

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

**Ivana Hessová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**NAPLNĚNÍ DUCHOVNÍCH POTŘEB  
VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Praze dne: 28. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji PhDr. Ivance Kohoutové, PhD. za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FN Motol v Praze a Thomayerovy nemocnice s poliklinikou v Praze a hlavně rodičům hospitalizovaných dětí za pomoc při vyplňování dotazníků a poskytování cenných rad.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	12
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	13
<b>1 POTŘEBY ČLOVĚKA</b> .....	13
1.1 Klasifikace potřeb .....	14
1.2 Maslowova hierarchie – pět úrovní potřeb .....	14
1.3 Změny ve vnímání a uspokojování potřeb v období nemoci.....	15
<b>2 DÍTĚ A NEMOC</b> .....	17
2.1 Onemocnění a individualita dítěte .....	17
2.2 Vývojová stádia dle E. H. Eriksona.....	18
2.3 Zvládání nemoci v jednotlivých vývojových etapách dítěte .....	19
2.3.1 Kojenecké a rané batolecí období.....	20
2.3.2 Batolata a děti předškolního věku.....	21
2.3.3 Školní věk .....	21
2.3.4 Adolescence .....	21
<b>3 KOMUNIKACE</b> .....	23
3.1 Zvláštnosti komunikace s dětmi a dospívajícími.....	23
3.2 Komunikace s rodiči .....	24
<b>4 DÍTĚ A RODINA JAKO CELEK</b> .....	26
4.1 Přítomnost blízkého člověka.....	26
4.2 Spolupráce s rodinou .....	26
4.3 Kontaktní sestra .....	27
<b>5 DUCHOVNÍ PÉČE</b> .....	29
5.1 Specifika duchovní služby u dětí.....	30
5.2 Kontakt nemocničního kaplana s rodiči.....	30
5.3 Pastorační péče během hospitalizace.....	31
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	32
<b>6 FORMULACE PROBLÉMU</b> .....	32
6.1 Hlavní problém .....	32
6.2 Dílčí problém .....	32
<b>7 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU</b> .....	33

8 METODIKA .....	33
8.1 Metodika výzkumu .....	33
8.2 Metodika zpracování výsledků .....	34
9 HYPOTÉZY .....	35
10 VZOREK RESPONDENTŮ .....	35
11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	36
11.1 Identifikační znaky vzorku respondentů výzkumného šetření .....	36
11.2 Zpracování vlastního výzkumného šetření .....	39
12 DISKUSE.....	59
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>65</b>
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	
Příloha č. 1 – Faktory ovlivňující lidské potřeby	
Příloha č. 2 – Maslowova hierarchie lidských potřeb	
Příloha č. 3 – Charta práv hospitalizovaného dítě	
Příloha č. 4 – Dotazník	

# ANOTACE

Příjmení a jméno: Hessová Ivana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Naplnění duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Kohoutová, Ph.D.

Počet stran: číslované 64, nečíslované 15

Počet příloh: 4

Počet titulů literatury: 25

Klíčová slova: nemoc – potřeba – dítě – rodiče – spolupráce – komunikace – kontaktní sestra – duchovno

Souhrn:

V teoretické části jsem se věnovala vymezení jednotlivých lidských potřeb. Blíže jsem se zaměřila na vnímání potřeb během nemoci především u dětských pacientů a jejich doprovázejících rodičů. Vymezuji specifické potřeby jednotlivých vývojových stádií dětského věku a poukazuji na rodiče jako silnou oporu dítěte. V závěru teoretické části vyzdvihuji pozici tzv. „kontaktní sestry,“ pro níž jsou nejdůležitějšími faktory pro práci podpora spolupráce a účinná komunikace. Cílem práce je zjistit, do jaké míry je důležitá pozice kontaktní sestry na zdravotnickém pracovišti ve směru zkvalitnění komplexní péče o nemocné dítě a jeho rodinu.

V praktické části práce sleduji kvantitativní výzkumné šetření provedené mezi rodiči hospitalizovaných dětí a to ve Fakultní nemocnici Motol v Praze, kde kontaktní sestra působí a Thomayerově nemocnici v Praze, kde kontaktní sestra nepůsobí. Šetření bylo prováděno anonymní dotazníkovou formou a výstup znázorněn komparací získaných výsledků pomocí grafů.

# ANOTATION

Surname and name: Hessová Ivana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Filling the spiritual needs in a health care facility

Consultant: PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.

Number of pages: 64, unnumbered pages 15

Number of appendices: 4

Number of literature čems used: 25

Key words: illness – needed – parents – specialist nurse – communication – cooperation – spirituality

Summary:

The theses consists of two sections, theoretical and practical. The theoretical section describes individual human needs. I focus attention for perception of need. For children's patients first and for the relations with parents basically too. I define particular human needs of the all periods of childhood and. Basically I refer to parents, as the most important child's background. In the end of the theoretical section I „demonstrated“ „specialists nurses“, for which the most important factors of work are mental support, collaboration and effective communication. The result of the theses are describe position of the „specialists nurse“ in the systems of healthcare, with accent for the more professionalism complexly child's healthcare and his family.

The second part of the theses is practical and summarizes experiences of the parent, which I connected in Hospital Motol in Prague (this hospital has „the socialist nurse“) and Thomayer Hospital in Prague ( this hospital hasnt „the socialist nurse“). The experiences was collected with the anonymous questionnaire and results were showed by the using graphs.



## ÚVOD

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku ošetřování dětských pacientů, jež je mi velmi blízká. Ve své dosavadní profesní praxi se s touto problematikou setkávám doslova na každém kroku. Naprostým základem dnešního moderního ošetřovatelství a jeho stěžejní myšlenkou je bezpochyby holistický pohled na pacienta a ošetřování pacientů v dětském věku má v tomto ohledu svá specifika.

Jedná-li se o pacienta dětského, je totiž třeba pohlížet tímto způsobem i na rodiče. Je-li rodičům oznámeno, že je jejich dítě nemocné, pro rodiče je tato chvíle okamžikem šoku. Lékař je s rodiči schopen zvážit veškerá opatření a způsob léčby upravit tak, aby byla k dítěti co nejšetrnější a minimálně ho omezovala. Díky laskavé péči sester je možné dítě na nový způsob denního režimu navyknout s minimálním odporem. Pro ulehčení celého procesu je přítomnost rodičů velmi vítána. Nyní se k nám dostává otázka: „Kdo se postará o rodiče?“ O ty, kteří denně sedí u lůžka svého nemocného dítěte a ze všech sil se ho snaží podpořit? A přitom právě i rodiče potřebují nalézt vnitřní sílu, aby celou situaci zvládli a mohli být svému dítěti oporou.

V České republice zatím není příliš rozšířený projekt zabývající se komplexní péčí v rámci rodinného systému. Jeho zavedení do praxe by mohlo být významným krokem vpřed ve zkvalitnění péče nejen o dětské pacienty.

Přítomnost rodiče u vyšetření nemocného dítěte je stále zdravotníky mnohdy vnímána spíše jako nežádoucí. Jsou to ale právě oni, rodiče, kteří nejlépe znají své dítě a snadno vyzpozorují nepřiměřené reakce či změny v jeho chování. Současně ale také rodiče jsou živé bytosti a mají své potřeby. Proto i oni si zaslouží pozornost zdravotníka, zvláště pokud vzájemná spolupráce s nimi pomůže zkvalitnit péči o jejich nemocné dítě. Strach o blízkého člověka je přirozenou reakcí lidské psychiky a to je chvíle, kdy je podpora druhé osoby nesmírně důležitá. Není to ale jen pouhá podpora druhé osoby, často se obracíme i k „vyšší“ moci, u které hledáme vnitřní sílu, která by nám pomohla náročnou situaci zvládnout co nejlépe, bez újmy.

Ve své práci se zaměřuji na fakt, že i rodiče, kteří doprovázejí své nemocné dítě, potřebují alespoň trochu pozornosti zdravotního personálu, aby dokázali být svému dítěti oporou při jeho léčení.

# TEORETICKÁ ČÁST

*„Naděje je stav ducha,  
který dává smysl našemu životu.“*

*Václav Havel*

## 1 POTŘEBY ČLOVĚKA

Dřívější ošetřovatelství bylo výkonové, orientované na plnění ordinací lékaře, vycházející především ze základních biologických potřeb nemocného. V dnešní době by měl převažovat celkový, neboli tzv. holistický pohled na pacienta. Holismus je odvozené slovo řeckého původu a znamená celek. Proto se začíná prosazovat individualizovaná péče, vycházející ze všech potřeb pacienta, včetně psychických, sociálních a spirituálních. (2)

*„Motivace je definována jako hlavní hybná síla našeho jednání a konání. Pro naplnění potřeb je důležitá jak její síla, tak i schopnost jedince překonávat překážky. Za základní formu motivace jsou pokládány právě potřeby.“* (Šamánková, 2011, s. 16)

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

*„Potřeba je stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy → homeostázy. Vzniká při jakékoliv fyziologické odchylce od ideální hodnoty a nemůže být automaticky upravena,“* zní definice pojmu potřeba od Hartla. (Hartl, Hartlová, 2004, s. 444)

Podle Trachtové je potřeba *„projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.“* (Trachtová a kol., 2001, s. 10) Pojem potřeba je definován jako pohnutka, která člověka vede k určitému chování a způsobu jednání nebo ukazuje na projev nedostatku. Odstraňováním tohoto nedostatku pak dochází k uspokojování potřeb a vede k pocitu naplnění a spokojenosti. Neuspokojování potřeb může vést k deprivaci a psychickým nemocem. Potřeby jsou u každého jednotlivce individuální. Během života se mění co do kvantity, tak do kvality. Jsou přímo ovlivňovány věkem, kulturním a životním prostředím (Příloha č. 1), v němž se jedinec pohybuje. (20)

## 1.1 Klasifikace potřeb

Člověk potřebuje ke své existenci určité látky (potraviny, nápoje, odpočinek apod.), bez kterých by dlouho nepřežil. Tyto potřeby řadíme mezi **primární** (fyziologické, biologické). Jsou náplní základní ošetrovatelské péče o nemocného. Během historického vývoje se však u člověka vytvořily i další **sekundární** (sociální, kulturní) potřeby, které jsou svou podstatou základní společenskými potřebami, kdy člověk potřebuje společnost druhých lidí a komunikaci s nimi. (18)

Lidské potřeby jsou vymezeny společenskými podmínkami života. I když vývoj potřeb každého z nás ovlivňuje prostředí, ve kterém žijeme, naše potřeby se odvíjejí společenskými vztahy a místem, které ve společnosti zaujímáme. (4)

Z obecného hlediska se potřeby dělí do několika skupin. **Biologické** potřeby vyplývají z podstaty člověka jako živé bytosti a jejich neuspokojení se odráží v narušení fyziologické rovnováhy. Potřeby **psychické** jsou takové, které vyjadřují psychický stav jedince, vycházející z individuálního vnímání světa, rozvoje osobnosti, ve kterém se odráží jeho psychické i sociální strádání. **Estetické** potřeby se odvíjejí od vyspělosti jedince a jeho požadavků na krásu a estetický soulad prostředí. Potřeby **sociální** (společenské) ukazují potřebu sociálního zázemí a postavení. Potřeba **sebevyjádření** je odražena v prezentaci vlastních názorů, touze po pochopení, či vyslovení svých přání. **Duchovní** potřeby jsou spojeny s duchovním zaměřením a cítěním jedince.

Jedním z nejvýznamnějších výzkumníků v této oblasti byl americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908 - 1970), který v roce 1943 uvedl svou hierarchii potřeb (Příloha č. 2). Lidské potřeby seřadil hierarchicky podle naléhavosti od nejdůležitějších po nejméně důležité. Jeho teorie upozorňuje na dva základní směry: uspokojená potřeba nemotivuje, ovšem ve chvíli, kdy je uspokojena, objevuje se další, která žádá uspokojení. (18)

## 1.2 Maslowova hierarchie - pět úrovní potřeb

Fyziologické potřeby a potřebu bezpečí bychom mohli nazvat „základnou“ Maslowovy hierarchie a dá se říci, že jsou společné všem živým bytostem. Potřeby výše umístěné v této pyramidě jsou specificky lidské.

Jak jsem již zmínila, **fyziologické potřeby** jsou základem celé Maslowovy hierarchie. Můžeme je považovat za primární potřeby lidského těla (jídlo, pití, odpočinek, pohyb, teplo, světlo aj.). Ve chvíli, kdy jedinec strádá na úrovni těchto potřeb, fyziologické potřeby dominují a další potřeby člověka nemotivují. Ovšem pokud je tato úroveň potřeb uspokojena, do popředí se dostává další (vyšší) stupeň.

Druhý stupeň hierarchie tvoří **potřeba bezpečí a existenční jistoty**. Každý z nás je spokojenější a klidnější, pokud má jistotu domova a bezpečí, stabilní zaměstnání, čímž je osvobozen od strachu. Patří sem i potřeba pořádku, zákona a ochrana před nemocemi.

Třetí úroveň tvoří **společenské potřeby**. Charakterizují společenskou povahu jedince (přátelství, lásku, sdružování, potřebu kontaktu, společenského uplatnění, příležitost k sociální interakci aj.). Neuspokojení této úrovně potřeb může negativně ovlivnit duševní zdraví člověka.

**Potřeba uznání** je čtvrtým stupněm Maslowovy hierarchie (úspěch, respekt, úcta, potřeba sebedůvěry, ale i samostatnosti, pozornosti, pochvaly, veřejného uznání, dobrého výkonu, pověřování odpovědností atd.). Uspokojení těchto potřeb nám dává pocit sebedůvěry a prestiže.

Úplný vrchol Maslowovy hierarchie tvoří **potřeba seberealizace**. A. H. Maslow popisuje tyto potřeby jako „*touhu člověka být víc a víc než je, být vším, čím je člověk schopen se stát.*“ Člověk touží plně uplatnit své schopnosti a nadání. Chce být ve své realizaci zdatný a úspěšný (potřeba vědění, porozumění, růstu, estetické potřeby, motivace k vyšším cílům). Maslow píše, že lidé, kteří dosáhli až potřeby seberealizace, zažívají stav sebetranscendence či spirituality, kdy si uvědomují svůj plný potenciál. (4, 18)

### 1.3 Změny ve vnímání a uspokojování potřeb v období nemoci

Ve zdraví je většinou každý z nás schopen saturovat své potřeby bez pomoci druhých. Pokud je člověk zdravý, má možnosti i sílu dosáhnout toho, o co usiluje, regulovat své nároky, ale v každém případě jeho snažení není omezeno nemocí.

Naplnění lidských potřeb v období nemoci se liší. Sám nemocný řeší nově vzniklé vnitřní konflikty, ve kterých se odráží předešlé zkušenosti s nemocí, zdravotnickým

zařízením, ale i přístupem zdravotnického personálu. Tato fakta jsou podtržena formou onemocnění, ale i přijetím faktu, že je člověk nemocný. Pacient je nucen do změny svého životního rytmu a stresován neosobním studeným prostředím zdravotnického zařízení. Dostává se do životní situace, kdy uspokojování denních potřeb pro něj není až natolik zásadní, naopak přednost před všemi potřebami dostávají vlastní duchovní potřeby.

V léčbě a ošetřování nemocných se snažíme uspokojit potřeby, které jsou dané nemocí samotnou (např. akutní bolest, ztráta pocitu bezpečí a jistoty, stud při nadměrném odhalování apod.). Potřeby se mění s průběhem onemocnění, některé spontánně vymizí, jiné se zase naléhavě objeví.

V popředí samozřejmě zůstávají základní fyziologické potřeby, i když o ně nemocný ztrácí zájem. Úkol zdravotnického personálu spočívá v převzetí role za zabezpečení těchto primárních potřeb. V období nemoci je důležitá i potřeba bezpečí a jistoty. Nemocný chce vědět, že nezůstane na nemoc sám a opuštěný. Důležitou roli hraje zbavení se bolesti, ale i ostatních příznaků (nechutenství, nauzea, zvracení, nespavost atd.). Jistotou pro nemocného je fakt, že v případě potřeby mu bude k dispozici vše, co mu přinese úlevu.

Společenské potřeby, potřeba uznání a potřeba seberealizace v období nemoci téměř zanikají. Pro nás coby zdravotnický personál tento fakt o to více znamená, že musíme nemocného chválit, pomoci mu při pochopení jeho změněných potřeb a nároků. Měli bychom projevit individuální zájem o jeho osobu a dát najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat. (18)

Sociální a duchovní zájmy a potřeby hrají při vzniku a průběhu onemocnění stejně důležitou roli jako psychické a fyziologické potřeby. Pro některé jedince, jež pociťují utrpení, bolest, ztrátu i obavy z vážné nemoci, jsou duchovní potřeby v období nemoci těmi nejdůležitějšími. U člověka neonemocní primárně jen duše nebo tělo, vždy onemocní *“celá bio – psycho – sociální jednotka = člověk,”* i když se do popředí dostávají jen jednotlivé aspekty. Proto je důležité celistvé holistické pojetí nemocného při jeho léčbě. (3)

## 2 DÍTĚ A NEMOC

Nemoc je stav, o kterém by se dalo tvrdit, že by do dětského života neměl patřit. Nemocné dítě až tak nepociťuje strach z nemoci a jejích následků. Více se cítí ohrožené těmi, kteří se podílejí na jeho léčbě – lékaři, sestřičky, fyzioterapeuti, ale zrovna tak je zneklidňují i nepříjemné diagnostické postupy, či hořké léky. Děti vnímají především negativa a nejintenzivněji pociťují svá omezení.

Ve zdravotnickém zařízení tráví čas v prostředí, které z hygienických důvodů nebývá tolik pestré. Proto je potřeba dětem vytvořit proměnlivost prostředí a vnějších podnětů, které se budou podílet na jejich kognitivním rozvoji. Určitá potřeba stálosti, řádu a pravidelnosti denního léčebného režimu dítěti poskytuje smysluplnost života, která se v tomto věkovém období teprve utváří a zároveň se rozvíjí i základní návyky pro jakékoliv učení v životě. Pro dítě se svět stává alespoň do jisté míry předvídatelným. Nemoc sama o sobě však až tak snadno předvídatelná není.

Dalo by se říci, že dítě ještě není schopné pochopit souvislosti spojené s nemocí, a proto nevěnuje závažnosti svého onemocnění takovou pozornost. Prioritou pro ně zůstává, zda ho něco nebolí, či není nějak výrazně omezováno terapií. (18)

### 2.1 Onemocnění a individualita dítěte

Jakýkoliv nepříjemný vliv nemoci působící na dětský organismus se vždy promítá do celé osobnosti dítěte. Malé dítě vidí především přítomnost a je pro ně těžko pochopitelné, že momentální nepříjemnosti mu mohou pomoci v budoucnu. Nemoc u dětí může vyvolat pocity viny a trestu za to, že neposlechly maminku nebo zlobily. V období dospívání se pohled na budoucí život mění a získává na důležitosti. U starších dětí lze pozorovat strach z invalidity, trvalého poškození tělesného obrazu, ale i smrti.

Samotné vyčerpání z nemoci, nepříjemné pocity i úzkost se v chování dítěte projeví vždy v jedinečném osobním zpracování. Jinak bude reagovat na nemoc dítě klidné a vyrovnané, jinak úzkostné nebo výbušné. Již první kontakt s nemocným dítětem nám ukáže, zda budeme pečovat o dítě ukázněné a zvyklé na spolupráci, nebo o dítě, které je zvyklé na okamžité uspokojování všech svých potřeb a rozmarů.

Osobnosti dětských pacientů jsou mnohdy individuálnější než osobnosti pacientů dospělých. Chceme-li dosáhnout stejného cíle, v tomto případě co nejlepšího duševního stavu nemocného dítěte, musíme mít na paměti ryze individuální přístup, ve kterém je potřeba zohlednit vývojové stádium zralosti dítěte a dle něho se zaměřit na současné potřeby. (5)

## 2.2 Vývojová stádia dle E. H. Eriksona

Jednou z nejužívanějších vývojově psychologických koncepcí, uznávanou po celém světě, je koncepce Erika Homburgra Eriksona (1902-1994). Jeho koncepci dominuje samotná rodičovská péče, jejíž vliv podtrhává sociální prostředí a kultura. Eriksonova teorie rozděluje lidský život na osm vývojových stádií, tzv. „osm věků,“ z nichž se prvních pět věnuje dětskému věku, a to od narození do dospělosti.

### 1. stádium

**Kojenecký věk** (od narození do 1 roku věku) je specifický pro utváření důvěry či nedůvěry vůči okolnímu světu. Teorie tvrdí, že i ve chvíli, kdy se ztratí důvěra, v člověku zůstává ještě naděje, že bude jinak. Důvěra je z psychologického hlediska nejhlubším základem víry, včetně víry v Boha. Důvěřující naděje je důležitou složkou pro utváření citových vztahů (vztah dítě – matka, pacient – lékař, partner, kněz). Do osmého měsíce je dítě převážně odkázáno na podněty, které mu opatří dospělí. Po osmi měsících se začíná aktivně zmocňovat prostoru a podněty si opatřuje samostatně, čímž se začíná i samo individuálně kognitivně rozvíjet.

