorům jeví jako problematické. (Němcová, 2008, s. 27; Kozierová, 1995, s. 782) Shodují se však na tom, že je nutné, aby zdravotníci měli možnost vzdělávání, získávali nové informace a lépe se orientovali v této oblasti. Jen tak se naučí duchovní potřeby pacientů rozpoznat, ale také akutně ošetřit a případně povolat dalšího odborníka. (Kalvínská, Opatrný, 2009, s. 18)

V otázce kdo by měl péči o spirituální potřeby poskytovat se totiž názory autorů liší. Někteří uvádí, že to může být každý, kdo je ochoten nemocnému naslouchat, má pro něj čas a pochopení, jiní zastávají názor, že člověk poskytující takovou péči by měl být příslušně kvalifikovaný. Jako ideální možnost představují osobu nemocničního kaplana, jako člena multidisciplinárního týmu. (Opatrný, 2002, s. 5; Drábek, 2007, s. 90; Kalvínská, 2006, s. 111) Těchto odborníků však zatím není mnoho, a tak laická spirituální péče zůstává v kompetenci sestry.

Jaká je tedy role sestry v oblasti spirituální péče ?

1. Sestra je tím, kdo s pacientem tráví nejvíce času, může v rozhovorech otevřít duchovní témata a odhalit spirituální potřebu pacienta. Autoři se shodují, že stěžejní v celé problematice spirituální péče je komunikovat. Smyslem rozhovorů ale nemá být jasná odpověď, první a zásadní věcí je naslouchání a lidské přijetí. Do velké míry závisí úroveň celé spirituální péče na osobnosti sestry, její zralosti, duchovním zaměřením. Naslouchání, empatie, pokora a oddanost pacientům jsou složky vlastní osobnosti sestry, které může terapeuticky využít. (Drábek, 2007, s. 91; Šimek, 2006, s. 102; Škrlová, 2002, s. 8)
2. Druhou úlohou, kterou sestra může plnit, je udržovat povědomí o spirituální péči. Pokud nemocnice zaměstnává kaplana, měl by každý nemocný být sestrou o této možnosti informován. Ukazuje se, že v tom sestry mají někdy problémy a musí se naučit tuto službu nabízet. Jestliže se seznámí s prací duchovního – kaplana a porozumí její šíři, ochotněji tuto péči nabízí ostatním. Spirituální péče se pak stává standardem, ne zvláštností, pacienti i zdravotníci ji vnímají jako běžnou součást ošetrovatelské péče a necítí zábrany v jejím nabízení ani přijímání. (Kalvínská, 2010, s. 37; Ruml, 2010, s. 2; Čermáková, 2006, s. 327)
3. Jako další, a nezastupitelnou, vnímají autoři roli sestry jako prostředníka mezi pacientem, jeho blízkými a ostatními členy zdravotnického týmu. Sestra svým jednáním může vytvářet ovzduší partnerství a důvěry, posilovat kvalitní vztahy, které jsou hlavním předpokladem duchovní péče. Pokud péči přebírá duchovní-kaplan, je nutné, aby tyto osoby podpořila a uznávala jejich roli. (O'Connor, 2005, s. 77)

Mnoho autorů poukazuje na skutečnost, že oblast spirituální péče je potřeba dále rozvíjet, hledat cesty a způsoby, jak vytvořit systematický přístup k uspokojování duchovních potřeb. Jako velmi naléhavé vnímají vzdělávání zdravotníků v dané problematice, a to již od prvních ročníků na zdravotnických školách i dále v praxi. Musí se nejen seznámit se spirituálními potřebami, jejich monitorováním, ale také rozvíjet komunikační schopnosti, vnímání a naslouchání. (Kudlová, 2006, s. 347; Škrlová, 2002, s. 8) Aby duchovní péče opravdu fungovala, je potřebná také podpora ze strany vedoucích pracovníků nemocnic. (Vaníčková, 2002)



Spirituální hodnoty umožňují mnoha lidem prožít smysluplně a někdy dokonce šťastně jinak bolestné období života. Mějme pro ně tedy pochopení, i když je vůbec nesdílíme. Žádný těžce nemocný by neměl být ponechán svým myšlenkám, pochybnostem a obavám, bez možnosti mluvit o nich s někým, komu důvěřuje. Pokusme se tedy být nápomocní alespoň svým nasloucháním Kdo takovou pomoc s porozuměním poskytne, bývá sám obdarován .(Opatrný, 2002, s.6)

## BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ČERMÁKOVÁ, Markéta. Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních-pomoc pro pacienta, rodinu i zdravotnický personál. In *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. s.322-327. ISBN 80-244-1424-4.

DRÁBEK, Marek František. Duchovní potřeby a duchovní služba - stručný úvod do tématu *Dimenze moderního zdravotnictví*, 2007, roč. 1, č.3, s.90-91. ISSN 1802-4084.

HORÁKOVÁ,G. Duchovenská služba v nemocnici. In *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních, teologické texty, zkušenosti, čísla*. Sborník statí ze stejnojmenného semináře na Evangelické teologické fakultě v Praze. Praha: Univerzita Karlova v Praze Evangelická teologická fakulta a Synodní rada Českobratrské církve evangelické, 2000, s.20-59

HOŠŤÁLKOVÁ, Marta. Péče o spirituální potřeby umírajících. *Ošetrovatelství*, 2009, roč. 11, č.3-4, s.41-43. ISSN 1212-723X.

