

Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči

Assessment of the Spiritual Needs of Patients in Palliative Care

Hajnová Fukasová E.^{1,2}, Bužgová R.¹, Feltl D.¹⁻³

¹ Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, LF OU v Ostravě

² Klinika onkologická LF OU a FN Ostrava

³ Ústav zobrazovacích metod, LF OU v Ostravě

Souhrn

Posouzení a správná diagnostika všech potřeb a problémů pacientů, včetně spirituálních, je nevyhnutelná pro zvyšování kvality komplexní ošetrovatelské péče. Při uspokojování potřeb nemocných je důležité nahlížet na člověka jako na jednotu těla a ducha. Identifikace a uspokojování spirituálních potřeb není jednoduché i proto, že pojem spiritualita nemá cílené a jasné vymezení. V paliativní péči má řešení a saturace duchovních potřeb velkou prioritu a může být klíčovým aspektem psychologického působení. Význam spirituality jako součásti psychické pohody si stále více uvědomují i zdravotničtí profesionálové. Měření spirituálních potřeb se přikládá menší význam a v mnoha zdravotnických zařízeních končí u ošetrovatelské anamnézy otázkami: „Jste věřící?“, „Máte duchovní potřeby?“. Spiritualita a náboženství jsou velice osobní záležitosti každého člověka. Mnoho pacientů se obrací k náboženství pro odpovědi na obtížné otázky a jiní hledají podporu prostřednictvím duchovních přesvědčení mimo rámec organizovaného náboženství. Záměna pojmů spiritualita a religiozita může vést k mnoha nedorozuměním. Základním předpokladem pro správnou diagnostiku a uspokojení duchovních potřeb je vymezení používaných výrazů a využívání standardizovaných měřicích nástrojů v klinické praxi. Cílem přehledové studie bylo vymezení pojmu spiritualita, vyhledat měřicí nástroje vhodné pro hodnocení spirituálních potřeb člověka. Pro získání výsledků výzkumných prací zabývajících se problematikou duchovních potřeb u nevléčitelně nemocných pacientů byly jako zdroj dat použity následující databáze (2005–2013): EBSCO, Bibliographia Medica Českoslovac, Google Scholar, Solen – www.solen.cz, Profese on-line. Do výběru studií byly zahrnuty systematicky přehled, přehledový článek, kvalitativní a kvantitativní studie.

Klíčová slova

spiritualita – náboženství – duchovní potřeby – paliativní péče

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.



Mgr. Erika Hajnová Fukasová

Klinika onkologická LF OU

a FN Ostrava

17. listopadu 1790

708 52 Ostrava-Poruba

e-mail: erika.hajnova@fno.cz

Obdrženo/Submitted: 16. 6. 2014

Přijato/Accepted: 27. 11. 2014

<http://dx.doi.org/10.14735/amko201513>

Summary

The appraisal and the right diagnostics of all needs and problems of patients, including the spiritual needs, are unavoidable for increase of the quality of the all-embracing nursing care. In the case of satisfying of the needs of the patients, it is important to have view the person as a unity of the body and the soul. Identification and satisfying of the spiritual needs are not uncomplicated; moreover, spirituality does not have a targeted and clear definition. In the palliative care, the solution and saturation of spiritual needs have a great priority, and it can be the key aspect of psychological activity. Also, medical experts are becoming aware of the meaning of spirituality as the part of psychological contentment more and more. Smaller importance is attached to measurement of spiritual needs, and in many medical institutions ends at the case history with the questions: "Are you a believer?", "Do you have any spiritual needs?". Spirituality and religion are very personal matters of every human. Many patients turn to religion to find answers to difficult questions while others find support through the spiritual beliefs outside the scope of organized religion. Mistaking of meanings of the spirituality and religionism can lead to many misunderstandings. The basic condition for the right diagnostics and satisfaction of spiritual needs are the definition of the used terms and using of standardized measurement devices in the clinical praxis. The target of summarizing study was to define the term of spirituality, to describe a lot of measurement devices these are suitable for the evaluation of human spiritual needs. For methodology for acquiring of the results of research works that are concerned with the questions of spiritual needs in case of the incurable patients, the following databases were used (2005–2013): EBSCO, Bibliographia Medica Českoslovacca, Google Scholar, Solen – www.solen.cz, Profese on-line as the source of the data. The choice of studies were as follows the systematic overview, the summarizing essay, the qualitative and quantitative study.

