



HODNOCENÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB U PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM: PILOTNÍ STUDIE

ASSESSMENT OF THE SPIRITUAL NEEDS OF PERSONS WITH ADVANCED CANCER: PILOT STUDY

Erika Hajnová, Radka Bužgová

*Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě
Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Ostrava*

Abstrakt

Cíl: Cílem výzkumu bylo zjistit důležitost spirituálních potřeb pacientů v paliativní péči a jejich saturaci na onkologické klinice FN Ostrava. **Metodika:** Výzkumný soubor tvořilo 93 pacientů, u nichž byla ukončena onkologická léčba s kurativním záměrem a vzhledem k negativní prognóze nemoci jim byla poskytována paliativní péče na onkologické klinice FN Ostrava. Do souboru byli zařazeni pacienti s Karnofského skóre $KI \leq 60$ %. Ke sběru dat byly použity otázky z domény spirituální potřeby dotazníku pro měření potřeb PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative care) a dotazník EORTC QoLC-30. Pro hodnocení rozdílu v důležitosti a saturaci potřeb dle jednotlivých faktorů byl použit párový t-test a t-test pro dva výběry. **Výsledky:** V oblasti spirituálních potřeb považovali respondenti nejčastěji za důležité „nenáboženské“ duchovní potřeby a to „být naplněn klidem“ (95 %), „mít smysl života“ (92 %) a „mít pozitivní náhled na život a naději“ (91 %). Pacienti byli nejčastěji nespokojeni s nemožností účasti na bohoslužbě (44 %, 56 % u druhého měření). Spirituální potřeby považovali signifikantně častěji za důležité pacienti starší 65 let a pacienti bez náboženského vyznání ($p < 0,05$). V hodnocení saturace duchovních potřeb nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. **Závěr:** Identifikace pro pacienta důležitých spirituálních potřeb by se měla stát součástí ošetřovatelské péče.

Klíčová slova: paliativní péče, duchovní potřeby, spirituální potřeby, PNAP - Patient Needs Assessment in Palliative care.

Abstract

Aim: The aim of the research was to find the importance of the patient's spiritual needs in the palliative care and their saturation at the Clinic of Oncology at University hospital Ostrava. **Methods:** The research file consisted of 93 patients whose oncological treatment with curative intention was finished and according to the negative prognosis of illness the palliative care was given to these patients at the Clinic of oncology at University hospital Ostrava. Patients registered in this file were registered the Karnofsky score $KI \leq 60$ %. The questions from domain of spiritual needs assessment for measurement of needs PNAP - Patient Needs Assessment in Palliative care were used for the data collection. To evaluate the differences in the importance and saturation according to the needs of individual factors used paired t-test and t-test for two samples. **Results:** In relation to spiritual needs the respondents found as most important the „no-religion“ spiritual needs and the fact „to be peaceful“ (95%), „to have the meaning of life“ (92%) and to have the positive view of life and hope (91%) most often. The patients were dissatisfied with impossibility of their presence at church service (44%, 56% in case of second measurement) most often. The patients older than 65 years and the non-religious patients ($p < 0.05$) found the spiritual needs as important more often. Statistically the significant difference was not known in the evaluation of the spiritual needs saturation. **Conclusion:** Identification of spiritual needs which are important for patient should be the part of nursing care.

Key words: palliative care, spiritual needs, PNAP - Patient Needs Assessment in Palliative care.

Úvod

Problematické spirituálních potřeb není stále v ošetřovatelství věnována dostatečná pozornost,

korespondence: radka.buzgova@osu.cz

přestože duchovní a spirituální dimenze je v životě každého člověka důležitá. Slovo spiritualita je odvozeno z latinského slova spiritus, resp. spirit(u)alis, pochází ze slovesa spirare, které znamená dýchat. Odtud také slovo překládáme jako „dech“ nebo „duch“, spiritua jako duchovní nebo

duševní. Je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a ve vědách o člověku se nepochybuje o potřebě spirituality (Mašát, 2006, s. 103).