### 2. stádium

**Batolecí věk** (1 – 3 roky) je období, ve kterém se dítě začíná osamostatňovat. Dítě se učí ovládat své tělo, zkoumá okolí, učí se vědomě chtít a nechtít. V sociálních vztazích si batole začíná prosazovat svou vůli. Pro tento věk je charakteristická autonomie a pocit sebedůvěry. Je-li ovšem dítě nadměrně kritizováno, omezováno a jeho sebedůvěra zpochybňována, snadno začne pochybovat o sobě i svých schopnostech.

### **3. Stádium**

**Předškolní věk** (3 – 6 let) je typický pro dětskou aktivitu a iniciativu podmiňovanou rodiči. V této vývojové etapě jsou patrné rozvoj svědomí, schopnost autoregulace a následně i pocity viny. Nevhodná výchova může u senzibilnějších jedinců vytvořit pocit nechtěného ve světě dospělých. V sociální sféře se uvolňuje úzká závislost na rodičích a do popředí vstupuje dětská skupina jako významný činitel v utváření osobnosti dítěte.

### **4. Stádium**

**Školní věk** (6 – 12 let) je vývojová etapa, ve které dítě vstupuje do „pracovního“ kolektivu, má nové povinnosti – zátěž, nároky – se kterými se musí vyrovnat. Tento způsob adaptability dítěti pomáhá čelit svým novým osobním problémům. Dlouhodobý neúspěch v něm ale může vyvolat pocity méněcennosti. Rozvolňují se rodinné vazby a rodina se často přizpůsobuje novému společenskému postavení školáka a jeho povinnostem. V dětské skupině se tvoří vědomí skupinové solidarity a hlubší přátelské vztahy.

### **5. Stádium**

**Dospívání** (12 – 20 let) označuje Erikson jako období sociální identity a v pozdějším věku osobní identity. V raném dospívání se jedinec ztotožňuje se svými vrstevníky a je pro něho důležité vytvořit si své místo v jejich společnosti, začíná se zajímat o svůj vlastní citový život i o citový život druhých. Pozdější období osobní identity je typické pro vnitřní konflikty způsobené diskontinuálním přechodem z dětství do dospělosti. Dospívající řeší otázky své existence, doprovázené mnohdy až abstraktním uvažováním. Z psychologického hlediska jde o fázi zvláště náročnou a problematickou, ovšem osobnost již mívá náznaky trvalejšího charakteru. (16)

## **2.3 Zvládání nemoci v jednotlivých vývojových etapách dítěte**

Zvládání nemoci je leckdy pro dospělého pacienta náročnou životní situací. Pro dítě, které je odloučeno od rodiny a kamarádů, omezováno pohybovým režimem, potýká se



s nově vzniklou bolestí, nebo podstupuje bolestivé výkony, je období nemoci o to náročnější, protože ještě nechápe, co se s ním v danou chvíli děje.

Již v počátcích rozvoje dětských oddělení v nemocnicích zdravotníci u některých dětí vyzorovali pomalejší průběh onemocnění a neadekvátně pomalou reakci na léčbu. Daleko častější byly i komplikace, které se nedaly vysvětlit jinak, než jako důsledek snížené odolnosti dětského organismu způsobené negativními vlivy hospitalizace na duševní stav dítěte. Pro vyzorovanou „nemocniční nemoc“ se nakonec ustálil pojem hospitalismus, jehož zvýšené riziko působení může u dítěte vyvolat nevratné změny v jeho zdravém vývoji osobnosti.

V předchozích kapitolách jsem se zmiňovala, že významným faktorem pro zvládnání nemoci je samotný věk dítěte. (5, 23)

### **2.3.1 Kojenecké a rané batolecí období**

Z psychologického hlediska má toto období mimořádnou důležitost pro utváření citových a smyslových podnětů. Největším ohrožením pro dítě tohoto věku bývá ztráta jistoty a bezpečí způsobené separací od rodičů, kontakt s cizími lidmi i prostředím, které v dítěti vzbuzují přirozený strach a úzkost. Takovému dopadu na lidskou psychiku říkáme deprivace, neboli strádání, a to pohybové, smyslové nebo citové. Deprivované dítě ale netrpí jen omezováním, ale mnohdy i vynucenou separací (přerušením) již vytvořených vztahů.

Průzkum chování separovaných dětí od blízké osoby v raném dětském věku poukazuje na tři fáze **separační úzkosti**. První fáze protestu je charakterizována pláčem, křikem a vzdorem dítěte. Pokud není adekvátně řešena, u dítěte můžeme pozorovat vývojovou regresi (návrat do předchozí vývojové etapy). Fáze protestu pozvolna přechází do druhé fáze zoufalství, kdy dítě ztrácí naději, že si maminku vypláče. Uzavírá se do sebe, přestává brečet a odvrací se od okolí. Třetí fáze odpoutání od matky je kompenzací celé situace. Dítě potlačuje své city k matce a obrací se většinou k sestřičce, která ho ošetřuje. Jednotlivé fáze separační úzkosti mohou trvat různě dlouho, od hodin až po týdny. Třetí a někdy již druhá fáze jsou pokládány za dobrou adaptaci na hospitalizaci. Přístup ošetřujícího personálu, který pečuje o dítě,

se odráží v chování nemocných dětí. Šetrná manipulace, klidná intonace hlasu je základem pro ošetřování takto malých dětí. (5,12)

### **2.3.2 Batolata a děti předškolního věku**

Děti tohoto vývojového období jsou ovšem velmi citlivé na deprivaci potřeb a těžko se vyrovnávají s pohybovým omezováním. Dominantním úskalím tohoto věku je strach, úzkost, bolest. Ošetřující personál by neměl zapomínat, že rodiče jsou v takové situaci pro dítě tou nejdůležitější oporou. Samotná bolest je v ošetřovatelství fenomén, kterému je v posledních letech věnována značná pozornost. Strach má při ošetřování nemocných dvojí podobu. První nás pobízí k opatrnosti. Druhá stimuluje dítě ke strategiím, které mu pomáhají zvládnout strach a tím být „silnějším.“ Nepřekonaný či déletrvajícím strach vede u dítěte k rozvoji pocitu slabosti a bezmoci. Opakované nepříjemné a bolestivé zážitky snadno vyvolávají v dítěti úzkost a nepřekonatelný strach, které při déletrvajícím působení vedou k vytvoření fobie – syndrom bílého pláště. Proto je přítomnost rodičů, kteří své děti emočně podpoří, stále důležitá. (15)

### **2.3.3 Školní věk**

Děti školního věku začínají rozlišovat priority a potřeby dle pohlaví. Pokud je dítě v kontaktu se svými vrstevníky, dochází u něj i k rozvoji sebepojetí a sociálních dovedností. Dítě nyní nejvíce strádá odloučením od svých kamarádů. Špatně nese i své neúspěchy během terapeutických postupů, které v jeho nedotvořené osobnosti mohou vyvolávat pocity méněcennosti. V tomto období je velmi důležité dítě chválit a povzbuzovat i ve chvíli, kdy se mu daná věc nepovede.

### **2.3.4 Adolescence**

U adolescenta rodinné vazby již nejsou tak silné a v popředí se dotváří jeho identita. Dospívání je období vzdorů, hormonální a citové disbalance a je nutno k nim přistupovat s velkým taktem a ohleduplností. Pro dospívající je důležitá dřívější důvěra v druhé a především ve zdravotnický personál. Je důležité respektovat jejich potřebu

intimity a zbytečně bez přípravy je nevystavovat nadměrnému odhalování. Tělesný defekt získaný v tomto období může u depresivně laděných jedinců vést až k suicidálním tendencím. Adolescent je zaměřen na budoucnost a dívá se na sebe dost kriticky. Navázání spolupráce s pubescenty je o to těžší, protože nespolupracují za „odměnu,“ nebo pro naléhavé uspokojení potřeby, ale jejich konání má mnohem vzdálenější cíle do budoucna. (11, 16)

## 3 KOMUNIKACE

I přesto, že v medicíně a ošetrovatelství hraje dominantní úlohu nemoc, každý zdravotník by měl mít na paměti, že to není samostatný existenční jev. V popředí zůstává pacient, nikoliv projevy, které byly označeny za nemoc. Komunikace je odvozené slovo z latinského *communico, communicare*, které v překladu znamená sdělovati, spolusdílet. Správná komunikace je tedy základním předpokladem pro navázání vzájemné důvěry mezi pacientem a zdravotníkem, ale také pro úspěšnou léčbu. (5).

V péči o dětské pacienty je komunikace o to náročnější, protože se komunikuje s nemocným vystrašeným dítětem a zároveň leckdy až extrémně ustaranými rodiči, kteří celou situaci vnímají spíše emocionálně než racionálně. Pro zlepšení efektivity komunikace je nutné osvojení komunikativních dovedností, poznání osobnosti dítěte, vřelý vztah k dětem a v neposlední řadě i pochopení pro doprovázející rodiče. Osvojením těchto dovedností mívá komunikace ze strany zdravotníka povzbuzující, někdy až terapeutický účinek a pozitivně ovlivňuje vzájemnou interakci mezi nemocným dítětem, rodiči a jím samotným. (21)

*„Na to, jak se u lékaře cítíme, má vliv nejen jeho profesionalita, ale také to, jak vystupuje, jak se k nám chová. Kvalitní komunikace je základem každého partnerského vztahu. Ve zdravotnickém prostředí je komunikace opravdu hodně důležitá, protože ovlivňuje naši psychiku. Stačí málo, vlídné, vstřícné slovo, které pacienta podpoří a on pak má ke zdravotníkům větší důvěru. I léčba je pak úplně jiná, s pacientem se potom mnohem lépe pracuje.“* (Těthalová, 2012, s. 22) Jde o slova paní Purkardové, která dlouhých šest let docházela za svou vážně nemocnou dcerkou do nemocnice na jednotku intenzivní péče.

### 3.1 Zvláštnosti komunikace s dětmi a dospívajícími

V komunikaci s dítětem je potřeba také brát ohled na věk (kognitivní vyspělost, emoční a sociální zralost). Pokud nám dítě od začátku nevěří, jeho důvěra se získává velice obtížně. Důležitý je první kontakt dítěte se zdravotníkem. Mnohdy stačí jen s úsměvem pozdravit a tím je podpořen zdravý základ pro dobrý vztah. Pro dobrou

komunikaci s dětmi bychom neměli zapomínat ani na projevy empatie a úcty; i přesto, že jde o dětské pacienty, aktivní naslouchání je samozřejmostí. Rozhodně bychom se měli vyvarovat lhaní, zastírání, zlehčování či devalvace negativních emocí dítěte. Neměli bychom ani ignorovat jejich subjektivní pocity, opakované „dětské“ otázky, anebo kárat za nešikovnost. Pro nás dospělé to mohou být až nesmyslné požadavky, a proto je důležité mít na paměti, že dítě není zmenšený dospělý. Dítě má své prožitky, trápení i obavy, a proto jeho subjektivní prožívání nemoci by mělo být pro nás zdravotníky stěžejní.

Do prvního roku věku můžeme u kojence pozorovat jen řečové projevy – žvatlání, broukání či první slabiky. Do dvou let se rozvíjí řeč a tím se způsob komunikace z části usnadňuje. S mladšími dětmi je komunikace náročnější. Na hospitalizaci a odloučení od rodičů často reagují již zmíněnou separační úzkostí. Pro obnovení kontaktu se osvědčilo používat maňásky a plyšové hračky, kdy s dítětem mluvíme přes třetí osobu – maňásku. Dítě se tolik neupíná na zdravotníka, ale na hračku, se kterou je ochotno si hrát.

U dítěte školního věku je adaptace na nemocniční podmínky rychlejší a snadnější. Pro tento věk je důležitá informovanost o režimu dne, orientace v prostředí a vysvětlení výkonů, které se mu budou provádět. Pokud zdravotník získá důvěru a dítě vidí naději zlepšit svou zdatnost, je s ním velice dobrá spolupráce. V tomto věkovém období jsou pochvala a povzbuzení silnými podporujícími ekvivalenty.

Tvrdým oříškem pro komunikaci jsou děti pubertálního a adolescentního věku, které se rády předvádějí, provokují a mohou být až agresivní. Ve chvílích afektivního sporu je lepší ustoupit a vyčkat až se dítě vypovídá a uklidní. Potom je mnohem přístupnější a je schopno se držet daného tématu. Komunikovat bychom měli s rodiči, ale především s dospívajícím. Tím dospívající dítě stavíme do pozice, ve které ho plně respektujeme, a je možné si ho získat ke spolupráci, která je pro léčbu velmi důležitá.

### **3.2 Komunikace s rodiči**

Často se stává, že rodiče nemocného dítěte reagují na nemoc dítěte opravdu nepřiměřeně a je s nimi obtížná spolupráce. V takovém případě je nutné zachovat klid a uvědomit si, že rodiče mají právo na stres i neadekvátní reakce a jsme to my,

profesionálové, kdo má mít situaci pod kontrolou a celou ji zvládnout. Pro komunikaci s nimi je důležité rodiče ujistit, že jsme tu pro ně a chceme jim opravdu pomoci. Neměli bychom zapomínat, že mluvíme s laikem. Rodič může být v nemocničním prostředí poprvé, stres stupňuje obavy a zdravotnické terminologii nerozumí (např. vizita, kanyla, infúze atd.). Měli by vidět, že chápeme jejich potřebu ventilovat pocity ohrožení i negativní emoce a neodsuzujeme je za to. Pro řešení náročných situací je dobré mít na oddělení místnost, do které se mohou rodiče v případě potřeby uchýlit. Zaručí jim klid a soukromí, možnost vyplakat se a odreagovat beze svědků.

V případě, že mluvíme s rodiči nemocného dítěte, měli bychom si udělat na poskytnutí informací dostatek času na vysvětlování. V rozhovoru s nimi je důležité projevit o jejich strach a obavách zájem. Ukázat jim, že nejsou na vše sami, ale my jsme tu pro ně a připraveni jim pomoci. (16)

Mnohdy se i dospělý pacient obává zeptat na další průběh léčby, a to jen proto, že se při předchozím dotazu na něho sestra neurvale spustila. Bohužel i to se stává. Dětské pacienty v tomto suplují rodiče. Ale i oni se kolikrát ze stejného důvodu neptají. To je ovšem chyba. Každý z nás je především sám zodpovědný za své zdraví a stejné to je i u rodičů hospitalizovaných dětí. I oni potřebují dostatek informací a mít možnost se rozhodnout ohledně dalších postupů léčby jejich nemocného dítěte. (19)

## **4 DÍTĚ A RODINA JAKO CELEK**

Každá nemoc má svůj specifický průběh a délku, ovlivňuje vnímání nemocného, mění jeho názory, ale má i sociální význam pro nemocného, jeho okolí i postavení ve společnosti. Nemoc nikdy nepostihuje jedince izolovaně, ale má vliv na rodinu celou. Nemocný prožívá svoji nemoc svým způsobem i tempem. V období nemoci ztrácejí každodenní problémy na své důležitosti. Nemoc s nemocným dítětem sdílí především jeho rodiče, kteří jsou většinou schopni uvědomit si závažnost vzniklé situace a často bývají hluboce otřeseni a v šoku. V této fázi je důležité, abychom rodičům pomohli vyjádřit všechny jejich pocity. Nesmíme zapomenout, že každé i banální onemocnění dítěte do určité míry mění fungování rodiny na neurčitou dobu.

### **4.1 Přítomnost blízkého člověka**

Právo dítěte na přítomnost blízké osoby v době hospitalizace je garantováno Úmluvou o právech dítěte a doporučeno Chartou práv dětí v nemocnici (Příloha č. 3). Matka a otec jsou pro dítě základním, nenahraditelným zdrojem jistoty a bezpečí a podporují vývoj jeho osobnosti. Odloučení od rodiny je pro dítě větším zdrojem stresu než sama nemoc nebo bolest. Nemoc je významný zdroj, vyvolávající pocit ohrožení, kdy se dítě může obávat i o ztrátu nejvýznamnějších a pro ně nejdůležitějších vztahů. Proto nesmíme zapomínat nemocné dítě během hospitalizace opakovaně ujišťovat, že náklonnost nejbližších neztrácí. (18)

### **4.2 Spolupráce s rodinou**

Zdravotní péče nespočívá pouze v poskytnutí péče na nejvyšší úrovni. S úsměvem na tváři by si sestra měla umět poradit i s psychickým strádáním nemocného dítěte a jeho nejbližších. Právě ona, zdravotní sestra, je v nejužším kontaktu s ošetřovaným dětským pacientem a jeho doprovázející rodinou. Cíleně realizuje nejrozsáhlejší část každodenní péče. Jak je již výše zmíněno, z velké části se podílí i na výchově dítěte během pobytu ve zdravotnickém zařízení. V takové situaci se od sestry vyžaduje

naprosto profesionální přístup, psychická vyrovnanost a podpora rodičů, kteří nemají daleko k panice a zoufalství. (5)

Nesmíme zapomínat, že rodiče zůstávají tím nejlepším zdrojem informací o nemocném dítěti. Právě oni nejlépe rozumí chování svého dítěte a jeho reakcím na okolní podněty. Mnoho rodičů si ale myslí, že v nemocnici jejich roli přebírají zdravotníci. Naproti tomu zdravotníci očekávají, že doprovázející rodič jim sdělí jakékoliv změny v chování svého dítěte. (22)

Spolupráce s doprovázejícím rodičem nám může zajistit mnohem kvalitnější péči o nemocné dítě. Je dobré se s doprovodem dítěte domluvit, co je nezbytné a z jakého důvodu, včetně konzultace ohledně denního režimu, stravovacích návyků a jiných aktuálních potřeb, které nám zajistí maximální šetrnost. Ve chvíli, kdy se dítě dostane do nemocnice, u rodičů nevznikají pouhé obavy a strach o dítě. Mohou začít pochybovat o své rodičovské roli, kladou si otázky, zda něco nezanedbali, nebo nejednali špatně. Proto by si sestra měla být vědoma, že pečuje nejen dítě, ale i o jeho rodiče. (19)

### 4.3 Kontaktní sestra

V 80. letech 20. století byl ve Velké Británii zahájen projekt tzv. „kontaktní sestry.“ Role kontaktní sestry spočívá v pomoci a podpoře rodičů hospitalizovaných dětí. Je založený na tzv. **Family centred care** (péči zaměřené na celou rodinu) a **Negotiated care** (dohodnuté péči). Jeho hlavní ideou je poskytnutí komplexní péče celého rodinného systému. Primárně je zaměřen na nemocné dítě, ale zároveň se věnuje doprovázejícímu rodiči.

Hlavní hybnou silou je pozice „kontaktní sestry,“ která je v pozici komunikační spojky mezi nemocným dítětem, rodiči a zdravotníky. Proces je založený na vzájemné důvěře, respektu a vychází vstříc potřebám nemocných dětí i jejich rodičů.

Nejdůležitějším krokem ze strany zdravotníka bude přijmout rodiče za své partnery v ošetřování nemocného dítěte, umožnit jim ovlivňovat péči o dítě, protože každý má svou nezastupitelnou roli, čímž dohromady tvoří tým. Pro rodiče je i psychickou podporou, když se mohou podílet na základní péči o dítě a sestra zajišťuje pouze péči odbornou – aplikaci léků, měření vitálních funkcí, odběry krve, přípravu na vyšetření



atd. Rodič se necítí tolik ovládan a vše zlepšuje spolupráci a atmosféru na oddělení, kterou vnímají jak děti, tak i rodiče. Společné rozhodování rodičů a odborníků vytváří porozumění a společný cíl v nejlepším zájmu dětského pacienta. Partnerství rodičů a profesionálů neobsahuje pouze výměnu informací a společné hodnocení a rozhodování, ale také sdílení pocitů.

Hospitalizace dítěte a následné sdělování ne vždy příznivých zpráv je obtížným momentem nejen pro ty, kdo tuto zprávu přijímají, tedy pro rodiče, ale také pro toho, kdo zprávu sděluje. (17)

## 5 DUCHOVNÍ PÉČE

Hovoříme-li o duchovní péči o nemocné, pak máme na mysli péči o široké spektrum duchovních potřeb či spíše způsobu vnitřního prožívání nemocného. Konkrétně prožívání vlastní existence nemocného, vztahů k jeho okolí na základě předešlých zkušeností, současného stavu a očekávání budoucnosti.