Key words

spirituality – religion – spiritual needs – palliative care

Úvod

Důsledná saturace všech lidských potřeb na konci života může být klíčovým aspektem zvládnání terminální nemoci. Pacienti očekávají, že zdravotnický personál bude respektovat jejich náboženské a duchovní přesvědčení i obavy [1]. Spirituální péče nabízí možnost pomoci porozumět příběhu lidského života, důstojně zvládnout obtížnou situaci. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může také obsahovat specifické náboženské prvky přiměřeně zvyklostem člověka. Nevyléčitelně nemocní mají potřeby jako každý jiný člověk. Zajistit dobrou kvalitu života nevyléčitelně nemocného pacienta neznamena jenom léčbu bolesti a zmírnění obtěžujících symptomů, ale také zajištění pacientových potřeb v oblasti psychické, duchovní a sociální. Jejich priorita se však v průběhu nemoci mění. I u pacientů s nevyléčitelným onemocněním řada jejich potřeb zůstává neidentifikována a nesaturována. Jedná se především o potřeby psychosociální a spirituální, přičemž v závěru života pacientů často nabývají na významu. Abychom mohli hovořit o problémech v oblasti spirituálních potřeb, je dobré nejdříve pochopit, jak se projevuje stav uspokojení, tedy duchovní zdraví, pohoda. NANDA International vysvětluje termín duchovní pohoda jako schopnost dát životu význam, hodnotu a účel – cíl. Jejím výsledkem je harmonie a spokojenost. Vede ke stvr-

zení života ve vztazích s komunitou, prostředím, se sebou samým i s Bohem [2].

Spiritualita je zmiňována v souvislosti s náboženstvím, obřady a modlením a často je s ním i zaměňována. Jednoznačně definovat spiritualitu a religiozitu není jednoduché. Neostrá hranice mezi religiozitou a spiritualitou způsobuje, že termín spiritualita se používá příliš volně. Často dochází k záměně spirituality a religiozity [3]. Spiritualita a náboženství neznamena totéž, avšak mohou se navzájem překrývat. Nepřesnost ve vymezení pojmu spočívá především v tom, že spiritualita může být vykládána odlišně – pro jedince znamená různé věci a nedá se vytvořit jednotná definice v konkrétních situacích pro všechny [4]. S pojmem spirituality se setkáváme až někdy v 90. letech 20. století. Do této doby se existence duchovních potřeb nepřipouštěla a duchovní svět zůstával stranou [5]. Obsahem spirituality, duchovna je něco, co nás přesahuje, např. hledání smyslu života. Význam slova religiózní vyjadřuje příslušnost k nějakému náboženství. Náboženství je soubor víry a praxe, organizovaný systém uctívání, často spojený s nadpřirozenou mocí, která formuje, řídí život i smrt člověka. Spiritualita je širší pojem. Všechna náboženství mají základní vyznání víry, rituály a praktiky. Sdružují lidi ve společenství se shodnými hodnotami, cíli a denními povinnostmi věřícího. Spiritualita je pojmem nadřazeným, protože zahrnuje i ty, kteří

své duchovní prožitky praktikují ve vlastním systému náboženských představ. Udává směr života člověka [6]. Je podstatou a zdrojem života a bytí člověka. Podle Knoflíčkové je spiritualita životní oporou, která se neztrácí a znamená potenciál, který je možné v průběhu života organizovat a podporovat [7]. Taylor spiritualitu popisuje jako osobní snahu najít smysl a účel života. Jako pocit spojení s něčím transcendentním [8]. Je vícedimenzionální a týká se fyzické i psychosociální charakteristiky každého člověka [9]. Spiritualita vytváří souvislosti poskytující člověku naději a smysl [4].

Evropské asociace pro paliativní péči identifikovala tři složky duchovnosti:

- existenciální otázky – naděje, láska, radost, zoufalství, smíření, odpuštění, vlna, stud, smysl života, utrpení a smrti;
- postoje a hodnoty – vztahy k blízkým, k sobě samému, k umění, přírodě, postoj k etice, morálce i k samotnému životu;
- náboženské myšlenky – víra, vztahy k Bohu, k absolutnu [4].

Cíl

Cílem přehledové studie bylo vymezení pojmu spiritualita, vyhledání měřicích nástrojů se zaměřením na hodnocení spirituality člověka.

Metodika

Pro získání dat byly použity následující databáze (2005–2013): EBSCO, Biblio-

Tab. 1. Hodnocení spirituality a duchovních potřeb.

