

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Kateřina Malinová

**Spirituální potřeby seniorů**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Libuše Danielová

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně za pomoci citované literatury z bibliografických a elektronických zdrojů pod vedením Mgr. Libuše Danielové.

V Olomouci, červen 2020

.....

Podpis

Děkuji vážené Mgr. Libuši Danielové za cenné rady, připomínky a čas, který mi věnovala při vedení bakalářské práce.

## **ANOTACE**

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Téma práce:** Spirituální potřeby seniorů

**Název práce:** Spirituální potřeby seniorů

**Název práce: v AJ:** Spiritual needs in seniors

**Datum zadání:** 2019- 11- 31

**Datum odevzdání:** 2020- 6- 15

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Malinová Kateřina

**Vedoucí práce:** Mgr. Libuše Danielová

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:**

Přehledová bakalářská práce se zabývá spirituálními potřebami seniorů. Spirituální péče má velký význam při poskytování ošetrovatelské péče. Pokud je spirituální péče správně uchopená, může vést ke zlepšení zdravotního stavu seniorů. V bakalářské práci byly stanoveny tři dílčí cíle na: intervence spirituální péče v ošetrovatelské péči měřící nástroje hodnotící spirituální potřeby, vztah všeobecných sester ke spirituální péči. Ze sumarizace poznatků vyplývá, že neexistuje jednotný názor ani jednotná definice spirituálních potřeb. Spirituální péče má velký význam u seniorů, a může se projevovat různými potřebami například potřeby důstojnosti, smyslu života, vyjádřit hněv a pochyby, vděčnosti, přípravy na smrt atd. Zdravotnický personál může spirituální potřeby řešit různými způsoby péče: nasloucháním seniora, modlitba, četba písma, vyprávění příběhů, meditací atd. Spirituální potřeby se mohou hodnotit formálně nebo neformálně. Mezi formální hodnocení, patří mnoho hodnotících nástrojů. Do přehledové práce, byly vybrány tyto nástroje k hodnocení spirituálních potřeb seniorů: FICA, SWIB, DSES, FACIT-sp. Neformální hodnocení je doporučené, jako pokračování formálního hodnocení. Spirituální potřeby by měly být hodnoceny individuálně. Nelékařský zdravotnický personál se často vyhýbá spirituální péči

z důvodu nedostatku informací o spirituální péči, nejasné role spirituality, faktorů prostředí nebo nevhodného vztahu mezi pacientem a personálem. Poznatky jsou dohledány z databází (Meldvik, EBSCO, Google Scholar, PubMed, Proquest) a z českých periodik.

**Abstrakt v AJ:**

The bachelor thesis deals with spiritual needs of seniors. Spiritual care plays a significant part in nursing care as well as improving state of health of seniors. The bachelor thesis sets three particular goals focused on: intervention of spiritual care in nursing care, assessment tools of spiritual needs, attitude of general nurses to spiritual care. The findings show that there is no general opinion and definition of spiritual needs. Spiritual care is important for seniors and it can be demonstrated by various needs, e.g. need of dignity, meaning of life, expressing anger or doubts, gratitude, preparing for death. Nursing staff can satisfy these needs by listening to the seniors, offering a prayer, reading, telling stories, practising meditation etc. Spiritual needs can be assessed formally or informally. There is a variety of formal assessment tools; the bachelor thesis applies: FICA, SWIB, DSES, FACIT-Sp. An informal assessment is recommended to be performed after the formal one. Spiritual needs should be assessed on an individual basis. Non-medical staff often avoids providing spiritual care because of lack of information, unclear role of spirituality, environmental factors or inappropriate staff-patient relationships. As information sources are used databases (Meldvik, EBSCO, Google Scholar, PubMed, Proquest) and Czech periodicals.

**Klíčová slova ČJ:** spirituální péče, spirituální potřeby, intervence, hodnotící nástroje, všeobecná sestra, senior, starý člověk

**Klíčová slova AJ:** spiritual care, spiritual needs, intervention, scales, nurse, senior, elder people

**Rozsah práce:** 36 stran / 0 příloh

## **Obsah**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....</b>	<b>9</b>
<b>2 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY U SENIORŮ .....</b>	<b>11</b>
2.1 Spirituální péče v ošetrovatelství .....	15
2.2 Vnímání spirituální péče zdravotnickým personálem.....	29
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků.....	30
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>31</b>
<b>ZDROJE .....</b>	<b>33</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>36</b>