Spirituální oblastí je nazývána nejhlubší, velmi osobnostní oblast v nitru člověka, ve které jsou prožívány zásadní jistoty a nejistoty. Je to oblast vztahů, smyslu a náplně života a vnímání skutečností, které přesahují lidské bytí a nemusí se projevovat jako identifikace s určitým konkrétním náboženstvím (Opatrný, 2007, s. 47).

Člověk je tedy bytost duchovní, duchovní potřeby má po celý svůj život, kdy v jednotlivých životních etapách mohou vystupovat do popředí, před potřeby fyziologické. Mnoho laické veřejnosti, včetně zdravotníků se domnívá, že se jedná o uspokojování potřeb věřících. Samotní autoři odborné literatury definují duchovní a spirituální potřeby rozdílně. Starší definice vypovídají o duchovních potřebách jako o potřebách jedince udržovat, napravovat svá přesvědčení a víru ke splnění svých náboženských aktivit (Svatošová, 2012, s. 23-26). Podle tohoto výkladu se duchovní potřeby vyskytují pouze u věřících lidí. Přitom mezi duchovní potřeby podle jiných odborníků (Vorlíček, 1998, s. 231) řadíme také potřebu lásky, naděje, potřebu hledání smyslu života, bezpečí a jistoty, potřeba smířit se sám se sebou, s Bohem, s okolím, hledání klidu, harmonie, hodnoty přežitků, potřeby lidské blízkosti, sdílení, respektování důstojnosti apod..

Škrla a Škrlová (2003, s. 434) spiritualitu chápou jako dimenzi, kterou lze považovat za hnací sílu v životě člověka, sílu, jež dává všem aspektům života smysl a v jejímž středu sídlí naděje. Knoflíčková (2008, s. 172-176) uvádí, že spirituální dimenze je pro člověka nesmírně důležitá, je pro něj jakousi oporou. Je to potenciál, který je součástí lidského bytí a v průběhu lidského života se rozvíjí a mění. Napomáhá při hledání smyslu života a umožňuje také saturovat jednotlivé životní fáze. Spiritualitu lze pojímat jako způsob, jímž se člověk vztahuje k duchovním skutečnostem.

Duchovní a spirituální dimenze nabývá na významu ve spojitosti s nemocným člověkem, tím více u pacientů v závěru jejich života. Proto je jedním z cílů paliativní medicíny péče o spirituální potřeby pacientů. Haškovcová (2007, s. 164) řadí mezi základní potřeby umírajících pacientů řadu spirituálních potřeb, jako například potřebu hovořit o smyslu svého dosavadního života; vyjádřit se ke svému současnému stavu; hledat odpovědi na otázku, zda má utrpení nějaký smysl; potřebu hovořit o své vině; potřebu připravit se na svou vlastní smrt i potřebu rituálů (rozloučení, náboženské obřady).

Hermann (2001, s. 70) na základě kvalitativního výzkumu identifikoval šest klíčových témat duchovních potřeb u onkologických pacientů v závěru života: 1. potřebu religiozity, 2. společenství, 3. kontroly nad svým životem, 4. dokončení započaté práce, 5. pozitivní náhled na život a 6. soulad s přírodou. Taylor (2006, s. 730) zjistil jako nejčastěji uváděné spirituální potřeby onkologických pacientů mít smysl života, být milován, mít pozitivní náhled na život a mít vztah s Bohem. Emblen a Halstead (1993, s. 175) na základě fenomenologické analýzy popsali šest oblastí spirituálních potřeb pacientů: 1. náboženský kontext (víra a transcendence), 2. zkušenosti, které jsou mimo pozemskou existenci, 3. pocity smíru, vnitřního klidu, štěstí a pohodlí, 4. hodnoty (zdraví, víra, naděje), 5. komunikace (mít možnost hovořit, být poslouchán a pochopen), 6. otázky smrti a života po smrti. Podobně Galek et al. (2005, s. 66) zjistil sedm důležitých oblastí při hodnocení spirituálních potřeb v paliativní péči a to: 1. lásku a respekt, 2. náboženské potřeby, 3. pozitivní pohled na život (naději), 4. smysl a cíl života, 5. morální a etické potřeby, 6. smysl pro krásu a 7. otázky související se smrtí. Zmínění autoři se shodují v pojetí spirituálních potřeb, kdy kromě náboženských aktivit uvádí také „nenáboženské“ potřeby (smysl života, vztahový kontext, vnitřní klid, existencionalní otázky).