Hodnotící škála	Hodnocení	Zaměření
Index spirituální zkušenosti Genia 1997 23 položek [12]	spirituální zralost podškály (spirituální podpora, zralost)	pro osoby s různou spirituální orientací
Škála spirituální pohody (SWBS) R. F. Paloutzian, C. W. Ellison 1982 20 šestistupňových položek • vhodná pro pacienty s nízkou úrovní pohody [12]	nábožensky vertikální dimenze, horizontální – existencionální dimenze	k posouzení spokojenosti se spirituálním životem v náboženském i existencionálním smyslu
Dotazník spirituální pohody (SWB) Moberg 1984 82 položek, šestibodová škála [12]	posouzení potřeby naděje, cílů a budoucnosti	zaměřen na spirituální rast a zralost, na potřebu víry, na osobní zbožnost, sebeuspokojení
Dotazník spirituálního uvědomění (SAI) MacHovec 2002 20 položek, šestibodová škála [12]	posuzuje spirituální inteligenci, úroveň duchovního uvědomění	zaměřen na spirituální zážitky v souvislosti s přírodou, uměním, s lidmi, Bohem
Nowotny Hope scale 29 položek, v 6 dimenzích [13]	posouzení potřeby naděje	zaměřen na orientaci naděje na budoucnost, vztahy s jinými, posilování naděje, očekávání
Škála životní smysluplnosti (ŠŽS) 3 subškály [14]	kognitivní, motivační, afektivní dimenze	zaměřena na životní filozofii, cíle a plány, optimizmus, životní spokojenost
Pražský dotazník spirituality (PSQ 36) 6 subškál [16]	ekospiritualita, etický entuziazmus, svědomitá starostlivost, mystická a monoteistická zkušenost	zaměřen na jednotu s přírodou, radost z lidské blízkosti, pocit s něčím, co člověka přesahuje, vnitřní pokoj, pozitivní city, touha začít znovu, nejvyšší pravda, nejvyšší realita – smrt, návrat domů
Škála spirituální transcendence (STS) 24 položek, sedmibodová škála [12]	smysluplné integrace v sobě, s jinými lidmi a světem a s posvátnou silou mimo sebe	zachytává vnitřní propojenost, lidské citění a propojenost s přírodou
Dotazník FICA 4 oblasti [17]	hodnocení duchovních aspektů osobnosti	otázky zaměřeny na: F (faith) – víru, náboženské přesvědčení; I (importance) – důležitost v životě pacienta, dopad na život; C (community) – vztah ke společenství; A (address) – využití spirituality v péči
Dotazník spirituální orientace 9 subškál [18]	humanisticko-fenomenologická koncepce	smysl života, životní poslání, nezávislost od materializmu, altruizmus, transcendence
Dotazník spirituálních a religiózních témat (SRQ) T. J. Silber, M. Reilly, 1985 11 položek, devítibodová stupnice [3]	zaměřen na vztah spirituality a závažnosti nemoci	zaměřen na spirituální a náboženské přesvědčení

graphia Medica Československa, Google Scholar, Solen – www.solen.cz, Profese on-line. Do výběru studií byly zahrnuty systematický přehled, přehledový člán-

nek, kvalitativní a kvantitativní studie. Celkem bylo nalezeno 37 měřících nástrojů hodnotících spiritualitu člověka, z nichž 24 bylo zaměřených konkrétně

na míru religiozity. Pouze 11 hodnotících nástrojů posuzuje specifickou spiritualitu a spirituálních potřeb. Uváděné měřící nástroje spirituality jsou pro-

pojeny také otázkami zaměřenými na religiozitu.

Výsledky

Škály spirituálních potřeb

Hodnocení duchovních, spirituálních potřeb v praxi se jeví jako problémové, hlavně z důvodu absence klinických zručností sester. Ondrejka, Žiaková a Farský [1] prezentují ve své práci využití vybraných měřicích nástrojů na zjišťování spirituality, spirituální pohody, naděje, smyslu života a posouzení psychopatologických symptomů. Posouzení spirituálních potřeb a poskytování spirituální péče vidí jako nevyhnutelnou podmínku přiblížit se holistickým principům a zkvalitnění celkové péče o pacienta. Absence diagnózy „spirituální tíseň“ v ošetrovateľské dokumentaci přetrvává, pravděpodobně z důvodu obav sester zasahovat do privátní oblasti pacienta, a dalším důvodem je nedostatek vědomostí o spirituálních potřebách a zkušeností z oblasti jejich diagnostiky a saturace [10].