Spirituální hodnoty jsou druhému jen těžko sdělitelné. Postihují osobnost do hloubi jeho nitra a často přesahují vše, co běžný lidský život přináší a obsahuje. Nelze je proto v žádném případě pouze redukovat na více či méně běžné, snadno definovatelné, náboženské úkony, ani pouhé poskytování možné útěchy, kterou chceme nemocnému usnadnit prožívání jeho celkového psychického stavu v nemoci. Zde se nacházíme na existenciální hranici lidské osobnosti. „*Pro někoho jsou tyto hlubiny spíš "něčím" (hlubiny duše, osud, apod.), pro jiného jsou místem setkání s "někým" (s tím, koho tuší, ale neumí ho nazvat; s nejhlubším tajemstvím; s Bohem).*“ (Opatrný, 2004, s. 6)

Základní a nejobecnější spirituální hodnotou, která přesahuje vlastní já jedince a zároveň otevírá bránu k dalším opravdovým duchovním hodnotám, je skutečná láska, ve které je člověk schopen vyjít sám ze sebe, tedy za hranici svého já, nezištně se otevřít a dávat své bytí druhým. Nemocní lidé pak bývají k těmto vlastním já přesahujícím, tj. transcendentním hlubinám samotné existence, více či méně vnímaví. U někoho dochází k odkrývání těchto hodnot v kontextu dosud nabytých zkušeností v přímé souvislosti očekávání budoucnosti. V těchto případech nebývá určující, do jaké míry jsou schopni o těchto skutečnostech komunikovat. U jiných je pak patrné uzavření se vlastního nitra a následné vyhýbání se hlubšímu kontaktu s druhými.

Člověk nacházející se v těžké životní situaci, ve stádiu těžké nemoci či strachu z vážné nemoci svého blízkého člověka, často bývá konfrontován se svým vlastním JÁ. Upřímně se zabývá otázkami své existence i existence všeho, čím je obklopen. Hledá „pevnou půdu pod nohama“, jakýsi „odrazový můstek“, který by mu pomohl překonat toto nelehké období. Otázky po smyslu bytí pak evokují i otázky po existenci principu samotného bytí, hledání Boha, lidského směřování a cíle. (7)

## 5.1 Specifika duchovní služby u dětí

Pro účelné uspokojení duchovních potřeb dítěte musíme mít stále na mysli věk a duševní zralost dítěte. Život dítěte v prvních letech života je úzce spojen s rodinou. Nemocné dítě přirozeně přitahuje pozornost matky, která velice niterně prožívá bolest svého dítěte, vše ostatní pak u ní přirozeně ustupuje do pozadí, včetně většího zájmu o ostatní členy rodiny. Vztah matky a dítěte je v raném věku významnou skutečností ovlivňující psychický stav nemocného dítěte. S přibývajícím věkem a rozumovým dospíváním tato vazba u dětí ustupuje do pozadí. Důvěra a hloubka vztahu mezi rodiči a dětmi hraje důležitou roli v uspokojování duchovních potřeb. Sociální zázemí se dále vytváří i přátelstvím dětí mimo rodinu, kde dochází k vymezení osobnosti mimo domov. Během léčby je dobré mít na zřeteli i dosavadní zájmy a koníčky dítěte a ty pak v rámci zdravotního stavu jedince maximálně podporovat. Základní duchovní potřeby, které vyvstávají v dětském věku v nelehkých životních situacích, jsou především láska, bezpečí, důvěra, víra a naděje, jak uvádí pastorační příručka pro doby zvláštní tísně. (13)

## 5.2 Kontakt nemocničního kaplana s rodiči

Každá větší nemocnice v dnešní době disponuje nemocničním kaplanem nebo pastoračním asistentem, který je přímo určen ke službě nemocnému a péči o jeho vnitřní stav.

Pro nemocné je však duchovní většinou cizí osobou, která nemá jeho důvěru, z čehož plyne, že mu příliš přímo pomoci nemůže. Duchovní v nemocničním zařízení by měl především dbát na kontakt s lidmi, kterým dítě přímo důvěřuje a má k nim osobní vztah. Těmi jsou rodiče. Úkolem duchovního je pak především vyslechnout rodiče a vhodným způsobem je povzbudit v jejich náročné životní situaci. Nejde o to dávat jim za každou cenu pouze pozitivní vyjádření či doporučovat praxi náboženských úkonů, ale dokázat naslouchat a porozumět jejich obavám, být jim nablízku a oporou, když je potřeba. (7)

### 5.3 Pastorační péče během hospitalizace

Lékaři a především sestry jsou zatíženi nejen administrativní činností, související s chodem nemocnic, ale jsou také přirozeně vystaveni tlaku očekávání, zklamání a někdy i agresí rodičů či příbuzných hospitalizovaného dítěte v požadavcích na úspěšný proces léčby. Jejich únikem může být soustředění se na maximální odbornost při stanovení a provádění léčebných procesů, což je ostatně jejich primárním úkolem. Často se však stává, že na „péči o duši dítěte“ zbývá málo času. V léčebném procesu je však důležité ujasnit si, jaké existenciální a spirituální otázky může dítě mít a jakým způsobem mohou být tyto potřeby uspokojovány.

V těžké nemoci je člověk úzce orientován na přítomnost, na svůj aktuální stav. Důležitou oblastí pro něho bývá subjektivní prožívání své nenadálé životní situace, kdy bývá více orientován sám na sebe a boj s nemocí. Rodiče celou situaci vnímají mnohem silněji i s náhledem do budoucna. Rodiče těžce nemocných dětí bývají často uzavřeni do sebe, do minulosti, což bývá zdrojem úzkostí a výčitek. Pokud začíná být zřejmé, že se rodič "propadá" do svého nitra, může mu pomoci spíše citlivé uvedení dalších témat k přemýšlení a k upoutání zájmu, než snaha odvracet ho od pohledu do nitra. Tento duševní stav se pak může stát velkou výzvou ke smíření, přehodnocení současného způsobu života a tvorbě nových cílů, tedy orientací na budoucí události, jejichž středem je nemocné dítě. Jelikož nemocné dítě se s důvěrou obrací se svými starostmi především na své rodiče, je důležité, aby právě oni – rodiče, dokázali být oporou a dali dítěti pocítit zájem o jeho duševní potřeby a naplnit je. (14)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Velké procento rodičů se dostalo do situace, kdy jejich dítě muselo být hospitalizováno v nemocnici. Každý rodič chce pro své dítě to nejlepší. Je důležité si pamatovat, že pokud strádá dítě, strádá s ním celá rodina. Strach a beznaděj rodičů se velice rychle odráží v psychickém stavu nemocného dítěte a tím může jeho uzdravení trvat déle. Pokud chceme léčit nemocné dítě, měli bychom mít na paměti i jeho doprovázející rodiče, kteří mají své potřeby. V těchto chvílích je pro ně nejdůležitější naděje. Je pravděpodobné, že věřící rodič se v takové situaci obrací k Bohu. Začala jsem se zabývat otázkou, kde nebo v kom nachází naději rodiče nevěřící? Co jim vlastně pomáhá vyrovnat se s celou situací a být svému dítěti oporou?

### 6.1 Hlavní problém

Každý člověk, který přichází do zdravotnického prostředí má své potřeby. Nezáleží na tom, zda je věřící nebo nevěřící, žena nebo muž, starý nebo mladý. Každý má nárok na jejich naplnění. Nemyslím si, že by této stránce bylo ve zdravotnickém zařízení věnováno dostatek pozornosti. Kolik pozornosti opravdu věnuje zdravotnický personál duchovním potřebám rodičů, kteří doprovázejí své nemocné dítě, se pokusím zjistit v praktické části své práce.

### 6.2 Dílčí problém

Klinika dětského Kardiocentra v Motole disponuje ve svém ošetřujícím týmu navíc tzv. kontaktní sestrou, která je na klinice právě proto, aby uklidnila vystrašené rodiče, v klidu s nimi rozebrala stávající situaci a pokusila se společnými silami najít vyhovující řešení. Jaký vliv má působení kontaktní sestry v praxi na rodiče a jejich potřeby se zaměřím v dalším bodu praktické části práce.

## 7 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavním cílem mého výzkumu je vymezení duchovních potřeb rodičů doprovázejících své dítě během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Data získám porovnáním výsledků jednotlivých skupin. Blíže se zaměřím na jejich specifické rozdíly, pro které jsem stanovila následující cíle:

1. Zjistit zda existuje rozdíl mezi vyhledáváním duchovních potřeb mezi věřícími a nevěřícími rodiči.
2. Zjistit zda existuje rozdíl v prožívání duchovních potřeb mezi ženami a muži.
3. Zjistit do jaké míry ovlivňuje přítomnost kontaktní sestry uspokojování duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení.

## 8 METODIKA

### 8.1 Metodika výzkumu

K získání dat svého šetření jsem zvolila kvantitativní výzkum pomocí anonymní dotazníkové metody. Tvorbu dotazníku ovlivnily mé vlastní životní a profesní zkušenosti. Dotazník o třiceti otázkách (Příloha č. 4) jsem rozdělila na dvě části. V první části se věnuji sběru identifikačních znaků o respondentech. Na ni navazuje část druhá, která obsahuje otázky vztahující se ke stanoveným hypotézám práce. Dotazník byl vytvořen z otázek uzavřených, polouzavřených i otevřených.

Vlastnímu výzkumnému šetření předcházela pilotní studie, pro kterou jsem použila 10 dotazníků u rodičů na vlastním pracovišti – JIRP. Cílem bylo ověření jednoduchosti, jednoznačnosti a šetrnosti otázek vůči dotazovaným.

Kritéria pro výběr klinik byla jednoznačná. Ve Fakultní nemocnici v Motole jsem požádala o spolupráci Kliniky Dětského kardiocentra, kde kontaktní sestra působí nejdéle v celé České republice. Ta se zároveň postarala i o distribuci dotazníků. Druhá nemocnice, Fakultní Thomayerova nemocnice s Poliklinikou, disponuje pouze 4 dětskými klinikami. Pro šetření jsem zvolila Kliniky dětské chirurgie a traumatologie,

kde sama pracuji a měla jsem možnost průběžné kontroly o celkovém průběhu šetření a návratnosti. Zde jsem požádala o spolupráci staniční sestru a směnné sestry standardního oddělení. Zvolené nemocnice jsem se písemně požádala o povolení provedení výzkumného šetření. V první polovině prosince roku 2011 jsem obdržela povolení etické komise od obou nemocnic a následně jsem osobně dotazníky odnesla na příslušné kliniky. Vlastní výzkumné šetření probíhalo od druhé poloviny prosince roku 2011 do konce ledna roku 2012.

## **8.2 Metodika zpracování výsledků**

Data jsem zpracovala pomocí softwaru Microsoft Office Excel pro Windows 2007. Získaná data jsem graficky znázornila pomocí výsečových a sloupcových grafů. Sečtené hodnoty byly dle potřeby a pro lepší přehlednost převedeny na celá čísla procentuálního zastoupení dané skupiny dle matematických zákonitostí.

Počáteční grafy identifikují respondenty. Následují grafy zobrazující výsledky výzkumného šetření. Součástí každého grafu je komentář. Otázky jsem použila k identifikaci zvolených respondentů a ke zhodnocení pravdivosti stanovených hypotéz. Zbývající otázky, především otázky otevřené byly použity v diskuzi na principu zpětné vazby od rodičů, pro upozornění dalších nezmíněných potřeb a zmapování dalších návrhů pro zlepšení kvality zdravotnické péče.

## **9 HYPOTÉZY**

### **Hypotéza č. 1**

Domnívám se, že existuje rozdíl mezi požadavky a uspokojováním duchovních potřeb mezi věřícími a nevěřícími rodiči.

### **Hypotéza č. 2**

Domnívám se, že existuje rozdíl v prožívání duchovních potřeb mezi ženami a muži.

### **Hypotéza č. 3**

Domnívám se, že přítomnost kontaktní sestry má vliv na uspokojení duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení.

## **10 VZOREK RESPONDENTŮ**

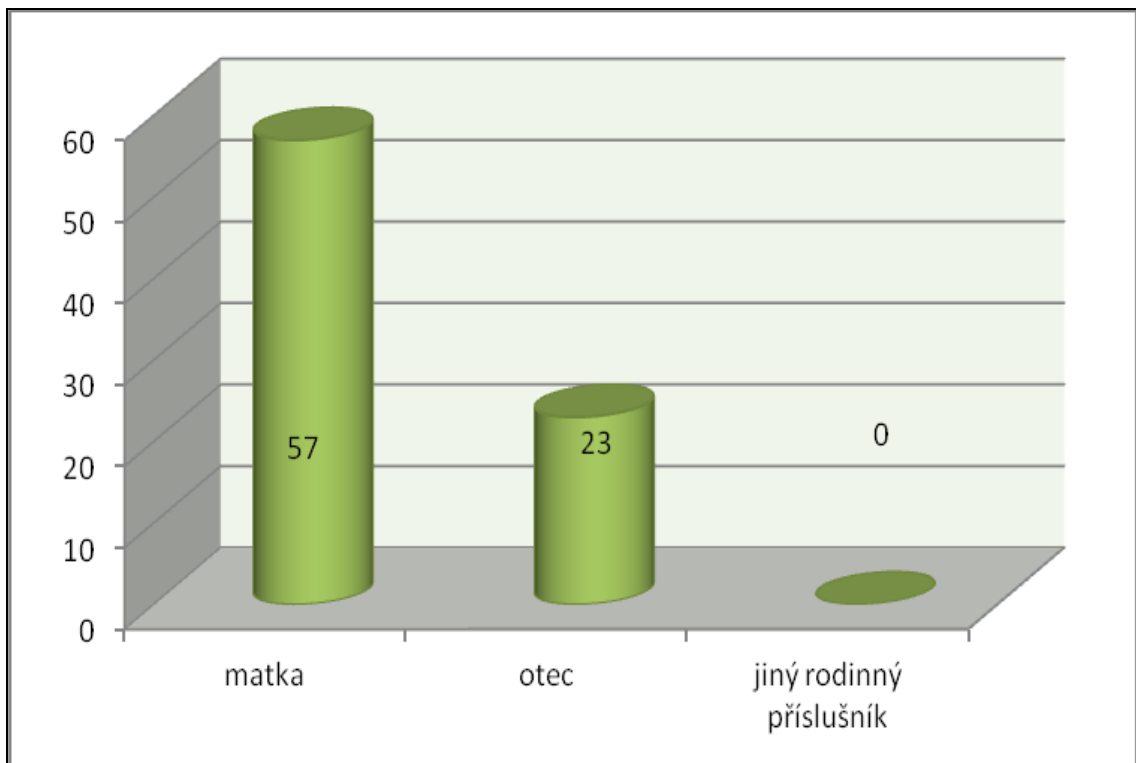
Celkem jsem rozdala 100 dotazníků, přičemž každá klinika obdržela 50 kusů. Zpět jsem obdržela 14 dotazníků nevyplněných a 5 jsem vyřadila pro neúplnost údajů. Konečný počet dotazníků, které bylo možno použít pro výzkumné šetření, činilo 80 ks, tedy 80% z původního počtu.

Volba respondentů byla daná. První skupinu tvořili rodiče dítěte hospitalizovaného na Klinice dětského kardiocentra ve FNM, kde ošetřující personál disponuje již zmiňovanou kontaktní sestrou. Druhá skupina respondentů byli rodiče hospitalizovaní na Klinice dětské chirurgie a traumatologie ve FTNSP v Krči, o jejichž děti pečoval zdravotnický tým bez kontaktní sestry.



# 11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

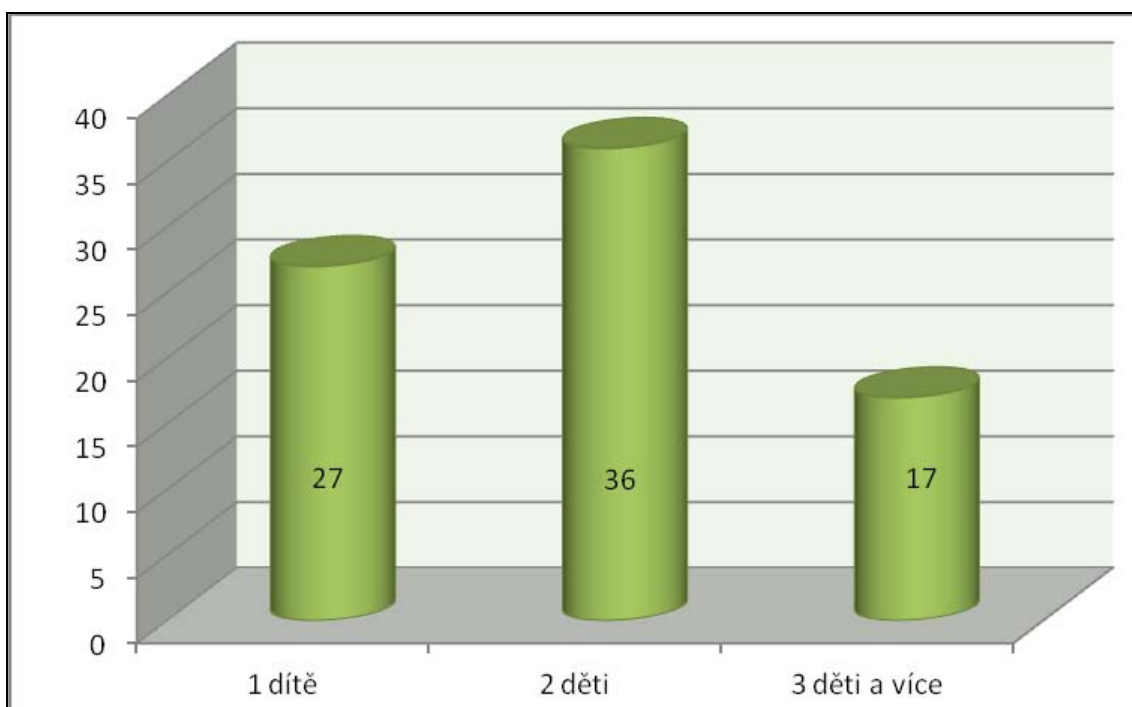
## 11.1 Identifikační znaky vzorku respondentů výzkumného šetření



**Graf č. 1** Pohlaví respondentů

(dotazníková otázka č. 2)

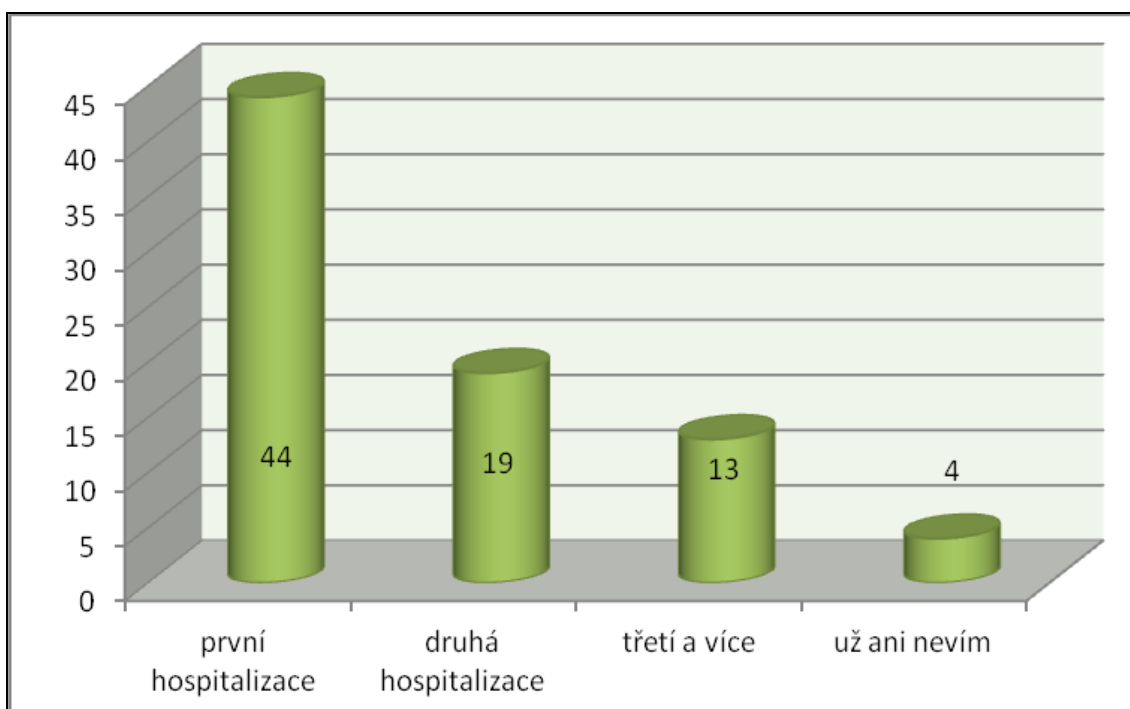
**Komentář:** Graf zobrazuje zastoupení mužského a ženského pohlaví. Nejpočetnější skupinu dotazovaných respondentů tvořily ženy a to 57 matek. Zbýlých 23 respondentů zastoupili otcové. Zastoupení žen je mnohem vyšší (71%), než zastoupení mužů (29%). Pro následující hodnocení výsledků bude tedy opět třeba zohlednit zastoupení obou pohlaví. Neobdržela jsem jediný dotazník vyplněný jiným rodinným příslušníkem.