Nedostatečná péče o spirituální potřeby pacientů v závěru života může vést ke spirituálnímu distresu, který může mít zásadní vliv na kvalitu života a celkovou pohodu (well-being) pacienta. Může se projevit jako strach, frustrace, zranění nebo zoufalství, dále pocity, že život nemá smysl, pocity izolace, zbytečnosti, ztráta sebedůvěry, problémy ve vztazích a pocity ztráty kontroly (Murray et al., 2004, s. 40). Také Slabý (1998, s. 384) uvádí, že příznakem vážné poruchy v duchovní oblasti jsou stavy beznaděje a zoufalství. Nemocný je nespokojen s celým svým životem, odcizuje se sobě samému i svému okolí, má sklon k sebepodceňování a ironizování svých postojů.

Girgis et al. (2006, s. 8) uvedl přehled klíčových vědeckých důkazů v oblasti hodnocení potřeb v paliativní péči. V oblasti duchovní péče zjistil, že naděje je důležitý zvládací mechanismus (úroveň důkazu IVa); existencionalní obavy se často projevují jako fyzické, psychické symptomy, zahrnují také pocity izolace, beznaděje a nejistoty (úroveň důkazu IVa); spirituální pohoda souvisí s vyšší kvalitou života a životní spokojeností, nižší úrovní deprese, úzkosti a beznaděje (úroveň důkazu II). To je důvod proč spirituální aspekty péče by se měly stát běžnou součástí péče nejen o onkologické pacienty.

Světová zdravotnická organizace (1990) definuje spirituální aspekty péče o pacienty jako takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoliv pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychologické a sociální složky života jedince (Kalvínská, 2011, s. 365). Emblen a Halstead (1993, s. 180) považují provádění citlivé spirituální péče za optimální základ pro řešení tělesných symptomů a psychosociálních problémů.

Přesto se hodnocení duchovních potřeb v praxi jeví jako problémové. Přetrvává absence diagnózy spirituální tísně v ošetrovatelské dokumentaci a to z důvodu „strachu“ sester zasahovat do privátní oblasti pacienta. Dalším důvodem je nedostatek vědomostí o spirituálních potřebách a klinických zručností z oblasti jejich diagnostiky a saturace (Farský, Žiaková, Ondrejka, 2008, s. 15-20). Hodnocení duchovních potřeb by mělo vždy zahrnovat širší pojetí spirituality, nikoli jen hodnocení religiozity (Hermann, 2001).

V roce 2012 byl v rámci projektu NT 13417-4/2012 IGA MZ ČR vytvořen dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči obsahující 42 položek. Součástí tohoto dotazníku je také hodnocení spirituálních potřeb (6 položek). Vzhledem k tomu, že dotazník hodnotí komplexnost potřeb a není specializovaný pouze na spirituální potřeby, obsahuje jen nejvýznamnější, ve výzkumech nejčastěji používané položky. Ty mohou přispět k rozšíření současného pohledu na spirituální potřeby pacientů v onkologické péči, přestože nepokrývají celou škálu spirituálních potřeb. V tomto článku jsou prezentovány dílčí výsledky výzkumného projektu a to část zaměřená na spirituální potřeby.

Cíle

Cílem výzkumu bylo zjistit důležitost duchovních potřeb onkologických pacientů s ukončenou kurativní léčbou a spokojenost s jejich saturací na onkologické klinice FN v Ostravě. Dále pak zjistit, zda je důležitost duchovních potřeb a spokojenost s jejich saturací ovlivněna věkem, pohlavím, náboženským vyznáním pacientů a zda souvisí s hodnocením kvality života.