Škála, která se může stát efektivním nástrojem při diagnostice spirituální tísně – **Index spirituální zkušenosti** –, zahrnuje subškály spirituální podpory a spirituální otevřenosti, zachycuje spirituální zralost. Index je vhodný pro osoby s různou spirituální orientací. **Škála spirituální pohody** rozdělená do dvou dimenzí se soustředí na posouzení spirituální pohody v náboženské subškále, s vyjádřením vztahu k Bohu a vnímání spokojenosti se svým spirituálním životem v horizontální dimenzi existenciální pohody, která obsahuje existenciální pojetí účelu a smyslu života a životní spokojenosti. Škála je vhodná hlavně pro osoby s nízkou úrovní pohody [11]. **Dotazník spirituální pohody** obsahuje 82 položek. Zachycuje ukazatele, jako jsou např. křesťanská víra, sebeuspokojení, osobní zbožnost a subjektivní spirituální pohoda. Měřicí škála je zaměřena na spirituální růst a zralost. **Dotazník spirituálního uvědomění (SAI)** obsahuje 20 položek zaměřených na spirituální zážitky v souvislosti s přírodou, lidmi, uměním a Bohem [12]. Spirituální tíseň a beznaděj jsou vzájemně propojeny, pro jejich posouzení je využit **Nowotny Hope scale** posuzující naději v šesti dimenzích: D – důvěra ve

výsledek – vyjadřuje očekávání dobra směrem do budoucnosti; I – vztahy s jinými – souvisí se zaměřením naděje k pomoci od jiných lidí nebo vztahování se k Bohu; M – doufat v možné; V – víra, využití religiozity při posilování naděje; Z – zaangažovanost a dimenze; A – vnitřní aktivity, která vyjadřuje důležitost budoucího výsledku v souvislosti s jeho aktivitou [10,13]. **Škála životní smysluplnosti (ŠŽS)** obsahující 18 položek posuzuje smysl a účel života člověka. Dělí se do tří dimenzí: 1. kognitivní, která je zaměřena na celkovou životní filozofii, chápání života, životní poslání; 2. motivační dimenze představuje položky životních cílů, plánů a potřebné síly; 3. afektivní subškálu reprezentují položky zaměřené na životní spokojenost, optimizmus, naplněnost i životní negativismus. Autor škály uvádí Crombachovo alfa 0,87, které vyjadřuje vnitřní konzistenci škály [14]. **Pražský dotazník spirituality – PSQ 36** zahrnuje měření v šesti subškálách. První, ekospiritualita, vystihuje pocit jednoty s přírodou a úctou k ní. Sounáležitost je dimenze zaměřená na radost z lidské spolupatičnosti a blízkosti. Mystická zkušenost je subškála související s transcendencí. Dimenze etický entuziazmus je spojena s pozitivními city, soucitem, touhou pomoci. Subškála svědomitá péče souvisí s touhou nového, lepšího začátku. Poslední dimenze Pražského dotazníku spirituality souvisí s fascinací „nejvyšší pravdou“ a „nejvyšší realitou“, smrt jako „návrat domů“. Dotazník není nábožensky orientován, jeho výhodou je, že jej lze použít i u nereligiózních pacientů [15,16]. R. L. Piedmont je autorem **Škály spirituální transcendence (STS)**, která zahrnuje tři dimenze transcendence. První je zaměřena na člověka jako součást lidské společnosti, která vytváří nepřetržitou harmonii života. Druhá dimenze je univerzalita – přesvědčení o jednotné životní podstatě. Naplnění modlitbou, city a radostí je třetí dimenzí této škály. Vychází ze širokého konceptu spirituality týkající se značného rozsahu západních i východních náboženských tradic [3]. **Dotazník FICA** je určen k získávání duchovní anamnézy a má sloužit jako vodítko pro duchovní rozhovor v klinické praxi. Prostřednictvím tohoto nástroje

můžou lékaři, ošetrovatelé a další pečující pracovníci řešit s pacienty duchovní otázky, které jsou pro ně důležité. Podle autorky dotazníku Pulchalski je metoda kladení otázek FICA použitelná napříč různými kulturami, protože struktura dotazníku vychází z obecných principů a hodnotící se nemusí doslovně držet daných formulací. Dotazník poskytuje pacientovi prostor k tomu, aby odpověděl zcela svobodně. Nutnou podmínkou je, aby lékař respektoval pacientovo přesvědčení, ať už je jakékoli. Rozhodně mu nesmí vnucovat svůj vlastní pohled na svět [17]. **Dotazník spirituálních a religiózních témat (SRQ)** je měřicí nástroj, ve kterém se autoři (T. J. Silber, M. Reilly, 1985) zaměřují na spirituální a náboženské přesvědčení ve vztahu spirituality a závažnosti nemoci. Má užší zaměření na spirituální a náboženské přesvědčení, postoje, chování u hospitalizovaných adolescentů [3]. **Dotazník spirituální orientace** – podle Řičana (2007) – jeden z prvních dotazníků nezabývajících se typickými náboženskými prvky. Dotazník spirituální orientace sestaven Elkinsonem obsahuje devět položek, subškál, jako je např. položka transcendentní dimenze, která svědčí o přítomnosti Maslowova vrcholného prožitku, nebo také položka životního hledání, která se zaměřuje na pocit odpovědnosti vůči životu [15].