**Graf č. 2 Počet dětí v rodině**

(dotazníková otázka č. 3)

**Komentář:** Tento graf vyznačuje počet dětí v rodinách vyšetřovaných respondentů. U 27 dotazovaných (34%) se jednalo o rodiny s jedním dítětem. 36 (45%) respondentů vychovává 2 děti a zbylých 17 (21%) případů respondentů žije v domácnosti se třemi a více dětmi. Z tohoto grafu by se dalo usoudit, v jaké intenzitě mohou rodiče prožívat nemoc svého dítěte. Přírozeným jevem rodinného systému je fakt, že rodiče vychovávající jen jedno dítě, budou jeho nemoc prožívat mnohem intenzivněji, než rodiče vychovávající více dětí.



**Graf č. 3 Četnost hospitalizací nemocného dítěte**

(dotazníková otázka č. 4)

**Komentář:** V grafu je znázorněna četnost hospitalizací nemocného dítěte s doprovodem. Tím se nám nabízí hrubá představa možných zkušeností s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Ve 44 případech dotazovaných (55%) se jednalo o první hospitalizaci, 19 dotazovaných (24%) tvořili rodiče hospitalizovaní podruhé, 13 respondentů (16%) bylo hospitalizováno potřetí a vícekrát. Nejméně početnou skupinu tvořili 4 rodiče (5%), kteří byli hospitalizováni s potomkem tolikrát, že četnost již nedokážou spočítat. Je pravděpodobné, že rodiče hospitalizovaní poprvé se svým nemocným dítětem budou mít mnohem nižší nároky na zdravotnické zařízení. O to méně se mohou vyjádřit o svých obavách a potřebách, než rodiče, kteří jsou hospitalizovaní opakovaně.

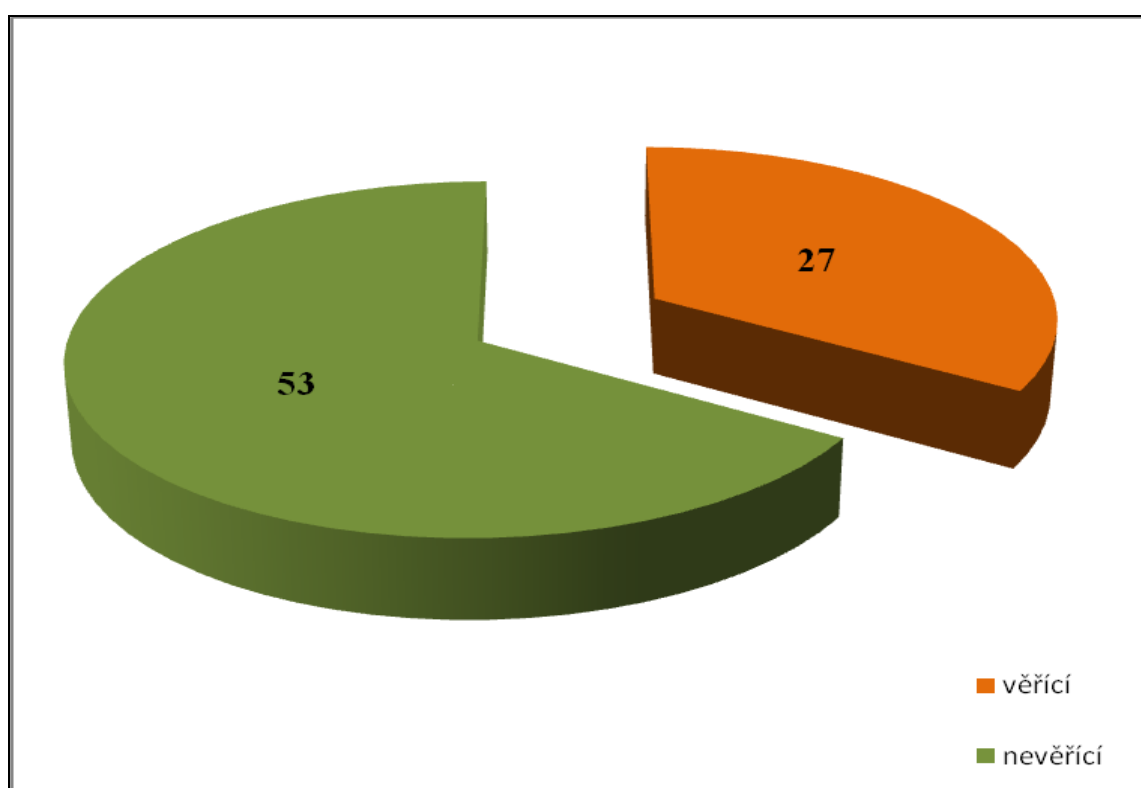
## 11.2 Zpracování vlastního výzkumného šetření

### Hypotéza č. 1

Domnívám se, že existuje rozdíl mezi požadavky a uspokojováním duchovních potřeb věřících a nevěřících rodičů.

Pro vyhodnocení první hypotézy jsem použila otázky č. 5, 12, 13 a 14.

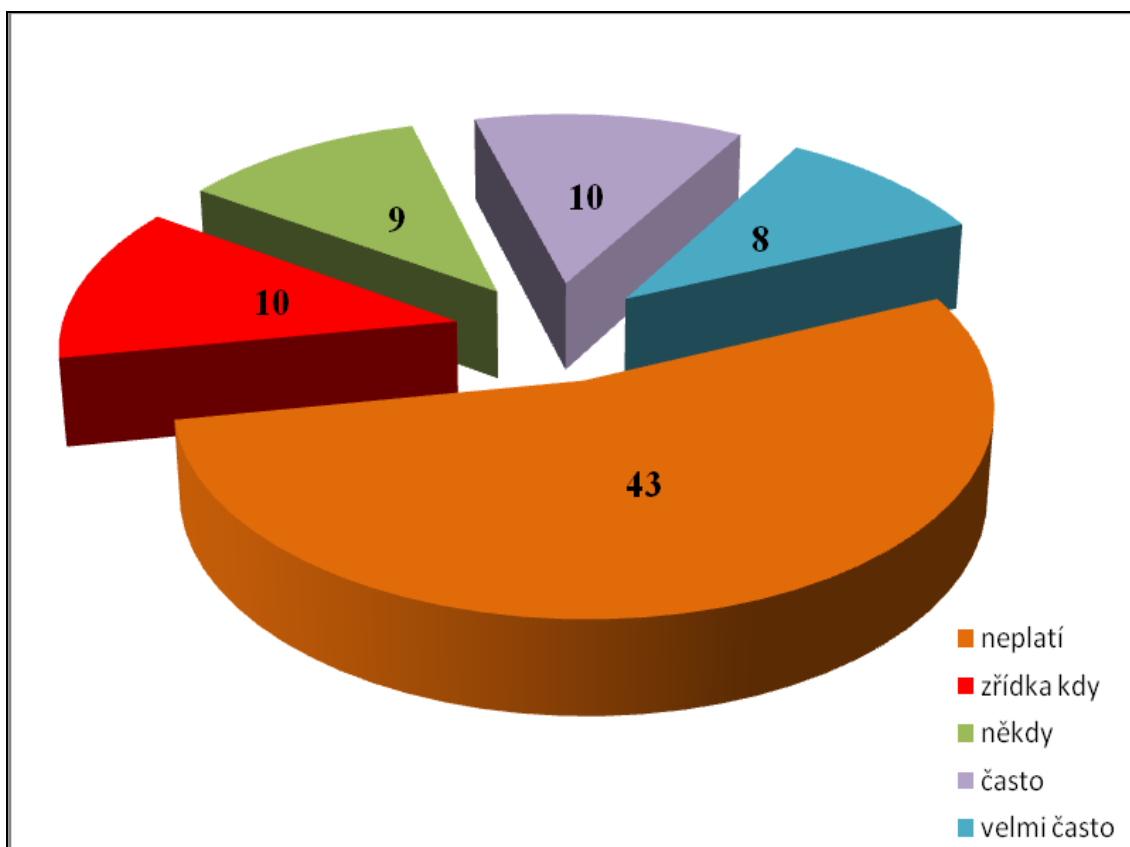
### Otázka č. 5 Jste věřící?



**Graf č. 4 Poměr věřících a nevěřících respondentů**

**Komentář:** Dotazníkové šetření nám poukazuje na fakt, že nepoměr mezi věřícími a nevěřícími je dost výrazný. Skupinu věřících tvořilo 27 dotazovaných, tj. třetina respondentů (34%) z celkového počtu dotazovaných. Naopak v poměrně silném zastoupení 53 respondentů (66%) tvořilo skupinu nevěřících z celkového počtu.

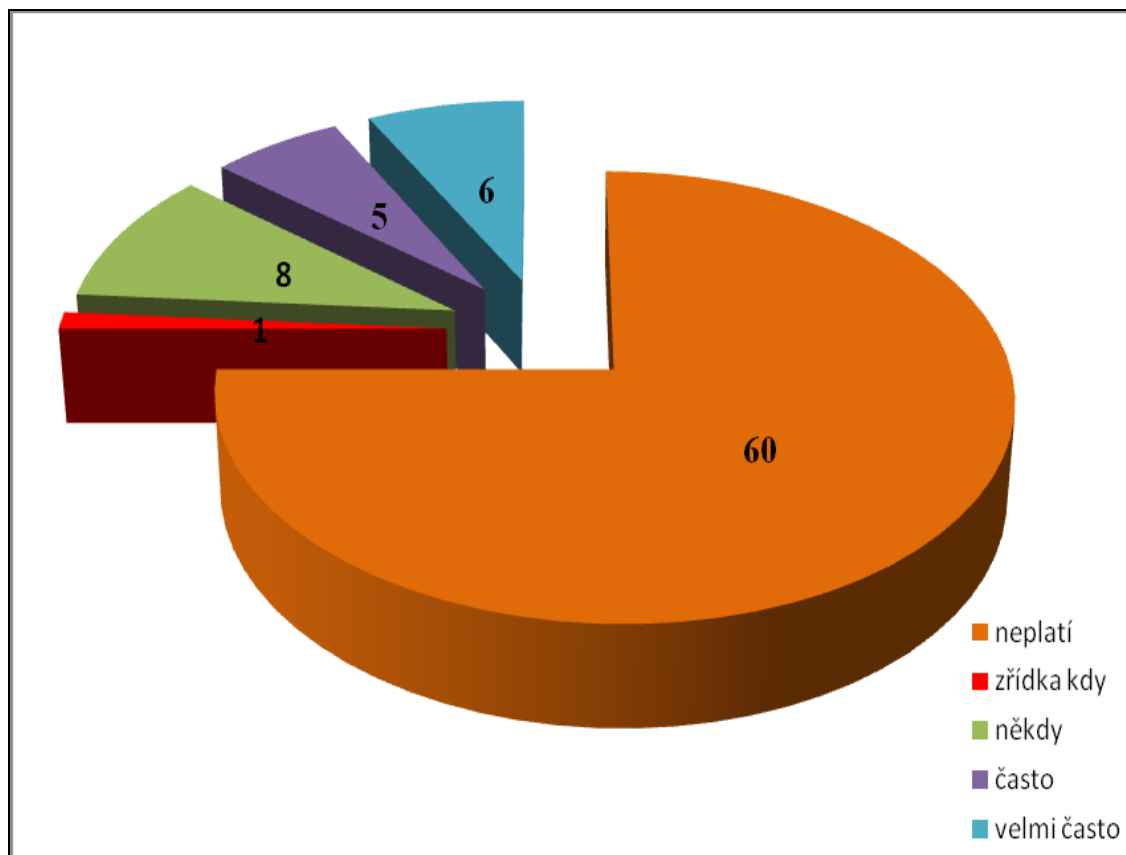
**Otázka č. 12** Je víra v Boha pro Váš život a pro život Vašeho dítěte určující?



**Graf č. 5** Důležitost víry v Boha pro životní existenci

**Komentář:** Druhý graf pro tuto hypotézu znázorňuje důležitost víry v Boha a do jaké míry je pro člověka stěžejní. 43 respondentů (53%) tvoří skupinu, kterou víra v Boha vůbec neovlivňuje, 10 dotazovaných (13%) ovlivňuje víra v Boha zřídka kdy, 9 dotazovaných (11%) ovlivňuje jen někdy. Následujících 10 dotazovaných (13%) víra v Boha ovlivňuje často a pro zbylých 8 respondentů (10%) je víra v Boha v životě stěžejní.

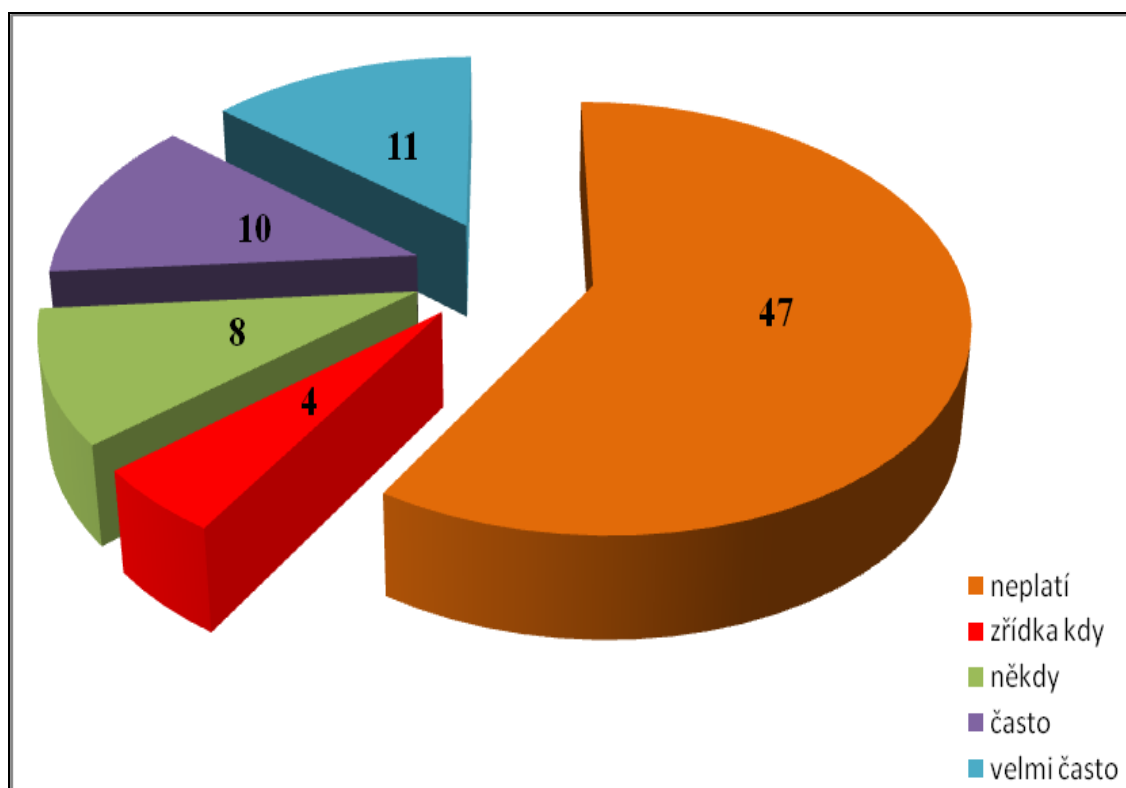
**Otázka č. 13** Byla Vám nabídnuta či umožněna návštěva kněze k lůžku nemocného dítěte?



**Graf č. 6 Nabídka návštěvy kněze k lůžku nemocného**

**Komentář:** Z uvedeného grafu vyplývá, že v 60 případech dotazovaných (75%) nebyla vůbec nabídnuta návštěva kněze u lůžka nemocného dítěte, u 1 respondenta (1%) byla návštěva kněze nabídnuta zřídka. 8 dotazovaných (10%) se setkala s nabídnutím návštěvy kněze jen někdy. Často byla tato služba nabídnuta jen 5 respondentům (6%) a zbylých 6 dotazovaných (8%) se s touto nabídkou setkala velmi často.

**Otázka č. 14** Očekáváte od nemocnice zajištění dostupnosti duchovního?



**Graf č. 7** Zajištění duchovního ze strany zdravotnického zařízení

**Komentář:** Čtvrtá a již poslední otázka s grafickým znázorněním, vztahující se k první hypotéze vyobrazuje 47 respondentů (58%), kteří nečekají od ZZ zajištění dostupnosti duchovního. 4 dotazovaní (5%) tuto službu očekávají jen zřídka kdy, 8 rodičů (10%) by ji očekávalo jen někdy. 10 respondentů (13%) tuto službu vyhledává často a zbylých 11 dotazovaných (14%) by takovou službu uvítalo velmi často.

## **Shrnutí Hypotézy 1**

Otázka č. 5: „*Jste věřící?*“

První otázka pouze rozděluje dotazované rodiče na věřící a nevěřící. Již zde je vidět markantní nepoměr mezi oběma skupinami. Téměř dvě třetiny z celkového počtu – 53 rodičů (66%) tvořili rodiče nevěřící. Zbýlých 27 dotazovaných rodičů (34%) bylo věřících.

Otázka č. 12: „*Je víra v Boha pro Váš život a pro život Vašeho dítěte určující?*“

Skupina nevěřících respondentů je dvakrát početnější, než skupina věřících. I přesto je pro 7 nevěřících rodičů (13%) víra v Boha do určité míry pro život důležitá. Pro 46 nevěřících (57%) respondentů víra v Boha v jejich životě nic neznamena a 34 rodičům (43%) víra v Boha život ovlivňuje. Zde je zřetelný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími rodiči v ovlivnění vírou v Boha.

**Hypotéza byla potvrzena.**

Otázka 13: „*Byla Vám nabídnuta či umožněna návštěva kněze k lůžku nemocného dítěte?*“

Bohužel tato otázka nepotvrdila ani nevyvrátila první hypotézu. Zde jsem se narazila na skutečnost, která jednoznačně poukazuje na zanedbávání spirituálních potřeb dětských pacientů a především jejich doprovázejících rodičů ze strany zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu není možné otázku použít.

**Hypotézu nebylo možno potvrdit ani vyvrátit.**

otázka 14: „*Očekáváte od nemocnice zajištění dostupnosti duchovního?*“

I přes nepoměr mezi věřícími a nevěřícími je zřetelný výsledek mezi požadováním zajištění dostupnosti duchovního. Jak se dalo předpokládat, nevěřící tuto službu od zdravotnického zařízení nevyžadují, naopak věřící rodiče projeví o takovou nabídku zájem.

**Hypotéza byla potvrzena.**

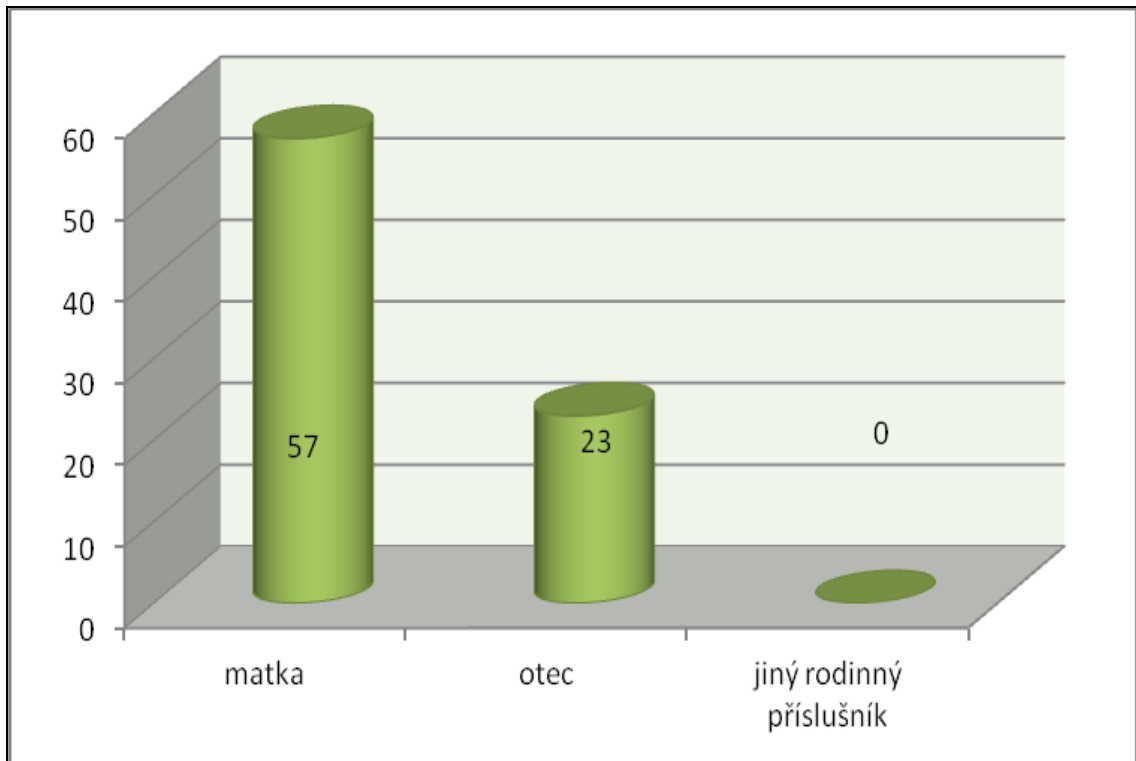


## Hypotéza č. 2

Domnívám se, že existuje rozdíl v prožívání duchovních potřeb mezi ženami a muži.