Soubor

Výzkumný soubor tvořilo 93 pacientů, u nichž byla ukončena onkologická léčba s kurativním záměrem a vzhledem k negativní prognóze nemoci jim byla

poskytována paliativní péče na onkologické klinice FN Ostrava. Kritéria výběru zařazení do výzkumného souboru byla: pacient starší 18 let, orientován osobou, místem a časem, podepsal informovaný souhlas, onkologické onemocnění, léčba s paliativním záměrem, Karnofského skóre KI $\leq$ 60 %. Karnofského skóre hodnotí celkový stav pacienta, škála je popsána v intervalech po deseti a má hodnoty od 100 do 0, kde 100 je perfektní zdraví a 0 je smrt.

Metodika

Ke sběru dat byl použit dotazník pro měření potřeb „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ (*Patient Needs Assessment in Palliative care - PNAP*). Dotazník obsahuje celkem 42 otázek sdružených do 5 domén - fyzické funkce, potřeby psychické, sociální, duchovní a doménu autonomie (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 405-406). V článku jsou prezentovány pouze výsledky domény duchovní potřeby, která obsahuje 6 položek. Tyto položky byly identifikovány v rámci ohniskových skupin (Bužgová, Zeleníková 2012) a zahrnují náboženské (podpora duchovního, účast na bohoslužbě) i nenáboženské potřeby (smysl života, být naplněn klidem, naděje, estetické potřeby - prostředí). Jednotlivé potřeby jsou hodnoceny ve dvou škálách: 1. škála důležitosti potřeby a 2. naplněnost potřeby. V oblasti důležitosti potřeb odpovídají respondenti na škále 1 (vůbec ne) – 5 (velmi důležitá). Respondenti, kteří danou potřebu považují za důležitou nebo velmi důležitou (číslo 4 - 5) hodnotí, zda byla naplněna na škále 1 (vůbec ne) – 5 (ano, velmi). Za nenaplněné potřeby jsou považovány ty potřeby, které respondent určí jako důležité (číslo 4 - 5) a současně nenaplněné (číslo 1-2). Výsledky dotazníku jsou vyhodnocovány v jednotlivých položkách a v doménách. Doménové skóre se pohybuje v intervalu 0-100. Vyšší číslo v oblasti důležitosti znamená větší důležitost potřeb v dané doméně. Vyšší číslo v oblasti saturace potřeb znamená větší spokojenost se saturací potřeb v dané doméně.

Pro hodnocení kvality života byl použit dotazník EORTC QOL-C30 vytvořen odbornou skupinou Evropské organizace pro výzkum kvality života u onkologicky nemocných (Fayers et al., 2001). Dotazník je uveden v české verzi, obsahuje 28 otázek. Pro hodnocení souvislosti mezi nenaplněnými potřebami a celkovou kvalitou života bylo použito doménové skóre celkové kvality života, které se pohybuje v rozpětí od 0 do 100. Vyšší číslo znamená lepší hodnocení kvality života.

Pacienti vyplňovali dotazníky dvakrát, při přijetí do péče a následně do dvou měsíců od prvního šetření. Prvního měření se zúčastnilo 93 pacientů, druhého měření 75 pacientů (u 18 pacientů došlo ke zhoršení zdravotního stavu pacientů nebo úmrtí).

Výsledky byly zpracovány ve statistickém programu Stata 10v. Byla použita popisná statistika (modus, absolutní a relativní četnost, minimální a maximální hodnota). Pro hodnocení rozdílu v důležitosti a saturaci potřeb dle jednotlivých faktorů byl použit párový t-test a t-test pro dva výběry.

Výsledky

Sociodemografická charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo 93 respondentů, z nichž bylo 52 (56 %) mužů. Průměrný věk respondentů činil 61,6 let, věkové rozpětí 22-89 let. Nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 60-69 let (37 %). Při hodnocení celkového zdravotního stavu

bylo zjištěno průměrné skóre Karnofského indexu KI 56 %, při opakovaném měření 51 %.

Hodnocení spirituálních potřeb v jednotlivých položkách

V oblasti spirituálních potřeb považovali respondenti nejčastěji za důležité „nenáboženské“ duchovní potřeby a to „být naplněn klidem“ (95 %), „mít smysl života“ (92 %) a „mít pozitivní náhled na život a naději“ (91 %). Při opakovaném měření nedošlo k výraznějším změnám v hodnocení důležitosti spirituálních potřeb (viz tab. 1).