Škály měřicích nástrojů hodnotících spirituální potřeby pacientů zobrazuje tab. 1.

Stručný pohled na tabulku známějších škál měřicích spirituální pohodu ukazuje volnou hranici spirituality a religiozity. Nedostatek specifických položek pro spiritualitu je důsledkem nejasného teoretického vymezení spirituality [3].

V životě každého člověka je duchovní oblast důležitá, a mnohem víc zásadní je pro všechny pacienty s život ohrožujícím onemocněním a umírající. Životní hodnoty a smysl dodávají pacientům důstojnost a sebevědomí. Duchovní tíseň může ovlivnit fyzické potřeby i pocit úzkosti [19]. V literatuře existuje shoda, že péče o chronické pacienty na konci života je optimální, ale podle autora Fitzsimonse [20] je málo výzkumu zaměřeného na specifické potřeby. Přitom mnoho pacientů s nevléčitelným one-

mocněním spoléhá na náboženské přesvědčení a praktiky, které jim pomohou vyrovnat se s nelehkou situací. Některé studie dokládají, že podpora duchovní pohody přispívá k zlepšení kvality života nemocných. To znamená, že spiritualita a náboženství jsou spojeny se zdravím a pomáhají pacientovi vytvořit pozitivní postoj, který mu umožní cítit se lépe. Knoflíčková také zdůrazňuje význam religiozity a spirituality u nemocných pacientů. Poukazuje na známou skutečnost, že duchovní přesvědčení v čase nemoci nabývá na významu víc než kdykoli jindy v životě a potřeba spirituálního směřování narůstá. Popisuje, že některým lidem pomáhá smířit se s nemocí a jiní se dívají na nemoc jako na „zkoušku víry“. Druzí mohou nemoc vnímat jako trest. Podle autorky spiritualita, religiozita, víra poskytuje pacientům návod, jak zvládnout různé zátěže, a je jim oporou. Mnozí pacienti mají svoji víru ve formě subjektivního osobního náboženství nebo obecné filozofie života. To znamená, že se nejedná o praktikování víry. Právě ve zdravotnických a sociálních zařízeních není jednoduché podchytit a uspokojit spirituální potřeby pacientů [7]. Duchovní potřeby jsou nedílnou součástí paliativní péče. Zdravotníci mají obtíže při zajišťování optimální duchovní péče. Přetrvává nejistota v tom, kdo by měl poskytovat duchovní péči, a v případech saturace potřeb mají zdravotníci nedostatek důvěry sami v sebe, v nastavené kompetence pro poskytování péče a největší problém vidí ve vlastní identifikaci konkrétních duchovních potřeb [21]. Obtížnost zhodnocení potřeb spočívá především v tom, že povaha spirituality se liší od jednotlivce k jednotlivci [4]. Hlavním předpokladem v hodnocení a uspokojování spirituálních potřeb v praxi jsou komunikační dovednosti a kvalitní vztahy. Nástroje pro hodnocení spirituality zaznamenány v tab. 1 jsou pro klinickou praxi časově i obsahově náročné. Podle McSherry a Ross v Milligan [4] zatěžují pacienty a také sestry zbytečnou prací a množstvím papírů. Podle autorů by se navíc mohly odhalit problémy, kterými by se zdravotničtí pracovníci následně nemuseli zabývat, a mohli by si dokonce znepřátelit některé sku-

piny klientů nevhodně formulovanými otázkami.