Pro vyhodnocení druhé hypotézy jsem použila otázky č. 2, 7, 8, 16 a 22.

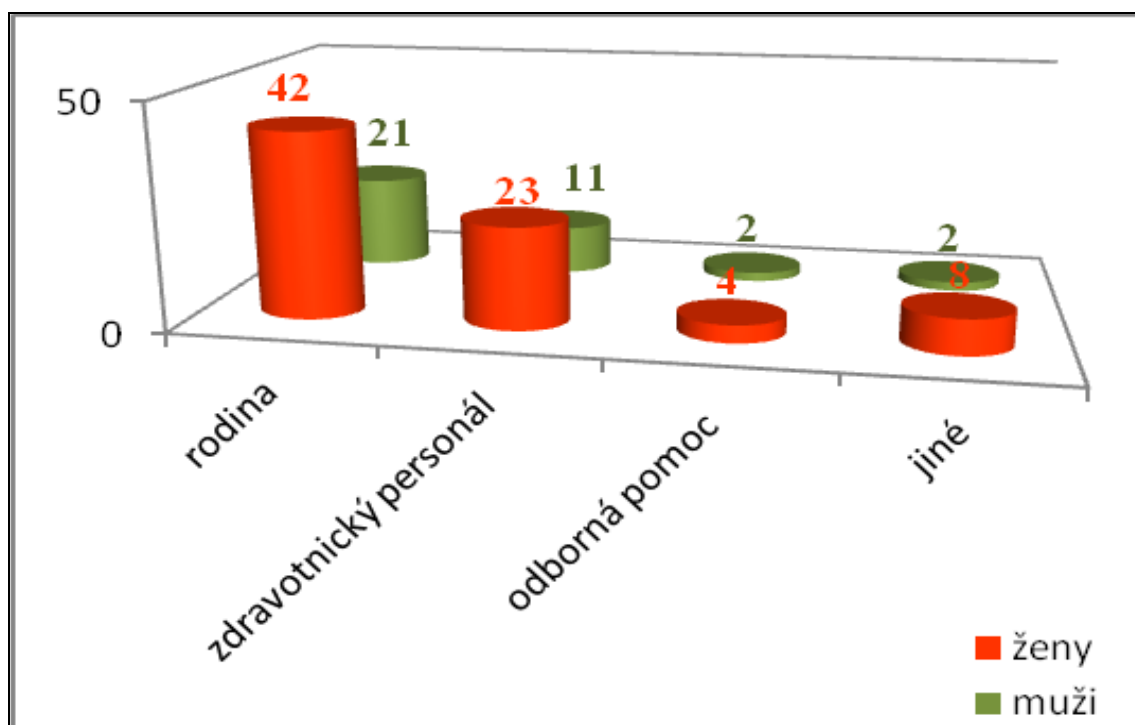
### Otázka č. 2 Jste:



**Graf č. 1 Pohlaví respondentů**

**Komentář:** Z tohoto grafu vyplývá, že výzkumného šetření se zúčastnily především matky a to v počtu 57 (71%), oproti otcům, kterých bylo jen 23 (29%). Pro následující hodnocení výsledků bude tedy třeba zohlednit zastoupení jednotlivých pohlaví. V grafech, které se vztahují k této hypotéze, bude barevně rozlišeno mužské a ženské pohlaví. Zjištěné hodnoty budou pro celkové zhodnocení a dle potřeby přepočteny na procentuální zastoupení dané skupiny.

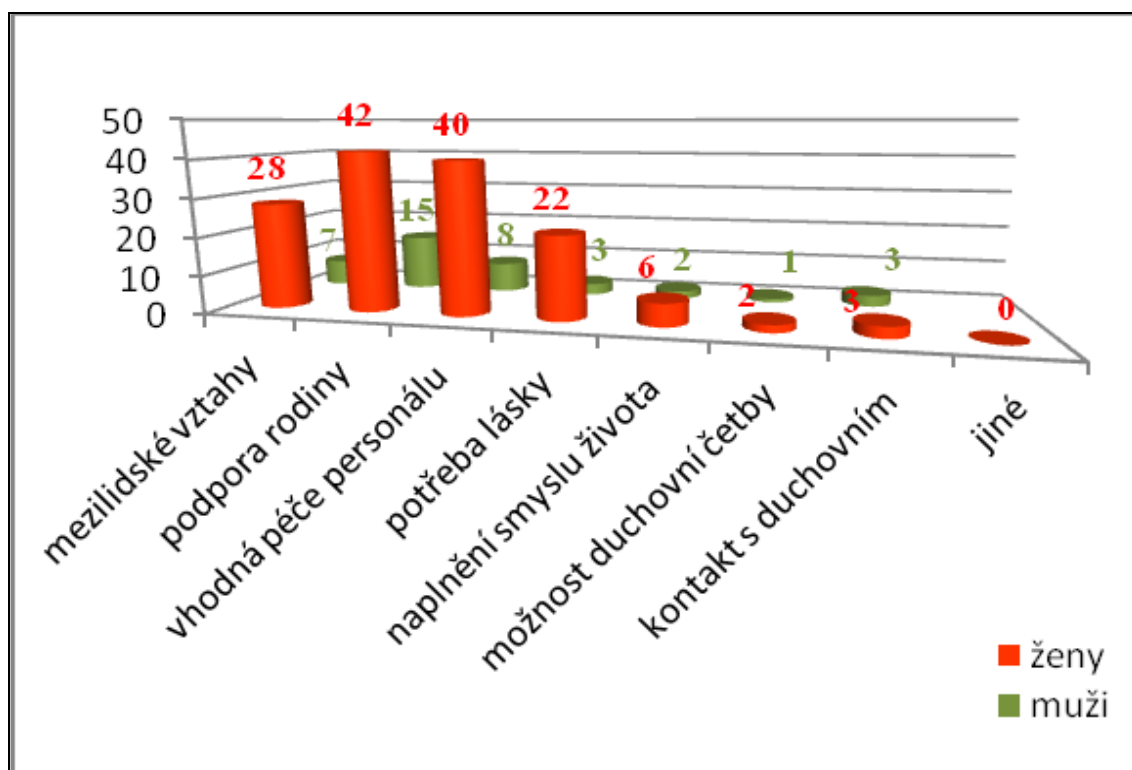
Otázka č. 7 Co Vám pomohlo postupně přijmout situaci, že je Vaše dítě nemocné?



Graf č. 8 Pomoc při zvládnutí situace, že je dítě nemocné

**Komentář:** Graf zobrazuje, kde a v kom rodiče nejčastěji hledali pomoc při zvládnutí situace, že jejich dítě onemocnělo. 20 matek a 13 otců zvolilo více než jednu odpověď. Největší oporou v období nemoci dítěte byla pro doprovázejícího rodiče rodina a to v 63 případech (79% ze všech dotazovaných), z toho 42 matek (74% ze všech matek) a 21 otců (91% ze všech otců). Druhou největší oporou je pro rodiče zdravotnický personál a to v počtu 34 dotazovaných (43%), z nichž bylo 23 matek (40%) a 11 otců (48%). Celkem 6 rodičů (8%) vyhledalo odbornou pomoc. Zde se jednalo o 4 matky (7%) a 2 otce (9%). 8 matek (14%) a 2 otcové (9%) hledali pomoc jinde.

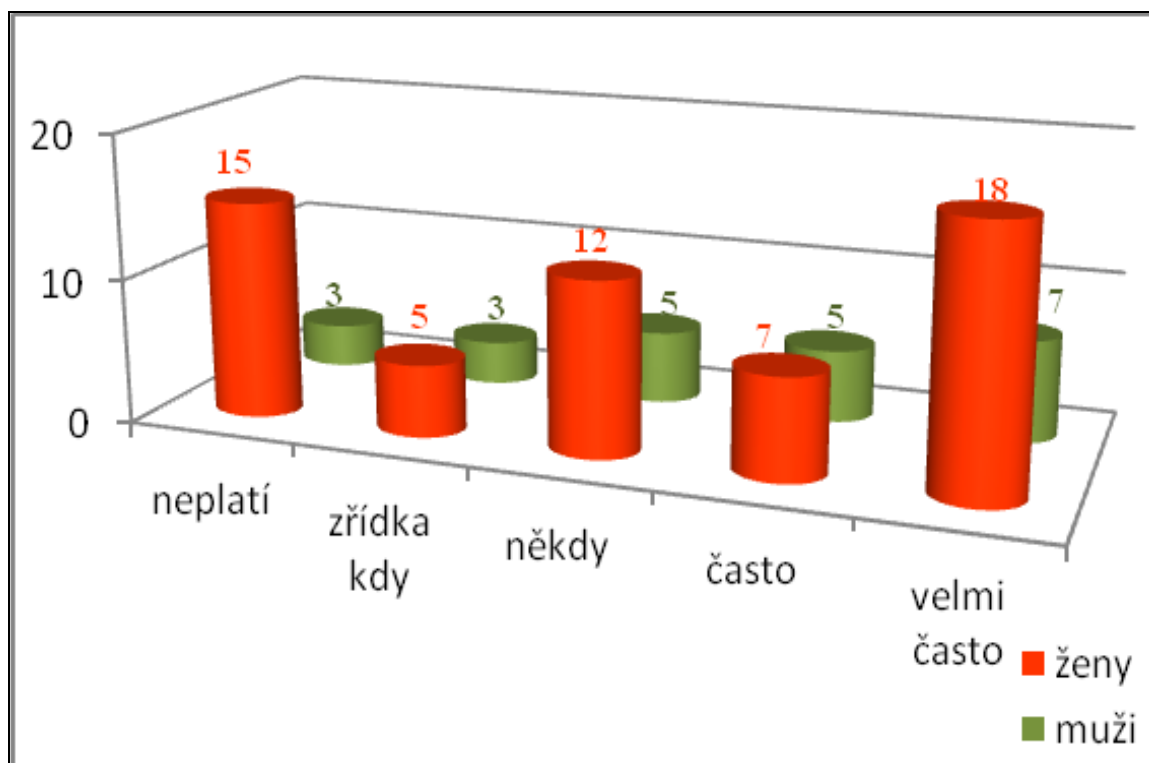
**Otázka č. 8** Kterou z těchto duchovních potřeb Vy osobně upřednostňujete?



**Graf č. 9** Zjišťování duchovních potřeb rodičů v období nemoci jejich dítěte

**Komentář:** Tento graf zobrazuje nejčastěji vyhledávané potřeby rodičů hospitalizovaných dětí. Matky odpovídaly v průměru dvěma až třemi odpověďmi, otcové odpovídali jednou až dvěma odpověďmi. Již nyní je z grafu zřetelná první rozdílnost ve vyhledávání duchovních potřeb mezi pohlavími. Potřebu dobrých mezilidských vztahů zvolilo 35 respondentů (44% ze všech dotazovaných), z toho 28 matek (49% ze všech matek) a 7 otců (30% ze všech otců). Potřebu dobrého kontaktu a podpory rodiny zvolilo 57 rodičů (71%) z toho 42 matek (74%) a 15 otců (65%). Vhodná péče a otevřenost zdravotnického personálu je důležitá pro 48 rodičů (60%) z toho 40 matek (70%) a 8 otců (35%). Potřebu lásky zvolilo 25 dotazovaných, z toho 22 matek (39%) a 3 otcové (13%). Naplnění smyslu života zvolilo 8 rodičů, z toho 6 matek (11%) a 2 otcové (9%). Možnost duchovní četby vyhledávali 3 dotazovaní, z toho 2 matky (4%) a 1 otec (4%). Možnost kontaktu s duchovním by volilo 6 rodičů, z toho 3 matky (5%) a 3 otcové (13%).

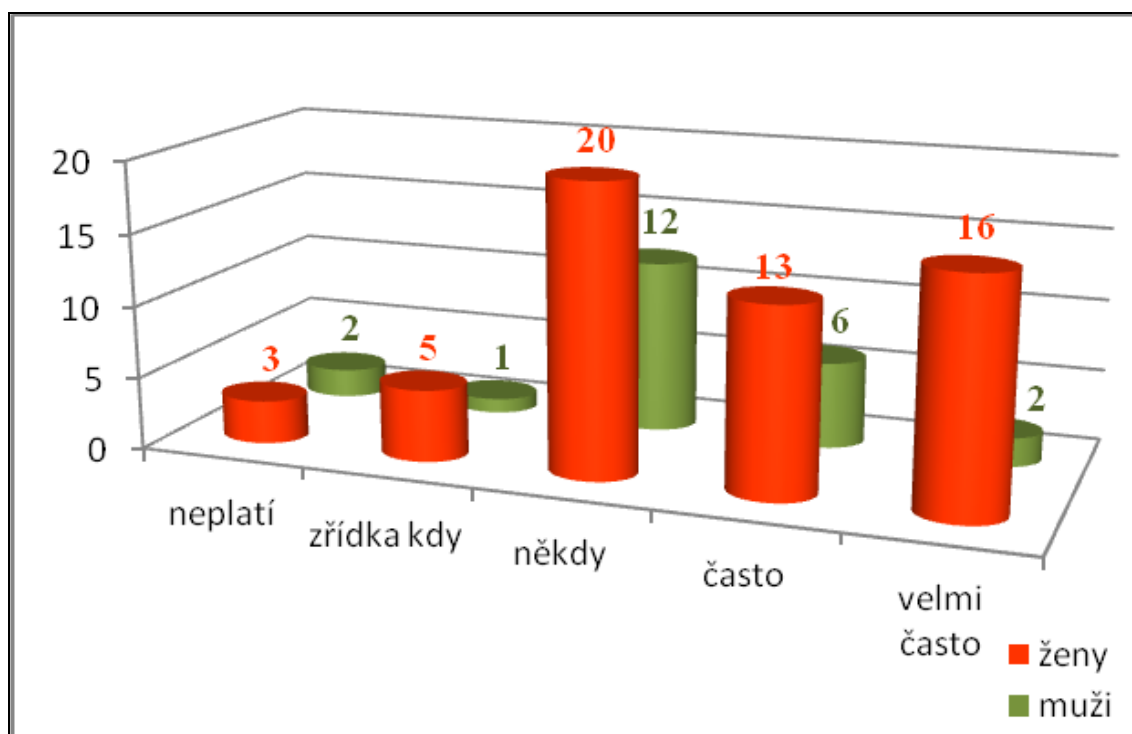
**Otázka č. 16** Ovlivnila nemoc Vašeho dítěte Vaše rodinné vztahy?



**Graf č. 10** Vliv nemoci dítěte na rodinné vztahy

**Komentář:** Tento graf znázorňuje procentuální zastoupení vlivu nemocného dítěte na rodinné vztahy. 18 dotazovaným rodičům (23% z celkového počtu) nemoc dítěte rodinné vztahy neovlivnilo, z toho 15 matek (26% ze všech matek) a 3 otcové (13% ze všech otců). 8 respondentům (10%) nemoc dítěte ovlivnila vztahy zřídka kdy, z toho 5 matek (9%) a 3 otcové (13%). U 17 dotazovaných (21%) nemoc dítěte ovlivnila vztahy jen někdy, z toho 12 matek (21%) a 5 otců (22%). 12 rodičům (15%) ovlivnila nemoc rodinné vztahy často, z toho 7 matek (12%) a 5 otců (22%). U zbylých 25 rodičů (31%) ovlivnila nemoc vztahy velmi často, z toho 18 matek (32%) a 7 otců (30%).

**Otázka č. 22** Je pro vás důležité mluvit o Vašich potřebách?



**Graf č. 11** Důležitost sdílení vlastních potřeb s druhou osobou

**Komentář:** Tento graf zobrazuje do jaké míry je pro respondenty důležité mluvit o svých potřebách. 5 dotazovaných rodičů (6% z celkového počtu) nemoc dítěte rodinné vztahy neovlivnilo, z toho 3 matky (5% ze všech matek) a 2 otcové (9% ze všech otců). Pro 6 respondentů (8%) je důležité mluvit o svých potřebách jen zřídka kdy, z toho 5 matek (9%) a 1 otec (4%). 32 dotazovaných (40%) nemoc dítěte ovlivnila vztahy jen někdy, z toho 20 matek (35%) a 12 otců (52%). 19 rodičům (24%) ovlivnila nemoc rodinné vztahy často, z toho 13 matek (23%) a 6 otců (26%). U zbylých 18 rodičů (22%) ovlivnila nemoc vztahy často, z toho 16 matek (28%) a 2 otcové (9% ze všech otců).

## **Shrnutí Hypotézy 2**

Otázka č. 2: „*Jste:*“

Pro tuto hypotézu jsem si respondenty rozdělila podle pohlaví. Šetření se zúčastnily převážně matky, kterých bylo 57 (71%), otců bylo jen 23 (29%). Proto i zde bude potřeba zohlednit procentuální zastoupení obou pohlaví.

Otázka č. 7: „*Co Vám pomohlo postupně přijmout situaci, že je Vaše dítě nemocné?*“

Pro obě pohlaví jsou nejdůležitější oporou rodina a o zdravotnický personál. Odbornou pomoc vyhledávala obě pohlaví téměř stejně často. Poslední otázka (otázka č. 7) mi však ukázala na první rozdílnost obou pohlaví. Otcům pomohla víra s duchovní péčí FTNšP. Matkám naopak pomohl zlepšující se stav nemocného dítěte, kontakt s rodinami se stejně nemocným dítětem a práce na sobě samotné.

### **Hypotéza byla vyvrácena**

Otázka č. 8: „*Kterou z těchto duchovních potřeb Vy osobně upřednostňujete?*“

I přes nepoměrné zastoupení pohlaví skupin je patrné, že matky vyhledávají více duchovních potřeb, než tatínkové. Diferenciace je patrna na první pohled. Podpora rodiny opět dominuje, ovšem maminky upřednostňují i vhodnou péči a otevřenost zdravotnického personálu a potřebu lásky. Rodina je pro otce také na prvním místě, o druhé místo se dělí vhodná péče zdravotníků společně s mezilidskými vztahy.

### **Hypotéza byla potvrzena**

otázka 16: „*Ovlivnila nemoc Vašeho dítěte Vaše rodinné vztahy?*“

Z grafu vyplývá, že nemoc dítěte opravdu rodinné vztahy ovlivňuje. Ve dvou možných odpovědích se obě pohlaví shodují a vztahové změny v rodině vnímají stejně. Zbylé tři odpovědi opět dokazují odlišné vnímání těchto změn.

### **Hypotéza byla potvrzena**

otázka 22: „*Je pro vás důležité mluvit o Vašich potřebách?*“

I přesto, že nejčastější odpovědí na tuto otázku byla u obou pohlaví stejná, přece jen maminky mají mnohem větší potřebu mluvit o svých potřebách.

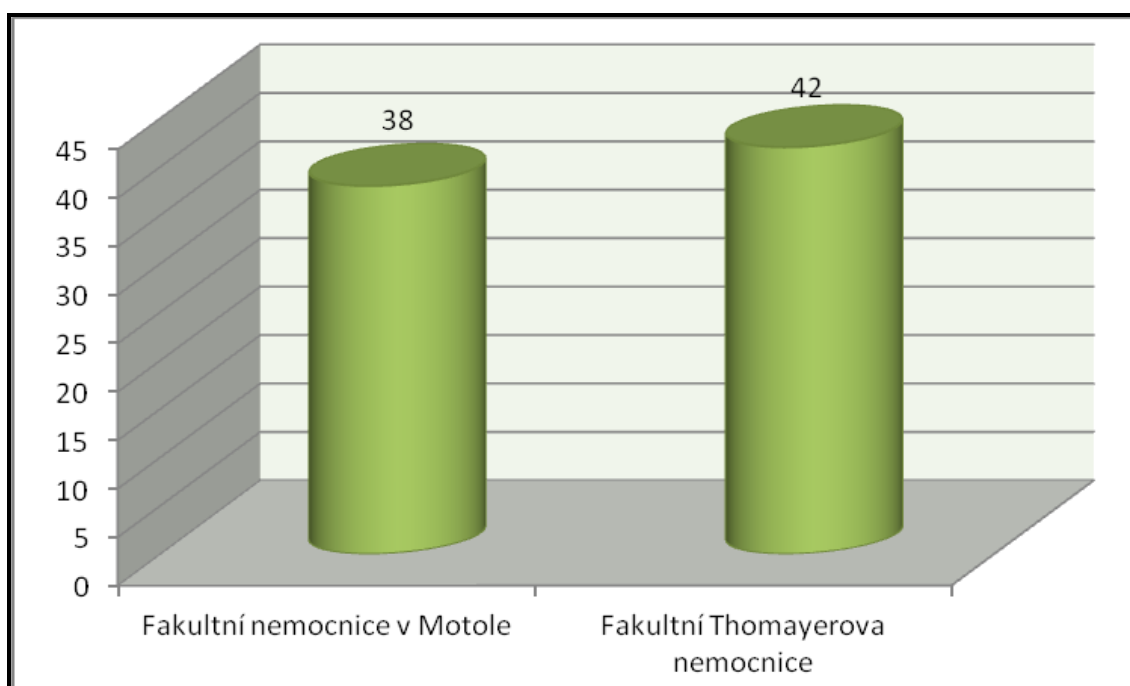
### **Hypotéza byla potvrzena.**

### Hypotéza č. 3

Domnívám se, že přítomnost kontaktní sestry má vliv na uspokojení duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení.