Při hodnocení **saturace spirituálních potřeb** byli respondenti nejčastěji nespokojeni s možností účasti na bohoslužbě. 44 % respondentů (při opakovaném měření 56 %), kteří uvedli „účast na bohoslužbě“ jako důležitou potřebu ji současně označili jako nenaplněnou. Se saturací nejvíce preferované potřeby „být naplněn klidem“ bylo nespokojeno pouze 11 % respondentů při prvním měření a 9 % respondentů při opakovaném měření (tab. 2).

Tab. 1 Hodnocení důležitosti spirituálních potřeb

Potřeby	1. měření (n = 93)			2. měření (n=75)		
	modus	min-max	n* (%)	modus	min-max	n* (%)
Podpora duchovního	1	1 – 5	11 (12)	1	1 – 5	11 (15)
Účast na bohoslužbě	1	1 – 5	8 (8)	1	1 – 4	9 (12)
Smysl života	4	1 – 5	86 (92)	4	3 – 5	70 (93)
Být naplněn klidem	4	3 – 5	88 (95)	4	3 – 5	69 (92)
Pozitivní náhled na život, naděje	4	1 – 5	82 (91)	4	2 – 5	69 (92)
Pěkné prostředí	4	3 – 5	54 (58)	4	2 – 5	50 (67)

Rozpětí škály je 1 – 5, větší číslo znamená větší důležitost potřeby pro pacienta; *počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou (číslo 4-5 na škále důležitosti)

Tab. 2 Hodnocení saturace spirituálních potřeb

Potřeby	1. měření			2. měření		
	modus	min-max	n* (%)	modus	min-max	n* (%)
Podpora duchovního	4	2 – 5	1 (9)	4	2 – 5	2 (18)
Účast na bohoslužbě	1	1 – 4	4 (44)	1	1 – 5	5 (56)
Smysl života	4	1 – 5	8 (9)	4	2 – 5	3 (4)
Být naplněn klidem	4	2 – 5	10 (11)	4	2 – 5	6 (9)
Pozitivní náhled na život, naděje	4	1 – 5	10 (12)	4	1 – 5	9 (13)
Pěkné prostředí	5	2 – 5	1 (2)	5	1 – 5	1 (2)

Rozpětí škály je 1 – 5, větší číslo znamená větší spokojenost respondenta s naplněním dané potřeby; *počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou (číslo 4 nebo 5 na škále důležitosti) a současně jako nedostatečně saturovanou (číslo 1 nebo 2 na škále naplněnosti)

Hodnocení rozdílu v důležitosti a saturaci spirituálních potřeb podle vybraných faktorů

Podle vybraných faktorů jsme porovnávali doménové skóre spirituálních potřeb, které se pohybuje v rozpětí 0-100. Ve škále důležitosti znamená vyšší číslo vyšší důležitost potřeby, ve škále naplněnosti vyšší

spokojenost se saturací dané potřeby. Při opakovaném měření respondenti považovali náboženské potřeby za důležitější, výsledek však nebyl statisticky významný. Hodnocení saturace spirituálních potřeb byla při opakovaném měření téměř stejná.

Statisticky významný rozdíl v oblasti důležitosti potřeb byl zjištěn u věku a náboženského vyznání. Pacienti starší 65 let považovali spirituální potřeby za důležitější než pacienti mladší 65 let ($p < 0,05$). Dále pak pacienti, kteří sami sebe označili jako nevěřící, považovali spirituální potřeby za důležitější ($p < 0,05$).

Také ženy považovaly duchovní potřeby za důležitější, výsledek však nebyl statisticky významný. V hodnocení saturace duchovních potřeb byly zjištěny nevýznamné rozdíly. Největší rozdíl byl zjištěn v rozdílu mezi pohlavím, ženy byly se saturací spirituálních potřeb více spokojeny (tab. 3).