První a nejčastější kontakt s nemocným mívají zdravotní sestry, které jsou s pacientem v nejužším kontaktu. Jsou schopny lépe než kdokoli jiný ze zdravotnického týmu rozpoznat pacientovo vnitřní rozpoložení. Proto profesní sesterská organizace NANDA definuje v rámci ošetrovatelské diagnostiky také pojmy „duchovní nouze, porušená religiozita, konflikt v rozhodování“, které spadají pod ošetrovatelské problémy v oblasti souladu nebo rovnováhy mezi hodnotami, přesvědčením a činy člověka [22]. Mezi vodící znaky pro stanovení problému ve spirituální oblasti patří úzkost, smutek, nedostatek naděje, klidu, lásky a odpuštění, nenalezení smyslu života v nemoci, hněv, neochota spolupracovat, a to všechno jsou zdravotníci při svém pozorování schopni odhalit. Spiritualita tedy spadá do kompetencí sester, které jsou schopné ji identifikovat. Součástí ošetrovatelského posouzení pacienta jsou otázky v oblasti duchovních potřeb. I když hodnocení spirituálních potřeb prodlužuje anamnestickou fázi ošetrovatelského procesu, je důležité jej provádět opatrně, bez necitlivého odhalení pacientova osobního života. Při kladení otázek v spirituální oblasti bývá na rozpacích nejen pacient, ale i zdravotník. Sestry mají někdy problém komunikovat s nemocnými o náboženských potřebách. Patříčné vzdělání, komunikační schopnosti, vnitřní intuice, osobní autenticita, důvěryhodnost a zkušenosti nabyté praxí jsou v identifikaci spirituality pacientů zdravotníkům nápomocny.

Spirituální potřeby bývají obtížně měřitelné. Mnohdy se zapomíná, že tyto potřeby mají i osoby, které se nehlásí k žádnému náboženství. Spirituální potřeby se často u takových jedinců navenek neprojevují, špatně se zaznamenávají a zdravotníci se na ně neptají [23]. Podle O'Conora a Aranda [24] lze některou z měřících škál spirituálních potřeb vsunout do anamnestických formulářů. Autoři však poukazují na úskalí měřících škál z důvodu jejich orientace na abstraktní vlastnosti nemocných. Při rozpoznávání spirituálních potřeb je v klinické praxi možné použít některý z měřících nástrojů uvedených v tab. 1. Avšak je-

jich široké spektrum obsahu v spirituální problematice, časová náročnost, obtížná formulace otázek pro nemocné nedávají velký prostor pro jejich praktické využití. K posouzení duchovních potřeb v klinické praxi v ČR je přijatelné využít měřící nástroje více univerzálního charakteru. Vhodným měřícím nástrojem duchovních potřeb se jeví FICA dotazník. Prostřednictvím tohoto nástroje mohou lékaři, ošetrovatelé a další pečující pracovníci řešit s pacienty duchovní otázky, které jsou pro ně důležité. Podle autorky dotazníku Pulchalski je metoda kladení otázek FICA použitelná napříč různými kulturami, protože struktura dotazníku vychází z obecných principů a hodnotící se nemusí doslovně držet daných formulací. Pražský dotazník spirituality je dalším možným měřícím nástrojem pro duchovní potřeby v klinické praxi. Jeho výhodou je, že není nábožensky orientován a je možné jej použít i u nereligiózních pacientů. Duchovní potřeby úzce souvisí s nadějí pacienta. Naděje je měřitelná veličina, proto lze považovat Nowotny Hope scale za vhodný měřící nástroj ve fázi posouzení ošetrovatelského procesu. V současné době s počtem lékařských a nelékařských pracovníků v klinické praxi není možné podrobně řešit duchovní otázku pacientů v dostatečném rozsahu. Podchycení a uspokojení spirituálních potřeb pacientů je součástí pastorační péče. V roce 2006 byla sepsána dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církve v ČR. Signatáři v ní konstatují, že si jsou vědomi společného poslání sloužit potřebným. Stvrzují v něm, že v nemocničním zařízení poskytnou duchovní péči nemocným bez rozdílu víry [25]. Nejen péče o duševní pohodu pacientů, ale také hodnocení spirituálních potřeb by mělo být v kompetenci nemocničních kaplanů/pastoračních pracovníků, kteří jsou k dispozici nejen pacientům, příbuzným a dalším blízkým osobám, ale také personálu. Nejsou vybaveni jen teologickým vzděláním, nýbrž i základními znalostmi psychologa a sociálního pracovníka „v terénu“. Nezasahují však do kompetencí farářů, psychologů nebo psychiatrů.

V oblasti paliativní péče a potřeb pacientů v paliativní péči v ČR i ve vět-

šině zemí střední a východní Evropy je jen málo vědeckých výzkumů. Literární zdroje mají většinou teoretický charakter. Domnívám se, že nízký počet validních publikací v ošetrovatelství v oblasti potřeb u terminálně nemocných pacientů může být částečně způsoben obtížným prosazováním se sester/ošetrovatelství v odborných periodikách i samotnou neochotou sester spolupracovat na ošetrovatelských výzkumech a následně publikovat výsledky šetření.