Pro vyhodnocení pravdivosti hypotézy 3 jsem použila otázky č. 1, 18, 23, 24, 25, 28 a 29.

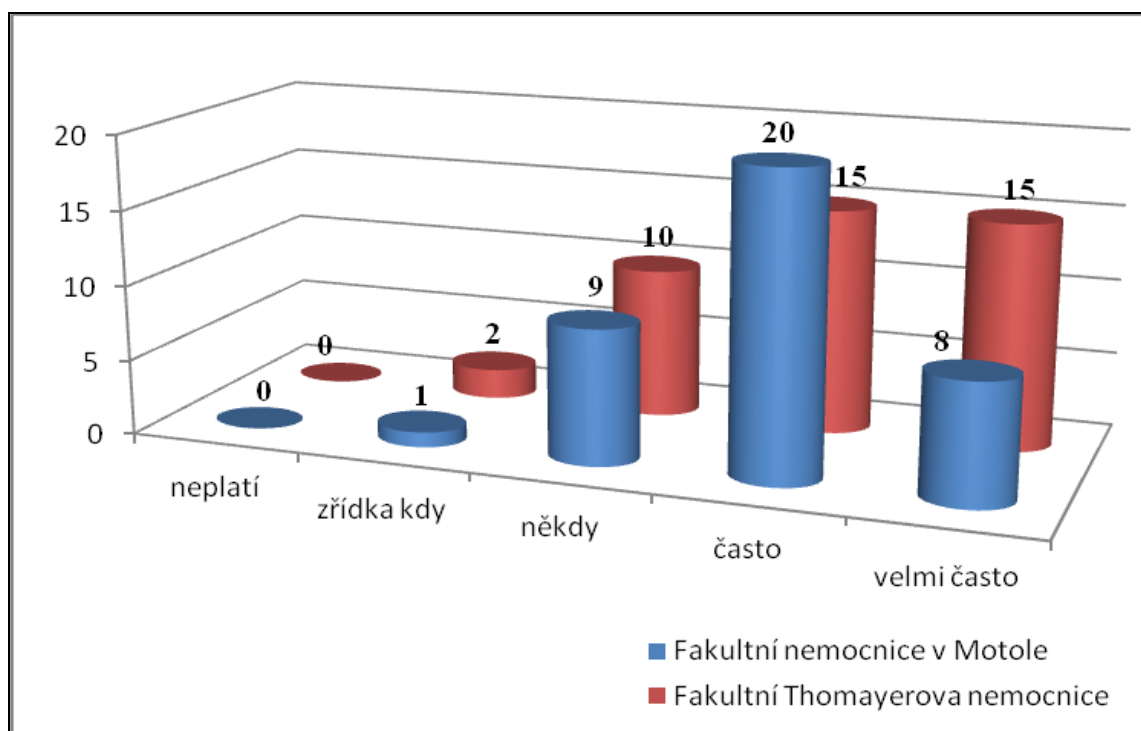
**Otázka č. 1** Jste rodič hospitalizovaného dítěte v:



**Graf č. 12** Místo hospitalizace respondentů

**Komentář:** Pro tuto hypotézu jsem si rodiče rozdělila podle nemocnice, ve které byli hospitalizováni. Počet 38 (48%) respondentů z Fakultní nemocnice v Motole je téměř vyrovnaný s počtem dotazovaných z Fakultní Thomayerovy nemocnice s Poliklinikou v Krči, tedy 42 rodičů (52%). Opět jsem od sebe barevně oddělila rodiče z FNM a z FTNsP. Procenta jsou vypočítána z celkového počtu dané skupiny.

**Otázka č. 18** Udělal si na Vás zdravotnický personál vždy dostatek času?

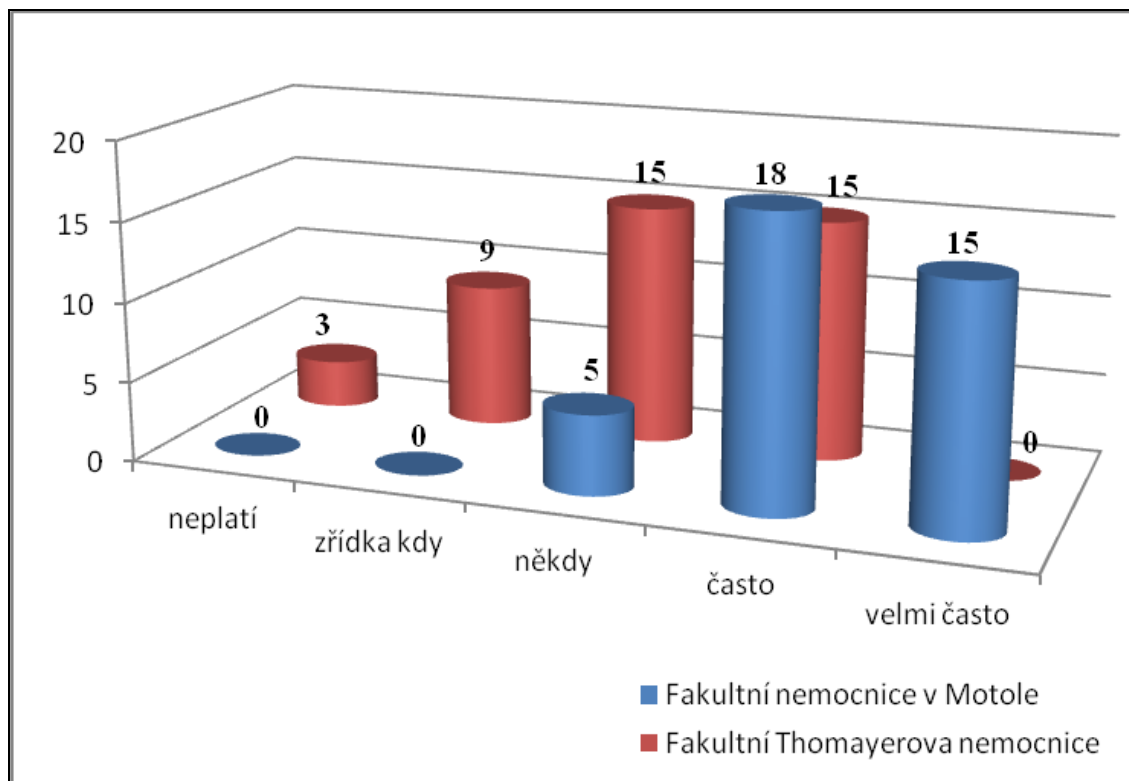


**Graf č. 13** Poskytnutí dostateku času ze strany personálu

**Komentář:** Tento graf zobrazuje, do jaké míry se zdravotnický personál rodičům věnoval. Ani v jedné nemocnici se nestalo, že by dotazovaný rodič zvolil odpověď, že se mu nikdo nevěnoval. 3 rodiče (4%) z celkového počtu během hospitalizace pocítili, že se jim zdravotnický personál věnoval jen zřídka, z toho byl 1 rodič (3%) z FNM a 2 rodiče (5%) z FTNsP. 19 respondentům (24%) se zdravotnický personál věnoval jen někdy, z toho bylo 9 rodičů (23%) z FNM a 10 rodičů (23%) z FTNsP. Často se věnoval personál 35 rodičům (44%), z toho bylo 20 rodičů (53%) z FNM a 15 rodičů (36%) z FTNsP. Maximální pozornost zdravotnického personálu dostalo 23 dotazovaných (28%), z nichž 8 (21%) bylo hospitalizováno ve FNM a 15 rodičů (36%) ve FTNsP.



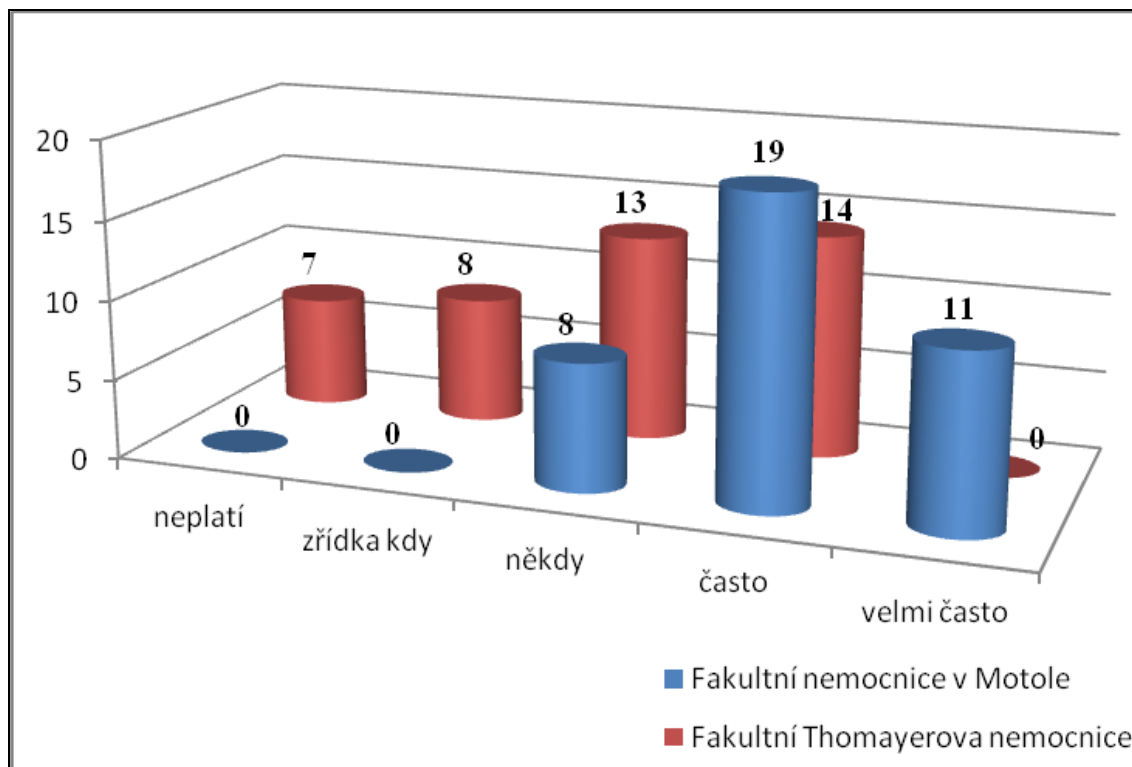
**Otázka č. 23** Je / byl k Vám ošetřující personál po dobu hospitalizace otevřený a mluvil s Vámi o Vašich potřebách?



**Graf č. 14** Otevřenost ze strany zdravotnického personálu

**Komentář:** Tento graf zobrazuje, do jaké míry si zdravotnický personál udělal čas na rodiče hospitalizovaných dětí a dokázal s nimi mluvit o jejich potřebách. 3 respondenti (7% z hospitalizovaných ve FTNsP) neměli s kým mluvit o svých potřebách. Opět se jednalo pouze o rodiče hospitalizované ve FTNsP. Dalších 9 rodičů (21%) též hospitalizovaných jen ve FTNsP mělo možnost mluvit o svých potřebách jen zřídka kdy. 20 respondentům (25% z celkového počtu dotazovaných) se zdravotnický personál věnoval jen někdy, z toho bylo 5 rodičů (13%) z FNM a 15 rodičů (36%) z FTNsP. S 33 rodiči (41%) mluvil personál o potřebách často, z toho 18 rodičů (47%) z FNM a 15 rodičů (36%) z FTNsP. Maximální pozornost ohledně sdělování vlastních potřeb dostalo jen 15 dotazovaných (19% z celkového počtu) a to pouze ve FNM, které tvoří 40% ze všech dotazovaných ve FNM.

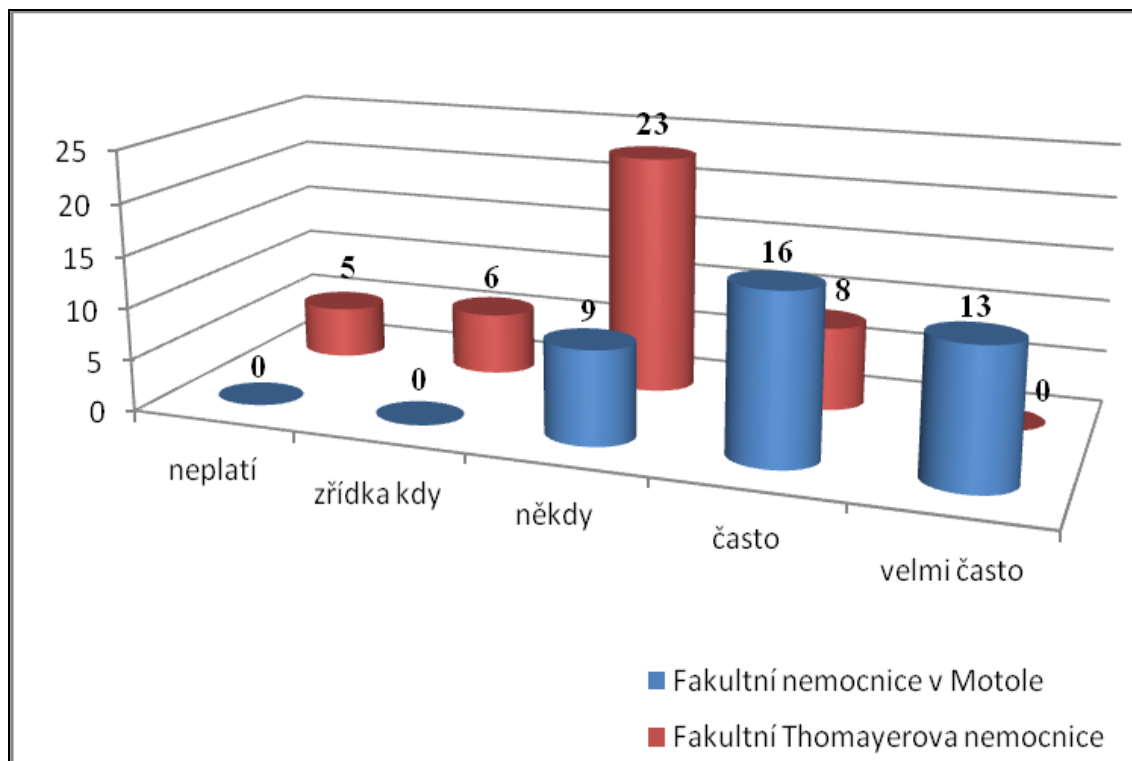
**Otázka č. 24** Dostalo se Vám dostatečné podpory ze strany personálu při naplňování Vašich potřeb?



**Graf č. 15 Podpora ze strany zdravotnického personálu při naplnění potřeb**

**Komentář:** Tento graf znázorňuje, do jaké míry se zdravotnický personál věnoval rodičům při naplňování jejich potřeb. 7 respondentů (17%) nemělo možnost naplnění svých potřeb ve zdravotnickém zařízení. Opět se jednalo jen o rodiče hospitalizované ve FTNsP. Dalších 8 rodičů (19%) také hospitalizovaných jen ve FTNsP mělo možnost naplnění svých potřeb jen zřídka kdy. 21 respondentům (26%) z celkového počtu dotazovaných se zdravotnický personál věnoval při naplňování potřeb rodičům jen někdy, z toho se jednalo o 8 rodičů (21%) z FNM a 13 rodičů (31%) z FTNsP. 33 rodičů (41%) dosáhlo často naplnění svých potřeb, z toho 19 rodičů (50%) z FNM a 14 rodičů (33%) z FTNsP. Maximální pozornost ohledně naplňování potřeb dostalo jen 11 dotazovaných (14% z celkového počtu). V tomto případě se jednalo pouze o rodiče hospitalizované ve FNM, kteří tvořili 29% ze všech dotazovaných ve FNM.

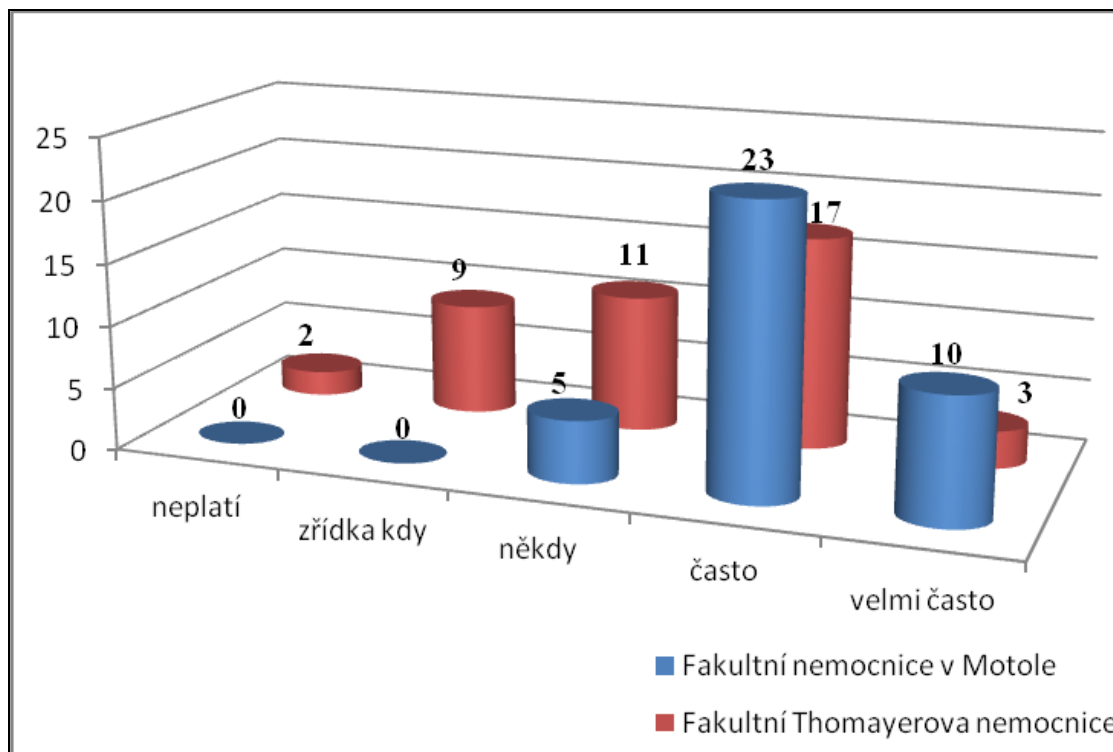
**Otázka č. 25** Dostalo se Vám dostatečné podpory ze strany personálu při vyjádření Vašich obav?



**Graf č. 16 Podpora ze strany zdravotnického personálu při vyjádření potřeb**

**Komentář:** Tento graf znázorňuje, do jaké míry se zdravotnický personál věnoval rodičům při vyjádření jejich obav. Opět 5 respondentů (12% z hospitalizovaných ve (FTNsP) nemělo možnost a prostor pro vyjádření svých obav ve zdravotnickém zařízení. Jednalo se jen o rodiče hospitalizované ve FTNsP. Dalších 6 rodičů (8%) hospitalizovaných opět jen ve FTNsP mělo možnost vyjádření obav jen zřídka kdy. 32 respondentům (40%) z celkového počtu dotazovaných se zdravotnický personál věnoval při vyjadřování obav jen někdy, z toho se jednalo o 9 rodičů (24%) z FNM a 23 rodičů (55%) z FTNsP. 24 rodičů (30%) bylo vyslechnuto často při vyjadřování svých obav, z toho 16 rodičů (42%) z FNM a 8 rodičů (19%) z FTNsP. Maximální pozornost ohledně vyjadřování svých obav dostalo jen 13 dotazovaných (16% z celkového počtu). Nyní se jednalo pouze o rodiče hospitalizované ve FNM, kteří tvořili 34% ze všech dotazovaných ve FNM.