Tab. 3 Hodnocení rozdílu v důležitosti a saturaci spirituálních potřeb podle vybraných faktorů

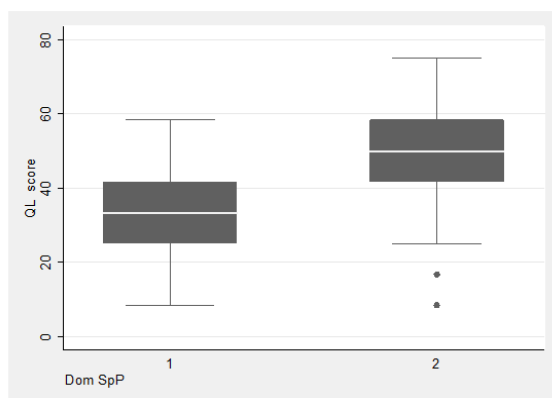
		Důležitost spirituálních potřeb			Naplněnost spirituálních potřeb		
	n	průměr	SD	p	průměr	SD	p
Měření							
1. měření	93	56,7	18,2	0,6589	65,3	14,2	0,9564
2. měření	75	58,1	15,6		65,9	15,9	
Věk							
< 65 let	54	52,3	11,2	0,0058	64,9	17,9	0,8118
≥ 65 let	39	60,1	15,8		65,8	19,6	
Pohlaví							
muži	52	54,8	16,9	0,1638	63,6	18,5	0,6162
ženy	41	58,9	12,7		66,5	16,5	
Náboženství							
věřící	39	53,1	14,5	0,0103	64,9	18,9	0,8143
bez vyznání	54	60,3	15,8		65,9	18,4	

SD – směrodatná odchylka, p – statistická významnost, rozpětí doménového skóre je 0-100, ve škále důležitosti vyšší číslo znamená vyšší důležitost potřeby, ve škále naplněnosti vyšší číslo znamená vyšší spokojenost se saturací dané potřeby

Souvislost mezi saturací potřeb a kvalitou života

Ve škále důležitosti potřeb nebyla zjištěna souvislost mezi důležitostmi spirituálních potřeb a celkovou kvalitou života pacientů. Při hodnocení souvislosti mezi celkovou kvalitou života a nenaplněnými spirituálními potřebami byla zjištěna nízká korelace ($r = 0,3560$).

Dále jsme hodnotili rozdíl v kvalitě života u pacientů a s nízkým skórem nenaplněných duchovních potřeb, tedy u pacientů, kteří nebyli spokojeni se saturací potřeb v doméně spirituální potřeby (skóre < 50) a u pacientů, kteří byli spokojeni se saturací potřeb v doméně spirituální potřeby (skóre > 50), viz graf 1.



Graf 1 Hodnocení souvislosti mezi kvalitou života a mírou nenaplněných spirituálních potřeb

Legenda: 1 - skóre < 50; 2 – skóre > 50

Byla zjištěna signifikantně nižší kvalita života u pacientů s větším množstvím nenaplněných spirituálních potřeb (doménové skóre < 50) ve srovnání s pacienty, kteří byli spokojeni se saturací potřeb v dané doméně ($p < 0,001$).

Diskuse

Multidimensionální model spirituality dle Kelleheara (2000, s. 150-152) zahrnuje tři hlavní oblasti duchovních potřeb: situační potřeby, morální a náboženské potřeby. V našem výzkumu jsme se zaměřili zejména na situační potřeby související s nalezením smyslu a cíle života, nadějí a ujištění a sociální participací. Úkolem situačních potřeb je nalézt smysl života, nadějí a sociální roli ve své situaci progredující nemoci. Druhou oblastí byly náboženské potřeby zahrnující usmíření s Bohem, náboženskou podporu, obřady, návštěvu duchovního, četbu náboženské literatury, rozhovory o Bohu, věčném životě a naději.

Prekvapivým výsledkem našeho pilotního výzkumu bylo, že signifikantně častěji uvedli důležitost spirituálních potřeb pacienti, kteří se nehlásili k žádné náboženské víře. Preferovány byly zejména „nenáboženské“ potřeby a to *být naplněn klidem, mít pozitivní náhled na život, nadějí a smysl života*. Tento výsledek potvrzuje názor Murrye et al. (2004, s. 40), který definuje spirituální potřeby jako „potřeby a očekávání, které lidé mají k nalezení smyslu, cíle a