Diskuze

Krátké nastínění problémů v diagnostice a saturaci duchovních potřeb pacientů v paliativní péči nezodpovídá otázku přesné definice duchovních potřeb, nelze ani říci, který měřicí nástroj pro zjišťování duchovních potřeb v paliativní péči je nejvhodnější. Z výše uvedených šetření však vyplývá, že je namístě monitorovat duchovní potřeby pacientů v paliativní péči, jejich důležitost a saturaci. Výzkumná šetření ukazují na často nevyjasněný problém definice duchovních potřeb, které jsou považovány za potřeby spirituální s důrazem na religiozitu a náboženství, a následně na související problém, kdo má saturovat duchovní potřeby. Dalším problémem se může jevit neschopnost, neochota komunikace na duchovní téma, a to jak ze strany personálu, tak i samotných pacientů. Pacienti v paliativní péči vyjadřují v duchovní oblasti potřebu naděje jako důležitého zdroje podpory v boji s nevyléčitelným onemocněním, který pomáhá zvládnout jejich problémů. Každý člověk má duchovní potřeby, ale nemusí mít nutně vztah k žádnému náboženství. Touží po uzavření svého života, po klidném spočinutí a bezpečí. V praxi jsou duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů v paliativní péči na nemocničních lůžkách často posuzovány pouze u příjmu pacienta, a to v rámci ošetrovatelského posouzení, kde sestra zaznamenává pouze duchovní potřeby ano/ne. Hlubší, širší objasnění neprobíhá. Pokud pacient uvede, že má duchovní potřeby, dostane se mu informace o možnosti návštěvy bohoslužby a duchovního a sestra na základě této informace stanoví ošetrovatelskou diagnostiku, ošetrovatelský plán i intervence.

Zřídka se však u pacienta vrací k dané problematice. Přitom vyplnění 36 položkového Pražského dotazníku spirituality nebo 29 položkové škály naděje (Nowotny Hope scale) zabere pacientovi max. 15 minut času a nejsou pro něj náročné na vyplnění. Ve spolupráci se sociálním pracovníkem, nemocničním kaplanem/pastoračním pracovníkem vyhodnotí vyplněné dotazníky a následně společně s pacientem naplánují intervence, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. Duchovní pohoda pacienta je spojována s dodržováním etického kodexu sester – empatický přístup, vytvoření prostředí, ve kterém jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky pacienta, je respektována pacientova důstojnost. A řešení religiozních otázek přenechat v kompetenci nemocničního kaplana, který dokáže řešit problémy pacientů nespádající do medicínské oblasti a v případě nutnosti umí rozeznat krizový stav a zprostředkovat kontakt s odborníkem. Péče o spirituální potřeby pacientů je dnes ve zdravotnictví v ČR na velmi rozdílné úrovni. V některých zdravotnických zařízeních funguje odborný pracovník 24 hodin denně, jinde však uspokojování duchovních potřeb probíhá v osobní režii pacienta a jeho blízkých. Záleží nejen na přístupu vrcholového managementu zdravotnických zařízení, ale i na vedení jednotlivých oddělení.

Spirituální potřeba nemocných bývá často potlačena v anonymním prostředí nemocnic, kdy je pacient objektem diagnostických a terapeutických metod. V nemocnicích i v dnešní době chybí akceptace duchovního rozměru péče. Saturace duchovních potřeb je nezbytnou součástí péče o pacienta, a to nejen v paliativní péči. Tuto službu kromě kaplana vykonávají také laici, kteří jsou profesionálně připraveni v oblasti poskytování tohoto druhu péče. Poskytují pomoc trpícím, ale i těm, kdo se o ně starají v existenciálních, spirituálních a náboženských potřebách. Duchovní péče je nabízena všem, kdo si to přejí, věřícím i nevěřícím. Způsob, úroveň a intenzita duchovní služby se řídí okamžitým zdravotním stavem nemocného. V hospicích probíhají bohoslužby tvořené společenstvím nemocných, je-

jich blízkých, zdravotníků i zaměstnanců hospice. Při liturgickém slavení se vzájemně prolínají světy nemocných, lidí doposud zdravých i těch, kteří již odešli z tohoto světa.