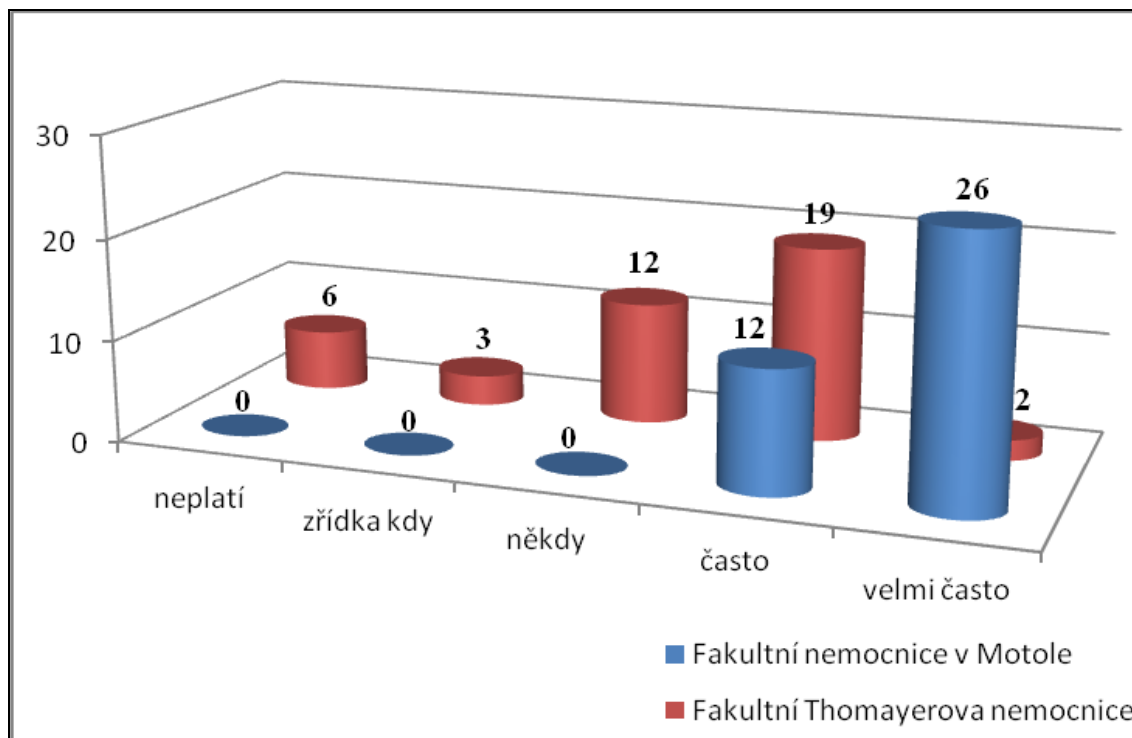
**Otázka č. 28** Snažil se zdravotnický personál o maximální možné zachování běžného režimu dne Vašeho dítěte?



**Graf č. 17** Snaha o maximální zachování běžného režimu dne dítěte

**Komentář:** V tomto grafu jsou znázorněna data, která zobrazují snahu o maximální možné zachování běžného režimu dne ze strany zdravotnického personálu. Ve 2 případech (3% z celkového počtu hospitalizovaných) se rodiče nesetkali se snahou o zachování běžného režimu dne, ze strany zdravotníků. Zde se jednalo zase o rodiče hospitalizované ve FTNsP. 9 rodičů (21% z celkového počtu dotazovaných) se s touto možností setkali jen zřídka kdy, opět šlo pouze o rodiče hospitalizované ve FTNsP. 16 respondentům (20%) z celkového počtu dotazovaných se zdravotnický personál snažil vyjít vstříc rodičům jen někdy, z toho se jednalo o 5 rodičů (13%) z FNM a 11 rodičů (26%) z FTNsP. 40 rodičům (50%) bylo často vyhověno při zachování režimu dne dítěte, z toho 23 rodičů (61%) z FNM a 17 rodičů (39%) z FTNsP. Maximální zachování běžného režimu dne vyzorovalo jen 13 rodičů (16%), z toho byla převážná většina z FTM, tedy 10 rodičů (26%) a pouze 3 rodiče (9%) z FTNsP.

**Otázka č. 29** Byla Vám umožněna společná péče o Vaše dítě společně se zdravotnickým personálem? (přebalování, koupání, krmení)



**Graf č. 18** Snaha o spolupráci mezi zdravotníkem a rodičem

**Komentář:** Tento graf zobrazuje, do jaké míry se zdravotníci snažili o spolupráci s doprovázejícím rodiče. 6 respondentům (14% z hospitalizovaných ve FTNsP) nebylo umožněno pečovat o své dítě společně s ošetřujícím personálem. I v tomto případě se jednalo pouze o rodiče hospitalizované ve FTNsP. Další 3 rodiče (7%) též hospitalizovaných jen ve FTNsP měli možnost pečovat o své dítě v jeho základních potřebách jen zřídka kdy. 12 dotazovaným (29%) bylo umožněno alespoň někdy pečovat o vlastní nemocné dítě. I zde se jednalo pouze o rodiče z FTNsP. 31 rodičům (38%) bylo umožněno pečovat o své nemocné dítě často, z toho 12 rodičů (32%) z FNM a 19 rodičů (45%) z FTNsP. Maximální podporu v péči o své dítě společně se zdravotníky dostalo pouhých 28 dotazovaných (35%) a to převážná většina 26 rodičů (68%) byla hospitalizována ve FNM, pouze 2 rodiče (5%) měli tuto možnost ve FTNsP.

### **Shrnutí Hypotézy 3**

Otázka č. 1: „*Jste rodič hospitalizovaného dítěte v:*“

Pro tuto hypotézu jsem si respondenty rozdělila podle toho, kde byli hospitalizováni. Jedna skupina z Fakultní nemocnice v Motole měla 38 respondentů (48%). Druhou skupinu z Fakultní Thomayerovy nemocnice s Poliklinikou v Krči tvořilo 42 respondentů (52%).

Otázka č. 18: „*Udělal si na Vás zdravotnický personál vždy dostatek času?*“

Výzkumné šetření ukázalo, že ošetřující personál svým pacientům věnuje překvapivě více pozornosti se dostalo dětem a jejich rodičům ve Fakultní Thomayerově nemocnici, kde kontaktní sestru v pracovním týmu sester nemají. Zjištěná data z obou nemocnic jsou téměř totožná.

#### **Hypotéza byla vyvrácena**

Otázka č. 23: „*Je / byl k Vám ošetřující personál po dobu hospitalizace otevřený a mluvil s Vámi o Vašich potřebách?*“

Data shromážděná pro tuto otázku jednoznačně ukazují, že personál pracující ve Fakultní nemocnici v Motole, vychází mnohem více vstříc rodičům a mluví s nimi o jejich potřebách. Z grafu je patrné, že doprovázejícím rodičům se věnuje více pozornosti za přítomnosti kontaktní sestry, než bez ní.

#### **Hypotéza byla potvrzena**

Otázka 24: „*Dostalo se Vám dostatečné podpory ze strany personálu při naplňování Vašich potřeb?*“

Tyto údaje opět jasně ukazují, že personál pracující ve Fakultní nemocnici v Motole, podporuje rodiče mnohem intenzivněji při naplňování vlastních potřeb. Graf potvrzuje fakt, že péče o nemocné dítě a jeho doprovod je kvalitnější a komplexnější za přítomnosti kontaktní sestry.

#### **Hypotéza byla potvrzena**

Otázka č. 25 „Dostalo se Vám dostatečné podpory ze strany personálu při vyjádření Vašich obav?“

Tyto údaje jasně ukazují, že kolektiv zdravotnického týmu ve FNM, jehož součástí je i kontaktní sestra, poskytuje komplexně kvalitnější péči nemocnému dítěti a jeho doprovodu. V tomto momentě se jednalo především o čas, který je rodičům poskytnut v rámci vyjádření jejich obav.

**Hypotéza byla potvrzena**

Otázka 28: „Snažil se zdravotnický personál o maximální možné zachování běžného režimu dne Vašeho dítěte?“

Zpracovaná data v grafu nám ukazují, do jaké míry se ošetřující personál snaží o maximální komfort nemocného dítěte. I nyní nám graf zobrazuje určitý rozdíl mezi oběma klinikami. Práce kontaktní sestry, která v tomto případě funguje jako komunikační most mezi rodičem a zdravotníky, je patrna z prvního pohledu na graf.

**Hypotéza byla potvrzena.**

Otázka č. 29 „Byla Vám umožněna společná péče o Vaše dítě společně se zdravotnickým personálem? (přebalování, koupání, krmení)“

Poslední graf mé práce zobrazuje četnost možnosti společné péče o nemocné dítě, společně s ošetřujícím personálem. Výsledek je poněkud alarmující a vypovídá jednoznačně o výrazné diferenciaci výsledků šetření z jednotlivých nemocnic. Získaná data ukazují na zřetelný rozdíl kvality péče, kde v týmu působí kontaktní sestra, oproti týmu, kde nepůsobí.

**Hypotéza byla potvrzena.**

## 12 DISKUSE

Víra v Boha, čtení z Bible i návštěva kaple, účast na bohoslužbě, nebo kontakt s nemocničním kaplanem jsou jednoznačně možnostmi naplnění duchovních potřeb věřících v době hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Zdravotní obtíže přivádí do nemocnice lidi různého věku i vyznání. Každý má své vlastní duchovní potřeby, ale bohužel ne každému je dokáže víra v Boha naplnit. Období nemoci a následná hospitalizace je pro nemocného a jeho blízké náročnou životní situací, kterou doprovází celá řada obav, nejistoty a pochybností o sobě samém. Věřící člověk se v tento moment obrací k Bohu jakožto k „vyšší síle,“ která mu dává naději, útěchu, lásku a pocit potřebnosti. Naplnění těchto potřeb může být nelehkým úkolem, ale po jeho dosažení člověk nachází duchovní stabilitu, která je pro něj v období nemoci opravdu důležitá.

Téma mé bakalářské práce je *“Naplnění duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení”*. Měla jsem možnost nahlédnout do několika prací se stejným tématem. Práce se věnovaly duchovním potřebám z mnoha pohledů, ale zkoumaným vzorkem byla vždy jen generace seniorů. Dalo by se jistě tvrdit, že tato skupina disponuje nejvyšším počtem věřících a pravděpodobně tomu tak je i ve skutečnosti, ale znamená to snad, že pokud nejsem věřící a navíc senior, nemám žádné duchovní potřeby? To je omyl. Duchovní potřeby máme všichni, pouze se odlišují.

Směr nebo způsob zpracování tohoto tématu bezpochyby ovlivnily mé dosavadní životní a profesní zkušenosti. Pracuji jako dětská sestra na JIRPu Kliniky dětské chirurgie a traumatologie ve Fakultní Thomayerově nemocnici s Poliklinikou v Praze. V práci se poměrně často setkávám s vyděšenými a ustaranými rodiči, kteří se ze všech sil snaží být oporou svému nemocnému dítěti. Nemoc a případná hospitalizace vlastního dítěte je pro mnoho rodičů obzvlášť náročným obdobím, které je doprovázeno pocity viny, nejistoty a selhání. Kde právě oni hledají naději a sílu? Kdo, nebo co jim pomáhá celou hospitalizaci zvládnout a ještě být dítěti oporou? Nad těmito otázkami jsem se zamýšlela několikrát již v minulosti, a proto jsem se rozhodla svou práci zaměřit na duchovní potřeby hospitalizovaných dětí a jejich rodičů, kteří doprovázeli své nemocné dítě po celou dobu hospitalizace.



V praktické části se věnuji výzkumnému šetření, ve kterém jsem se zaměřila především na vymezení duchovních potřeb rodičů, kteří se ocitli v takto náročné situaci. Celkovému zhodnocení stanovených cílů se budu věnovat v následující části práce.

**Hypotéza č. 1** Domnívám se, že existuje rozdíl mezi požadavky a uspokojováním duchovních potřeb věřících a nevěřících rodičů.

Pro vyhodnocení *první hypotézy* jsem výzkumný vzorek rozdělila na skupinu respondentů na 27 věřících (34%) a 53 nevěřících rodičů (66%). Skupina nevěřících byla jednou tak početnější, než rodičů věřících (otázka č. 5). Zajímavým zjištěním byl fakt, že i 7 nevěřících rodičů našlo sílu čelit takto náročnému období právě ve víře v Boha (otázka č. 12). Dalo se předpokládat, že o kontakt s nemocničním duchovním projevím zájem spíše rodiče věřící. Kupodivu ani, mezi věřícími jsem nezaznamenala výrazný zájem o kontakt s duchovním. Evidentní nezájem o tuto službu se prokázal i u druhé skupiny rodičů věřících (otázka 14). Naopak mě nemile překvapilo, že s nabídkou nebo umožněním návštěvy duchovního u lůžka nemocného se nesetkaly tři čtvrtiny všech dotazovaných (otázka č. 13).

*Cílem první hypotézy bylo zjistit rozdílnost mezi požadavky a uspokojováním duchovních potřeb u obou skupin.* Pro vyhodnocení první hypotézy jsem použila čtyři otázky z dotazníku. První otázka rozdělila skupinu respondentů na dvě části a to na věřící a nevěřící, proto do celkového zhodnocení nebude započítávána. Otázku č. 13 nelze použít, z toho důvodu, že místo zmapování nabídky návštěvy kněze u lůžka nemocného, mi zpracované výsledky ukázaly až na 75% zanedbávání duchovních potřeb ze strany personálu. Zbylé dvě otázky hypotézu potvrdily z 50%. **Hypotéza byla potvrzena pouze částečně poloviny.** Naopak mě ujistila v tom, že věřících lidí v dnešní společnosti ubývá. Nemoc ale stále zůstává náročným obdobím v našem životě a naději hledáme mnohem intenzivněji než kdykoliv jindy bez ohledu na to, zda sami sebe považujeme za věřící nebo nevěřící.

**Hypotéza č. 2** Domnívám se, že existuje rozdíl v prožívání duchovních potřeb mezi ženami a muži.

*Druhou hypotézou* jsem se zaměřila na rozdíly v prožívání duchovních potřeb mezi ženami a muži. Pro tuto hypotézu jsem si respondenty rozdělila podle pohlaví. Výzkumného šetření se zúčastnilo 53 matek. Tento výsledek se dal očekávat, protože jsou to většinou právě ony, které jsou dítěti v období nemoci vždy nablízku. Bude tedy opět potřeba zohlednit procentuální zastoupení obou pohlaví (otázka č. 2). Následujícími otázkami jsem se snažila zmapovat nejvyhledávanější potřeby obou pohlaví. Nejvyhledávanější potřebou byla podpora rodiny (42 matek, 21 otců). Druhé místo obsadila podpora zdravotnického personálu (23 matek, 11 otců). Možnost odpovědět vlastními slovy zvolilo celkem 10 dotazovaných (8 matek, 2 otcové). Ženy nacházejí naději v léčitelích, alternativní medicíně, ale také v kontaktu s rodinami stejně nemocného dítěte. Otcové se naopak obraceli k Bohu. Zbýlých 6 rodičů (4 matky, 2 otcové) vyhledalo v době nemoci svého dítěte odbornou pomoc (otázka č. 7). V otázce č. 8 dominuje opět podpora rodiny a to v 57 případech (42 matek, 15 otců). Druhou nejvyhledávanější potřebou také shodnou u obou pohlaví je vhodná péče a otevřenost zdravotnického personálu (40 matek, 8, otců). Třetí místo obsadila potřeba dobrých mezilidských vztahů a to u 28 matek a 7 otců. Dále je pro matky důležitá potřeba lásky (22) a naplnění smyslu života (6). Naopak u otců se o další místo dělí potřeba lásky (3) zároveň s potřebou kontaktu s duchovním (3). Možnost duchovní četby bylo zvoleno jen ve třech případech (2 matky, 1 otec). Důležitost jednotlivých potřeb je u obou pohlaví hodně podobná u žen se prokázala mnohem vyšší intenzita vyhledávání i prožívání potřeb než u mužů. Následující otázky (otázka č. 16) mě upozornila na zajímavý poznatek. Změny v rodinných vztazích vnímají obě pohlaví. Odpověď velmi často zvolila opět nejpočetnější skupina jak žen (18) tak i mužů (7). Skupiny jsou sice početně nevyrovnané, ale skupina mužů je hrubá polovina oproti počtu skupiny žen. V otázce 22 jsem se snažila zjistit, do jaké míry je pro jednotlivá pohlaví důležité mluvit o svých potřebách. Pro obě pohlaví je důležité mluvit o svých potřebách jen někdy (20 matek, 12 otců). Častou potřebu mělo 19 dotazovaných (13 matek, 6 otců) a velmi často zvolilo 16 matek a pouze 2 otcové

*Cílem druhé hypotézy bylo zjistit rozdíl v prožívání svých potřeb obou pohlaví.* Pro vyhodnocení této hypotézy jsem použila 5 otázek z dotazníku. První otázka rozdělila skupinu respondentů opět na dvě rozdílné části, tentokrát podle pohlaví. Odpovědi na otázku č. 7 byly téměř totožné, proto její výsledek hypotézu vyvrací a nelze ji použít k jejímu potvrzení. Zbývající tři otázky potvrzují znění hypotézy v celých 60%. **Hypotéza byla potvrzena.** Nejvýraznějším rozdílem v prožívání duchovních potřeb jednotlivých pohlaví je především v intenzitě. Konečná čísla sečtených odpovědí potvrdila až třikrát intenzivnější prožívání duchovních potřeb u matek než u otců. Ženy vyhledávají mnohem více a častěji duchovní potřeby oproti mužům. Výsledky odpovědí naopak poukazují, že mladá generace má totožné potřeby pro obě pohlaví, pouze intenzita se liší.

**Hypotéza č. 3** Domnívám se, že přítomnost kontaktní sestry má vliv na uspokojení duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení.

*Třetí hypotézu jsem zaměřila na zjištění úrovně poskytování ošetrovatelské péče dítěti a jeho rodiče.* Dále se snažím zkoumat případný vliv kontaktní sestry na uspokojování jejich potřeb. Blíže jsem se zaměřila na jejich duchovní potřeby. Při zpracování dat jsem hodnotila hlavně odpovědi rodičů, kterým byla poskytnuta péče alespoň někdy, protože, kde není péče, nemůže být ani rozdíl. Počet dotazovaných z obou nemocnic byl téměř shodný (FNM 38, FTNsP 42). Výsledek otázky č. 18 mě příjemně překvapil. Rodiče z obou nemocnic potvrdili dobrou péči ošetřujícího personálu, během jejich hospitalizace. Časté pozornosti se dostalo rodičům v obou nemocnicích (FNM 20, FTNsP 15). Opravdu vždy si udělal personál dostatek času na rodiče v 9 případech ve FNM a v 15 případech ve FTNsP. Otázkou č. 23 jsem zjišťovala, jak často měli rodiče možnost mluvit o svých potřebách. 20 rodičů mělo možnost o nich mluvit jen někdy (FNM 5, FTNsP 15), často se s touto možností setkala 23 rodičů (FNM 18, FTNsP 15) a téměř vždy mohlo o svých potřebách mluvit jen 15 rodičů z FNM. Otázka č. 24 zobrazuje poskytnutí podpory ze strany personálu, při naplňování potřeb rodičů. Jen někdy se této podpory dočkalo celkem 21 rodičů (FNM 8, FTNsP 13). Časté podpory při naplňování potřeb bylo poskytnuto 33 rodičům (FNM 19, FTNsP 14). Velmi často zvolilo jen 11 rodičů z FNM. Hospitalizace je období plné

obav, o které se potřebují rodiče podělit. Otázka č. 25 mi ukázala, že podporu při vyjádření vlastních obav ze strany personálu dostalo 32 rodičům (FNM 9, FTNsP 23). Odpověď často zvolilo 24 rodičů (FNM 16, FTNsP 8) a jen 13 rodičům se dostalo podpory velmi často, opět jen z FNM.

Pohled na malé dítě napojené na desítky hadiček je sám o sobě dost zničující. Je přirozené, že rodiče chtějí pro své dítě zajistit co nejlepší podmínky pro léčbu. Pokud rodiče vidí snahu o maximální možné zachování denního režimu dítěte, stává se pro ně celá situace přijatelnější. S tímto přístupem se setkalo jen 16 rodičů (FNM 5, FTNsP 11). Odpověď často zvolilo fantastických 40 rodičů (FNM 23, FTNsP 17) a 13 rodičů (FNM 10, FTNsP 3) se s tímto přístupem setkalo velmi často. Poslední otázka č. 29 ukazuje na možnost společné péče o dítě spolu se zdravotnickým personálem. Velmi často byla umožněna 28 rodičům (FNM 26, FTNsP). Ne vždy, ale často mělo tuto možnost 31 rodičů (FNM 12, FTNsP 19), 12 rodičům byla dovolena někdy.