hodnoty jejich života. Spirituální péče je potom pomoc lidem nalézt smysl, cíl i hodnotu života, který je změněn nemocí. I nemocný člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl (Bužgová, Havelková, 2012, s. 195). Těžce nevyléčitelně nemocný často ztrácí svůj původní smysl života. Najít nový přijatelný smysl vlastního bytí není snadné (Vágnerová, 2008, s. 86). Přesto bylo v našem výzkumu nespokojeno se saturací potřeby smyslu života pouze 11 % pacientů. Zjištěné nedostatečně saturované potřeby by se měly stát intervencí multidisciplinárního týmu. Nenaplněnost duchovních potřeb smysluplnosti žití vede ke skutečné duchovní nouzi. Člověk tak neskutečně trpí a nenachází útěchu. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně. Svatošová (2005, s. 200) hovoří o smyslu lidského utrpení, které může sloužit i jako příležitost k duchovnímu růstu, ovšem pouze tehdy připustí-li člověk, že jeho nemoc a utrpení může v sobě nést nějaký další smysl. Pro pacienta mohou být důležité vzpomínky a bilancování života se závěrem. „Žil jsem dobře, svůj život mohu podepsat, o blízce si nemusíme dělat starost“ (Vymětal, 2003, s. 279).

Kromě smyslu života považovali pacienti za důležité také naději, vnitřní klid a pozitivní přístup k životu. Dle Nemčkové (2004, s. 18-19) patří potřeba naděje, sebeúcty a vlastní hodnoty k důležitým duchovním potřebám, na které je nutné se zaměřit v paliativní péči. Schopnost člověka žít v naději je pro jeho život stejně důležitá jako uspokojení základních potřeb. Naděje člověka může mít různé formy. U umírajících může mít podobu být důležitý pro druhé, projevení zájmu o svou osobu, představy o nesmrtnosti, očekávání spasení. Naděje může být i očekávání smrti.

Naděje a vnitřní klid úzce souvisí se vztahy a atmosférou prostředí poskytované péče. K takovým závěrům dospěl Hampton et al. (2007, s. 45) při výzkumu nejčastějších spirituálních potřeb pacientů v domácí hospicové péči. Pacienti uváděli důležité potřeby vztahové, úzce spjaté se sociálními potřebami a to: být s rodinou, vidět úsměv na druhých, přemýšlet nad pěknými myšlenkami, smát se, hovořit o běžných denních záležitostech a být s přáteli.

Za specifické lze považovat duchovní potřeby pacientů s aktivním praktikováním náboženství a to zejména potřebu víry, duchovních rituálů a praktik, vztahu s transcendentem, i potřebu účasti na bohoslužbách. Přestože náboženské potřeby jsou ve zdravotní péči zaměňovány celkově za potřeby duchovní a přítomnost kněze bývá považována za

jedinou možnou duchovní péčí ve zdravotnických zařízeních, byla potřeba účastnit se bohoslužby nejčastěji pacienti, kteří ji považovali za důležitou, označena jako nenaplněná. K podobným závěrům dospěl také Hampton et al. (2007, s. 45). Přestože respondenti v jeho výzkumu preferovali důležitost nenáboženských potřeb (vidět úsměv na druhých, smát se, přítomnost blízkých osob...), nejčastější nenaplněnou potřebu uvedli možnost účastnit se náboženských služeb (bohoslužeb).

Zajištění kněze, pastoračního asistenta či konání bohoslužeb přímo ve zdravotnických zařízeních by mělo být běžnou součástí péče. Věřící lidé žijí ze své víry a ta jim dodává sílu nést těžký úděl, kterému musí čelit (Svatošová, 2012, s. 86).

Dále byla v našem výzkumu prokázána nižší kvalita života u pacientů, kteří nebyli spokojeni se saturací spirituálních potřeb. Souvislost mezi nižší kvalitou života a nenaplněnými spirituálními potřebami prokázal také Balboni et al. (2007, s. 560). Téměř tři čtvrtiny onkologických pacientů v jeho výzkumu uvedlo nespokojenost se saturací spirituálních potřeb během zdravotní péče. Astrow (2007, s. 5754) zjistil ve svém výzkumu souvislost mezi nespokojeností s řešením duchovních potřeb a hodnocením kvality péče.