Závěr

Jedním z hlavních cílů paliativní péče je udržovat nebo zlepšit kvalitu života pacientům, kteří trpí nevyléčitelným onemocněním. Pacienti kromě saturování základních potřeb, které jsou v paliativní péči uspokojovány většinou s pomocí zdravotníků, přikládají nemalou důležitost také potřebám psychologickým, sociálním a v neposlední řadě i spirituálním. Saturace spirituálních potřeb se nedotýká jenom pacientů věřících, ale pacientů všech. Vyhledávání a uspokojování duchovních potřeb by se mělo stát součástí komplexní ošetrovatelské péče o nemocné. Zjišťování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb u terminálně nemocných a jejich rodinných příslušníků je nezbytnou součástí péče o umírajícího pacienta. Hodnocení saturace potřeb může být důležitým indikátorem pro měření kvality života. V paliativní péči je měření potřeb, a to nejen duchovních, vcelku obtížné. Z osobní zkušenosti mohu konstatovat, že v průběhu výzkumných šetření pacienti v paliativní péči často poukazují na náročnost a časovou obtížnost dotazníků, které vyplňují. Většinu měřicích nástrojů uvedených v tab. 1 lze v paliativní péči považovat pouze jako nástroje vhodné pro výzkum. Umírající pacienti uvádějí, že šetření určitého problému do hloubky pro ně ztrácí smysl, důležitost vidí v konkrétním řešení problému a uspokojení potřeby.

Literatura

1. Ondrejka I, Žiaková K, Farský I (eds). Diagnostika spirituálních potřeb u pacientů. In: Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II. Nursing diagnostics and evidence based practice. Ostrava 2008: 37–42.
2. Němcová J. Saturace spirituálních potřeb pacientů. Diagnostika v ošetrovatelství 2010; 6(1): 26–29.
3. Stráženecký M (ed.). Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu. Bratislava: Slovak Academic Press 2007.
4. Milligan S. Addressing the spiritual care needs of people near end of life. Nurs Stand 2011; 26(4): 47–56.
5. Šimek J. Péče o spirituální potřeby nemocných. Diagnostika v ošetrovatelství 2006; 2(3): 102.
6. Ivanová K, Špirudová L, Kutnohorská J (eds). Multikulturní ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2005: 205.

7. Knořičková Z. Význam religiozity a spirituality ve stáří. *Kontakt* 2008; 10(1): 172–176.
8. Taylor EJ. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(4): 729–735.
9. Hermann CP. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34(1): 70–78.
10. Farský I, Žiaková K, Ondrejka I. Využití hodnotících/meracích nástrojů v diagnostice spirituální tísně. In: *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II. Nursing diagnostics and evidence based practice*. Ostrava 2008: 15–20.
11. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In: *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience 1982; 224–237.
12. Halama P, Adamovová L, Hatoková M et al (eds). *Religiozita, spiritualita a osobnost. Vybrané kapitoly z psychologie náboženstva*. Bratislava: Don Bosco 2006.
13. Nowotny ML. Assessment of hope in patient with cancer: development of an instrument. *Oncol Nurs Forum* 1989; 16(1): 57–61.
14. Halama P. Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. *Československá psychologie* 2002; 46(3): 265–276.
15. Říčan P (ed.). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál 2007.
16. Říčan P, Janošová P. Spirituality: its psychological operationalization via measurement of individual differences. A Czech perspective. *Studia Psychologica* 2005; 47(2): 157–165.
17. Puchalski CH. Díky rozhovorům o duchovních otázkách mohou lékaři svým pacientům lépe porozumět [Internet]. ©2013, [aktualizováno 21. prosince 2010; citováno 14. února 2014]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/diky-rozhovorum-o-duchovnich-otazkach-mohou-lekari-svym-pacientum-lepe-porozumet.html>.
18. Elkins DN. Beyond religion. Toward a humanistic spirituality. In: Schneider KJ (ed.). *The Handbook of Humanistic Psychology*. London: Sage Publications 2001: 201–212.
19. Puchalski CM. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *Omega (Westport)* 2008; 56(1): 33–46.
20. Fitzsimons D, Mullan D, Wilson JS. The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliat Med* 2007; 21(4): 313–322.
21. Yardley SJ, Walshe CE, Parr A. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliat Med* 2009; 23(3): 601–607. doi: 10.1177/0269216309105726.
22. Marečková J (ed.). *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing 2006.
23. Vaničková K (ed.). *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR* [Internet] [aktualizováno 1. května 2002; citováno 2. prosince 2014]. Dostupné z: <http://granosalis.cz/modules.php?name=News&file=print&sid=655>.
24. O'Connor M, Aranda S (eds). *Paliativní péče. Pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing 2005: 70–71.
25. Svatošová M (ed.). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing 2012: 88.

Copyright of *Klinicka Onkologie* is the property of Czech Medical Association of JE Purkyne and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.