Cílem třetí hypotézy bylo zjistit, *zda přítomnost kontaktní sestry má vliv na uspokojení duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení*. Pro vyhodnocení poslední hypotézy jsem použila 7 otázek z dotazníku. První otázka rozdělila skupinu respondentů opět na dvě rozdílné části, podle místa hospitalizace. Výsledky šetření byly celkově uspokojivé, přece jen byl patrný aktivnější přístup k ošetřování nemocných v týmu s kontaktní sestrou, než bez ní. I rodiče se cítili mnohem jistěji a měli pocit bezpečí, když měli možnost se s někým podělit se o své pocity a obavy. První otázka dělila respondenty, druhá hypotézu vyvrátila. Dalších pět otázek hypotézu potvrzují v celých 83%. **Hypotéza byla z většiny potvrzena.** Ráda bych ale podotkla, že osobně jsem čekala mnohem výraznější rozdíl. Rodičům se vždy dostalo alespoň částečné podpory, pochopení a respektu ze strany zdravotnického personálu. Pokud otázky shrnu celkově, výsledek přece jen ukazuje na komplexnější péči poskytovanou zdravotnickým týmem, jehož součástí je kontaktní sestra.

Jak jsem se zmínila již na začátku této kapitoly, práce se stejným tématem zkoumají duchovní potřeby hlavně u generace seniorů. Zde je třeba zdůraznit, že generace seniorů má svá specifika a je to znát i ve výsledcích prezentovaných v dále uvedené diplomové práci: Dle Diplomové práce (Burelová 2009) představuje pro seniory největší oporu ošetřující sestra, na dalším místě je pro ně víra v Boha a překvapivě podpora rodiny

až místě třetím. Oproti tomu můj průzkum, který byl zaměřen na mladší generaci (rodiče s dětmi), ukazuje jako nejdůležitější faktor u mladší generace podporu rodiny. Je zde tedy jasně ukázáno na fakt, že zejména v nemoci a jejím prožívání je třeba vždy důsledně zohlednit věkový faktor a přizpůsobovat péči o klienty právě potřebám závislým na věku. Naproti tomu uspokojování duchovních potřeb je zcela jistě důležité pro všechny věkové skupiny a je třeba mu začít ve zdravotnictví věnovat zvýšenou a zaslouženou pozornost.

V mé práci jsem došla k závěru, že naplňování duchovních potřeb u rodičů hospitalizovaných s nemocným dítětem zdaleka není dostatečné. Je to právě kontaktní sestra, která má v tomto ohledu velký potenciál pro rodinu s nemocným dítětem a může výrazným způsobem k naplnění těchto potřeb přispět. Proto se domnívám, že by bylo do budoucna velmi přínosné, kdyby na každé a nejen dětské klinice byla kontaktní sestra dosažitelná, podobně jako je tomu dnes již zcela běžně u herních specialistů. Současně by jistě bylo zajímavé věnovat se u personálu zdravotnických zařízení průzkumu vědomostí o naplňování duchovních potřeb pacientů v nemocnici ale z opačné strany i uspokojování duchovních potřeb nemocničního personálu. Jen tak je totiž možno na tento problém s nedostatečným uspokojováním duchovních potřeb v nemocnicích upozornit a přispět tak alespoň malou měrou k počátkům jeho řešení.

## ZÁVĚR

Na základě mého výzkumného šetření jsem došla k závěru, že pro rodiče hospitalizované s nemocným dítětem je velkým přínosem z hlediska duchovního prožívání mít možnost kdykoliv se obrátit na ošetřující personál o radu a pomoc. Přítomnost kontaktní sestry na pracovišti dětské kliniky má v takovémto případě zcela nezastupitelnou roli, neboť je to právě ona, kdo může v rámci své pracovní náplně poskytovat komplexní duchovní péči o rodinu. V dnešní době je již zcela samozřejmým požadavkem na zdravotníky maximální profesionalita personálu, ne vždy se však s takovým přístupem můžeme setkat. Zde má velký potenciál kontaktní sestra, která kromě jiného je komunikačním mostem mezi dítětem, rodičem a zdravotníkem zprostředkovává i kontakt rodičů s lékaři a může svým apelem na lékaře dosáhnout sdělení dostatečných a sjednocených informací o dalších krocích léčby tam, kde by tomu tak nebylo. Pozitiva přítomnosti kontaktní sestry jsou tedy neoddiskutovatelná, neboť zajišťuje základní komunikační článek na oddělení, poskytuje rodičům i dětem podporu a rady během pobytu v nemocnici. Přiměřeně věku připravuje dítě i rodiče na zákrok nebo operaci, spolu s rodiči se snaží odstranit formou hry či povídání zbytečné napětí či strach, který pobyt v nemocnici přináší.

Naštěstí jsou již za námi doby, kdy vlastní rodič nemohl ani navštívit své nemocné dítě v nemocnici, čelil direktivními chování a příkazům lékařů a ošetřujícího personálu. V dnešní době je komunikace stěžejním kamenem spolupráce a kontaktní sestra jejím základním pilířem.

Podpora tohoto projektu a jeho zavedení do praxe by se dal považovat za velký posun vpřed v rámci zkvalitnění ošetrovatelské péče nejen o naše nejmenší pacienty. Rodinu a své nejbližší má každý z nás a být dospělým neznamená zbavit se strachu o ně.

## LITERATURA A PRAMENY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valerie, *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Brno: NCONZO, 2008, 185s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a GOLDMANN, Petr, *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001, 440s. ISBN 80-7178-550-4.
3. DANZER, Gerhard, *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál, 2001, 244s. ISBN 80-7178-456-7.
4. FARKAŠOVÁ, Dana, a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. čes. vyd. Vydavatelství Osveta, Martin, 2006, 211s. ISBN 80-8063-227-8.
5. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, KLIMOVICĚ, Michal a kol., *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO, 2005, 414s. ISBN-10: 80-7013-427-5.
6. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, 776s. ISBN 80-7178-303-X.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, 123s. ISBN neuvedeno.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana, *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
9. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, *Vývojová psychologie*. Praha: Grada (Psyché), 2006, 368s. ISBN 80-7169-195-X.
10. NAKONEČNÝ, Milan, *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000, 335s. ISBN 80-200-0763-6.

11. NAKONEČNÝ, Milan, *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995, 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
12. NOVÁKOVÁ, Iva, *Naděje po kapkách: vykup mě láskou*. Praha: Nakladatelství Rodiče, 2003, 124s. ISBN: 80-86695-29-8.
13. OPATRŇÝ, Aleš, *Jak zmírní niterná trápení nemocného*. Kostelní Vydří: Kamelitánské nakladatelství, 2004, 31s. ISBN:80-7192-347-8.
14. ROGGE, Jan – Uwe, *Dětské strachy a úzkosti*. přel. Vrátílová Jitka, Praha: Portál, 1999, 216s. ISBN 80-7178-237-8.
15. ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2000, 456s. ISBN: 80-7169-512-2.
16. SMITH, Fiona, *Children's nursing in practise: The Nottingham Model*. vydáno: Wiley-Blackwell, 1995, 240 s. ISBN: 0-632-03909-4.
17. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN: 978-80-247-3223-7.
18. TĚTHALOVÁ, Marie. Nejen léky, ale i vlídné slovo léčí. *Informatorium*. Praha: Portál 2012, (1), 22-23, ISSN: 1210-7506.
19. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
20. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.



21. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*, Praha: Grada, 2006, 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
22. VYMĚTAL, Jan, *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004, 181 s. ISBN 80-7178-830-9.
23. BURELOVÁ, Marie. *Duchovní potřeby seniorů*. Brno, 2010. Diplomová práce, Masarykova univerzita. Lékařská Fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce: Doc. MUDr. Jiří ŠIMEK.
24. PSYCHOLOGIE A ŽIVOT. *Maslowova pyramida lidských potřeb*. Zrcadlo.blogspot.com [online]. [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: <http://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/maslowova-pyramida.html>
25. NEMOCNICE BŘECLAV - oficiální stránky [online]. *Charta práv hospitalizovaných dětí* [online]. Praha: Etická komise MZ ČR. 1988 [cit. 2012-03-13]. Dostupné z: [http://www.nembv.cz/soubory/charta\\_deti-6811e6.pdf](http://www.nembv.cz/soubory/charta_deti-6811e6.pdf)

## **SEZNAM GRAFŮ**

- Graf č. 1** Pohlaví respondentů
- Graf č. 2** Počet dětí v rodině
- Graf č. 3** Četnost hospitalizací nemocného dítěte
- Graf č. 4** Poměr věřících a nevěřících respondentů
- Graf č. 5** Důležitost víry v Boha pro životní existenci
- Graf č. 6** Nabídka návštěvy kněze k lůžku nemocného
- Graf č. 7** Zajištění duchovního ze strany zdravotnického zařízení
- Graf č. 8** Pomoc při zvládnutí situace, že je dítě nemocné
- Graf č. 9** Zjišťování duchovních potřeb rodičů v období nemoci jejich dítěte
- Graf č. 10** Vliv nemoci dítěte na rodinné vztahy
- Graf č. 11** Důležitost sdílení vlastních potřeb s druhou osobou
- Graf č. 12** Místo hospitalizace respondentů
- Graf č. 13** Poskytnutí dostatku času ze strany personálu
- Graf č. 14** Otevřenost ze strany zdravotnického personálu
- Graf č. 15** Podpora ze strany zdravotnického personálu při naplnění potřeb
- Graf č. 16** Podpora ze strany zdravotnického personálu při vyjádření potřeb
- Graf č. 17** Snaha o maximální zachování běžného režimu dne dítěte
- Graf č. 18** Snaha o spolupráci mezi zdravotníkem a rodičem

## **SEZNAM ZKRATEK**

aj. – a jiné

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

apod. – a podobně

č. – číslo

JIP – jednotka intenzivní péče

JIRP – jednotka intenzivní a resuscitační péče

kol. – kolektiv

FN – Fakultní nemocnice

FNM – Fakultní nemocnice v Motole

FTNsP – Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

s. – strana

tzn. – to znamená

tj. – to jest

tzv. – takzvaný

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1 - Faktory ovlivňující lidské potřeby**

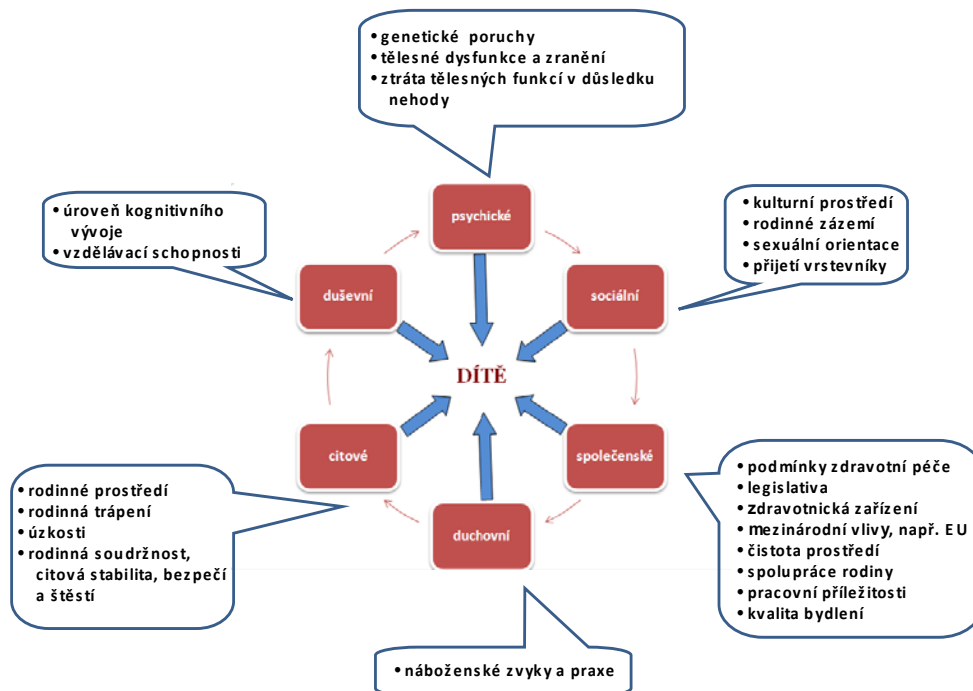
**Příloha č. 2 - Maslowova hierarchie lidských potřeb**

**Příloha č. 3 - Charta práv hospitalizovaného dítěte**

**Příloha č. 4 - Dotazník**

## Příloha č. 1

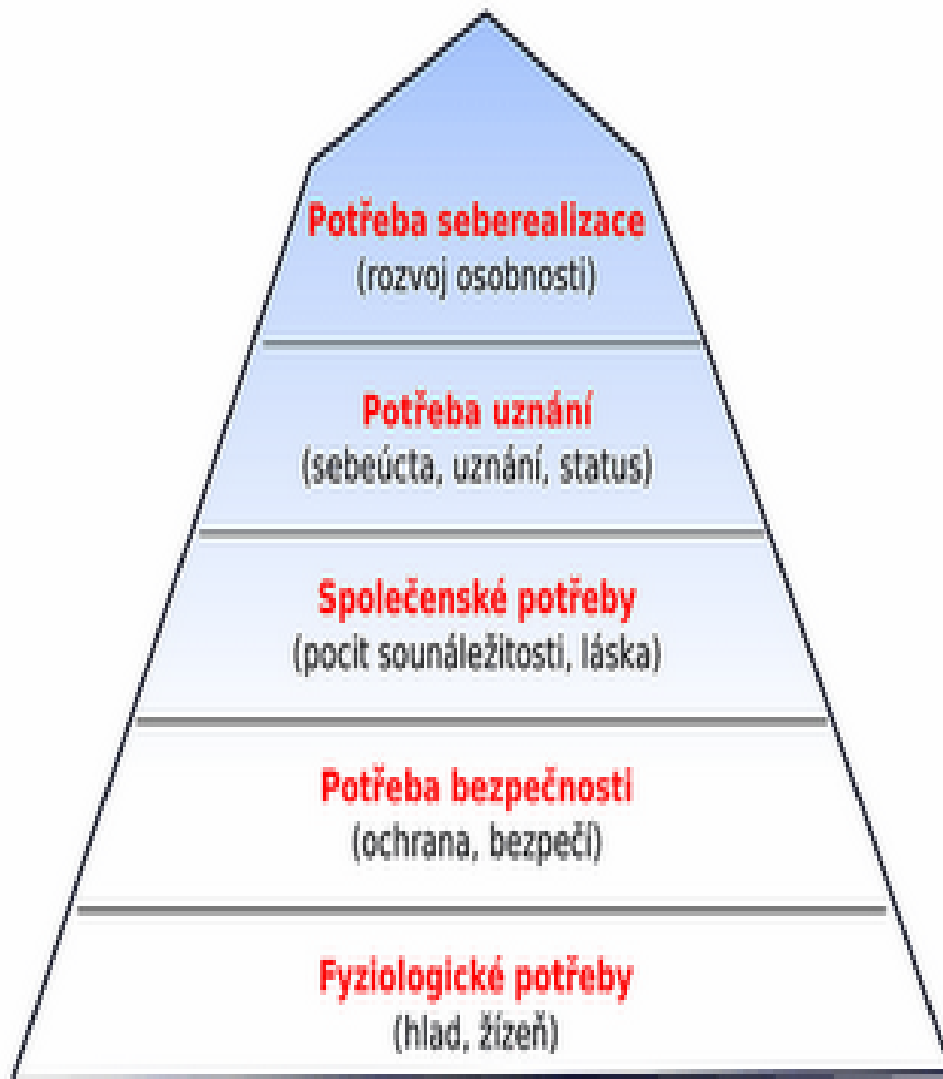
### Faktory ovlivňující lidské potřeby



Převzato a přeloženo z: SMITH, Fiona, *Children's nursing in practise: The Nottingham Model*. vydáno: Wiley-Blackwell, 1995, s. 33

## Příloha č. 2

### Maslowova hierarchie lidských potřeb



Převzato z : <http://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/maslowova-pyramida.html> [online].  
[cit. 2012-03-28].

## **Příloha č. 3**

### **Charta práv hospitalizovaného dítěte**

**Vydala: Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky**

1. Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a úrovni chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emočního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Převzato z: [http://www.nembv.cz/soubory/charta\\_deti-6811e6.pdf](http://www.nembv.cz/soubory/charta_deti-6811e6.pdf). [online]. [cit. 2012-03-13].

## **Příloha č. 4**

### **Dotazník**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Ivana Hessová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni a ráda bych Vás požádala o spolupráci. Studium zakončím obhajobou své bakalářské práce na téma „Naplnění duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení.“ Ve své práci se zaměřuji především na duchovní a psychosociální potřeby rodičů nemocných dětských pacientů. Tento anonymní dotazník mi poslouží ke sběru informací pro praktickou část mé práce. Prosím Vás o co nejpřesnější informace.

Předem děkuji za Váš čas a laskavou pomoc.

Ivana Hessová

Z nabízených možností vyberte jednu možnost, nebo odpověď napište svými slovy.

1. Jste rodič hospitalizovaného dítěte v:

- a) Fakultní nemocnice v Motole
- b) Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

2. Jste:

- a) maminka
- b) tatínek
- c) jiný rodinný příslušník

3. Kolik dětí máte?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a více



4. Po kolikáté jste se svým dítětem hospitalizován/a?

- a) první hospitalizace včetně sdělení diagnózy
- b) druhá hospitalizace
- c) třetí a více
- d) už ani nevím

5. Jste věřící?

- a) ano
- b) ne

6. Jak jste se cítil / a během první hospitalizaci?

.....  
.....

7. Co Vám pomohlo postupně přijmout situaci, že je Vaše dítě nemocné?

- a) rodina
- b) zdravotnický personál
- c) vyhledal/a jsem odbornou pomoc (psycholog, psychiatr)
- d) jiné: .....

8. Kterou z těchto duchovních potřeb Vy osobně upřednostňujete?

- a) potřeba dobrých mezilidských vztahů
- b) dobrý kontakt a podpora rodiny
- c) vhodná péče a otevřenost zdravotnického personálu
- d) potřeba lásky
- e) naplnění smyslu života
- f) možnost duchovní četby
- g) možnost kontaktu s duchovním
- h) jiné.....

9. Kde Vám byly sdělovány informace o stavu Vašeho dítěte?

- a) na chodbě
- b) u lůžka dítěte
- c) v oddělené místnosti s dalšími cizími lidmi
- d) v oddělené místnosti bez svědků

10. Jak jste se cítil / a při opakované hospitalizaci?

.....  
.....

11. Pokud máte další a nezmíněné poznatky, na které byste rádi upozornili, prosím využijte tohoto volného místa.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Následující otázky si pozorně přečtěte a vyberte nejpravdivější odpověď dle stupnice.

	1	2	3	4	5
	neplatí	zřídka kdy	někdy	často	velmi často
12. Je víra v Boha pro Váš život a pro život Vašeho dítěte určující?	1	2	3	4	5
13. Byla Vám nabídnuta či umožněna návštěva kněze k lůžku nemocného dítěte?	1	2	3	4	5
14. Očekáváte od nemocnice zajištění dostupnosti duchovního?	1	2	3	4	5
15. Změnila nemoc Vašeho dítěte Vaše životní hodnoty?	1	2	3	4	5
16. Ovlivnila nemoc Vašeho dítěte Vaše rodinné vztahy?	1	2	3	4	5
17. Měl/a jste potřebu získané informace s někým sdílet?	1	2	3	4	5
18. Udělal si na Vás zdravotnický personál vždy dostatek času?	1	2	3	4	5
19. Udělal si na Vás při sdělování diagnózy ošetřující lékař dostatek času?	1	2	3	4	5
20. Dostal /a jste vždy všechny dostupné informace ohledně zdravotního stavu Vašeho dítěte?	1	2	3	4	5
21. Porozuměl/a jste vždy všem informacím ohledně zdravotního stavu Vašeho dítěte?	1	2	3	4	5
22. Je pro vás důležité mluvit o Vašich potřebách?	1	2	3	4	5
23. Je / byl k Vám ošetřující personál po dobu hospitalizace otevřený a mluvil s Vámi o Vašich potřebách?	1	2	3	4	5
24. Dostalo se Vám dostatečné podpory ze strany personálu při naplňování Vašich potřeb?	1	2	3	4	5

25. Dostalo se Vám dostatečné podpory ze strany personálu při vyjádření Vašich obav? 1 2 3 4 5
26. Byla Vám nabídnuta péče psychologa / psychoterapeuta? 1 2 3 4 5
27. Byli jste dostatečně seznámeni s režimem oddělení, kde je / bylo hospitalizováno vaše dítě? 1 2 3 4 5
28. Snažil se zdravotnický personál o maximální možné zachování běžného režimu dne Vašeho dítěte? 1 2 3 4 5
29. Byla Vám umožněna společná péče o Vaše dítě společně se zdravotnickým personálem? (přebalování, koupání, krmení..) 1 2 3 4 5
30. Dostali jste dostatečné informace ohledně péče o své dítě při propuštění domů? 1 2 3 4 5

Ještě jednou děkuji Za Váš čas a pomoc. ☺