Spirituální potřeby uváděli signifikantně častěji jako důležité pacienti starší 65 let. Důvodem může být rozdílná povaha smrti a umírání ve stáří. Starý člověk myslí na smrt dlouho předtím, než nastane. Člověku přemítání o smrti delší dobu před koncem života jednoduše pomáhá sžít se s perspektivou smrti, která je v každém případě nevyhnutelná. Senioři také o smrti častěji mluví. Také strach ze smrti je ve stáří zpravidla menší než u lidí mladším věku (Wijk, Grimby, 2008, s. 108-110).

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 dopomocí 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.

Z našeho výzkumu vyplývá, že pacienti považují v závěru života za důležité najít smysl života, být naplněn klidem a najít pozitivní náhled na život.

Důležitost těchto potřeb uvedli i pacienti, kteří se nehlásí k žádné náboženské víře.

Pro další výzkum by bylo vhodné zkoumat spirituální potřeby onkologických pacientů také dotazníkem speciálně určeným pro hodnocení spirituálních potřeb, zahrnující jejich větší šíři. Vhodné by bylo také použití kvalitativního přístupu.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Výzkum byl schválen etickou komisí Fakultní nemocnice Ostrava. Všichni respondenti byli informováni o účelu studie, souhlasili se zařazením do výzkumného souboru a podepsali informovaný souhlas. Autoři deklarují, že studie nemá žádný konflikt zájmu.

Zpracováno v rámci projektu NT 13417-4/2012 IGA MZ ČR: Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života.

Bibliografické odkazy

- ASTROW, A. B. et al. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology*. 2007, 25(6), 5753-5757.
- BALBONI, T. A. et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2007, 25(5), 555-560.
- BUŽGOVÁ, R., HAVELKOVÁ, K. Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči. *Časopis lékařů českých*. 2012, 151(4), 190-195.
- BUŽGOVÁ, R., ZELENÍKOVÁ, R. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2012, 3(3), 404-414.
- EMBLEM, J. D., HALSTEAD, L. Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains. *Clinical Nursing Special*. 1993, 7(4), 175-782.
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I. Využití hodnotiacích/meracích nástrojov v diagnostike spirituálnej tiesne. In *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch II*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 15-20.
- FAYERS P. M. et al. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. Third ed. Brussels: EORTC Quality of life Group 2001.
- GALEK, K. et al. Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice*. 2005, 19(2), 62-69.
- HAMPTON, D. et al. Spiritual needs of persons with advanced cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2007, 24(1), 42-48.
- HÁŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s.
- HERMAN, C. P. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncology Nursing Forum*. 2001, 28(1), 67-72.
- GIRGIS, A. et al. *Palliative Care Needs Assessment Guidelines*. The Centre for Health Research and Psycho-oncology: University of Newcastle, 2006.
- KALVÍNSKÁ, E. Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími. In PTÁČEK, R. (eds). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. s. 363-374.
- KELLEHEAR, A. Spirituality and palliative care: a model of needs. *Palliative Medicine*. 2000, 14(2), 149-155.
- KNOFLÍČKOVÁ, Z. Význam religiozity a spirituality ve stáří. *Kontakt*. 2008, 10(1), 172-176.
- MAŠÁT, V. Spirituální potřeby nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, 2(3), 103-104.
- MURRAY, S. et al. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*. 2004, 18(1), 39-45.
- NEMČEKOVÁ, M. et al. *Práva pacientů. Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Osveta, 2004. 213 s.
- OPATRŇÝ, A. Spirituální aspekty bolesti. *Sestra*. 2007, 17(6), 47.
- SLABÝ, A. Duchovní aspekty paliativní medicíny. In VORLÍČEK, J., ADAM, Z. (eds). *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. s. 383-388.
- SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. s. 195-210.
- SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 112 s.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 2003. 477 s.
- TAYLOR, E. J. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*. 2006, 33(4), 729-735.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál. 2008. 870 s.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. 1998. 480 s.
- YMETAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál. 2003. 397 s.
- WIJK, H., GRIMBY, A. Needs of elderly patients in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2008, 25(2), 106-111.