HUDSON, Rosalie; RUMBOLD, Bruce. Duchovní péče. In. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s.65-77. ISBN: 80-247-1295-4.

KALVÍNSKÁ, Eva. Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FN Motol aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích? *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č.3, s. 111-112. ISSN 1801-1349.

KALVÍNSKÁ, Eva. Praktické začleňování spirituální péče do ošetrovatelské péče ve FN v Motole, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, roč. 6, č.2, s.36-37. ISSN 1801-1349.

KALVÍNSKÁ, Eva. *Spirituální péče v nemocnici očima lékaře*. [online] 3.3.2009 [cit. 2011-03-19], Dostupné na <[http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301\\_Kalvinska\\_spiritualni\\_pece.pdf](http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301_Kalvinska_spiritualni_pece.pdf)>

KALVÍNSKÁ, Eva.; OPATRŇÝ, Aleš.; VÍCHOVÁ, Jana. První zkušenosti se vzděláváním zdravotnických pracovníků v oblasti spirituální péče o pacienty v nemocnicích. *Sestra*, 2009, roč.19, č.6, s.18-20. ISSN 1210-0404.

KNOFLÍČKOVÁ, Zuzana. Význam religiozity a spirituality ve stáří. *Kontakt*, 2008, roč. 10, č.1, s. 172 – 177. ISSN 1212-4117

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R . Spiritualita a religiozita. In *Ošetrovatelstvo I*, 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. s.776-790. ISNB 80-217-0528-0

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Porozumět duchovní stránce pacienta. *Ošetrovatelství*, 2006, roč. 6, č.3-4, s.84-85. ISSN 1212-723X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Spiritualita a religioznost pacienta*. [online]16.3.2009 [cit. 2010-12-19]. Dostupné na < <http://jaro.krivohlavy.cz/node/90>>

KŘÍŽ, Jiří. Pohled lékaře na přínos nemocničního duchovního. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, roč. 6, č.5, s.41. ISSN 1801-1349.

KUDLOVÁ, Pavla; TOMANOVÁ, Danuška. Používání aktivizačních vyučovacích metod v hodinách multikulturního ošetrovatelství. In *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. s. 341-347. ISBN 80-244-1424-4.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IDVPZ, 1999. 164s. ISBN 80-7013-277-9.

MAŠÁT, Vladimír. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č.3, s. 103-104. ISSN 1801-1349.

McSHERRY, W., JAMIESON, S. *An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care*. [online] 9.3.2011 [cit. 2011-03-19] Dostupné na <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21385257>>

MELLANOVÁ, Alena. Spirituální potřeby jako terminologický a ošetrovatelský problém. *Ošetrovatelství*, 2004, roč. 6, č.3-4, s.76-77. ISSN 1212-723X.

NEMCOVÁ, Jana. Posudzovanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. 2. časť *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č.6, s.26-27. ISSN 1801-1349

- NĚMCOVÁ, Jitka. Saturace spirituálních potřeb pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, roč. 6, č.1, s.26-29. ISSN 1801-1349.
- ODROBIŇÁK, Jaromír. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatrie pro praxi*, 2010, roč. 11, č.3., s.127-129.
- OPATRŇÁ, Marie. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č.3, s. 105-109. ISSN 1801-1349.
- OPATRŇÝ, Aleš. Vliv spirituálních hodnot na kvalitu života těžce nemocného člověka. *Onkologická péče*, 2002, roč. 6, č. 4, s. 4 - 5. ISSN 1214-5602.
- RUML, Pavel. Od pacientů k personálu aneb Duchovní služba v ÚVN. *Sestra*, 2010, roč. 20, č.5, s.28-29. ISSN 1210-0404.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 2003. 151s. ISBN 80-902049-4-5.
- ŠIMEK, Jiří. Péče o spirituální potřeby nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č.3, s. 102. ISSN 1801-1349.
- ŠKRLOVÁ, Magda. Role sestry v uspokojování duchovních potřeb pacienta. *Onkologická péče*, 2002, roč. 6, č. 4, s. 6 - 8. ISSN 1214-5602.
- TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vydání. Brno: MIKADAPRESS spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-7013-324-4.
- VANÍČKOVÁ, Karin. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR. Příspěvek pro 6. ostravské dny podpůrné léčby v onkologii* [online]. 2002 [cit. 2011-01-14]. Dostupné na <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm>>.
- VÍCHOVÁ, Jana. Dvě cesty, jeden cíl. Význam spolupráce duchovních a psychologů v péči o nemocné. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, roč. 6, č.4, s.42. ISSN 1801-1349.
- VURST, Vítězslav., HRDINKA, Dan. *Přenáším duchovnost z kostela do civilního života*. [online]. 11.1. 2010, [cit. 2010-11-24]. Dostupné na <[http://advent.advent-orion.cz/UserFiles/file/advent/2010/ad\\_158d0d51.pdf](http://advent.advent-orion.cz/UserFiles/file/advent/2010/ad_158d0d51.pdf)>