## Úvod

Svatošová v roce 2012 uvedla, že spirituální potřeby jsou tabuizovaným tématem. Proto i v této době si mnoho zdravotnických pracovníků a lidí ve společnosti myslí, že jde o nějaké uspokojení potřeby religiózně založených lidí (Svatošová, 2012, s. 23). Ellis et. al. (2013) ve své studii říká, že spirituální potřeby patří mezi důležité potřeby pacientů. Spirituální potřeby mají všichni lidé, senioři nebo pacienti při diagnostice závažné nemoci, při hospitalizaci v nemocnici, před smrtí, v situacích kdy lidé zpochybňují význam života a uvažují o sebepoškození či sebevraždě. Autor uvádí, podobně jako většina autorů zabývajících se touto problematikou, že je stále nedostatek znalostí o spirituálních potřebách seniorů. A také chybí dostatek vzdělávání u zdravotnických pracovníků a zdrojů informací pro uspokojení spirituálních potřeb. Studie zabývající se spirituálními potřebami ukázaly dobré výsledky při zapojení spirituální péče do ošetrovatelské péče. Spirituální péče má totiž pozitivní vliv na zdraví, kvalitu života i na důstojnost umírání. Studie podle Ellise a kolektivu ukazuje důležitost položených otázek na spiritualitu a také ukazuje na význam týmové spolupráce mezi zdravotnickým personálem, lékařem a kaplanem (Ellis a kolektiv, 2013, s. 1306-1308).

Jackson a kolektiv (2016) zase ve své studii uvádí, že spirituální potřeby mají důležitý význam pro seniory. Senioři jsou často přijímáni do institucí následné péče, pečovatelské péče nebo domovů pro seniory. V těchto institucích mohou mít senioři potřebu vyjádřit své spirituální obavy během ošetrovatelské péče. U seniorů může dojít k pocitu tísně a strachu, pokud nejsou tyto obavy řešeny a pokud jsou zanedbané, mohou vést k celkovému utrpení seniora. Všeobecné sestry i nelékařský zdravotnický personál mohou poskytování spirituálních potřeb považovat za méně důležité a naopak se více věnují fyzickým potřebám. Jackson a kolektiv uvádí, že ošetrovatelská praxe se stále se spirituálními potřebami seznamuje, proto zatím neexistuje jednotný názor a pravidla k poskytování spirituální péče i s ohledem na seniory (Jackson a kolektiv, 2016, s. 281-282).

V souvislosti s výše uvedenými poznatky je možno si položit otázku: Jaké jsou nejaktuálnější dohledané poznatky o spirituální péči pro seniory? Cílem této bakalářské práce je sumarizovat nejnovější dohledané poznatky v ošetrovatelské péči o spirituálních potřebách seniorů z pohledu všeobecné sestry. Cíl bakalářské práce je dále specifikován v následujících dílčích cílech.

### **Cíl 1**

Předložit aktuální dohledané publikovatelné poznatky související s intervencemi spirituální péče v ošetrovatelské péči.

### **Cíl 2**

Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o měřících nástrojích hodnotících spirituální potřeby.

### **Cíl 3**

Předložit aktuální dohledané publikovatelné poznatky o vztahu všeobecných sester ke spirituální péči.

Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány publikace a recenzované články:

- 1) HRNČIARIKOVÁ, D. a M. HRNČIARIK, 2011. Využití FICA dotazníku ve stáří. *General Practitioner / Praktický Lekar* **91**(10), 606-610 ISSN 00326739.
- 2) SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, [2016]. ISBN 978-80-7255-361-7.
- 3) SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.



# 1 Popis řešeršní činnosti

- **Klíčová slova v ČJ** – spirituální péče, spirituální potřeby, intervence, hodnotící nástroje, všeobecná sestra, senior, starý člověk
- **Klíčová slova v AJ** – spiritual care, spiritual needs, intervention, scales, nurse, senior, elderly person
- **Jazyk:** čeština, angličtina, slovenština
- **Období:** 2002 - 2020



## **Databáze:**

Medvik, EBSCO, Google Scholar, PubMed, Proques



## **Nalezeno:**

72 článků



## **Vyřazující články:**

Články nevypovídající tématu: 26

Duplicitní články: 22

Kvalifikační práce: 4



## **Sumarizace využitých databází dohledaných dokumentů:**

Medvik: 2

EBSCO: 6

Google Scholar: 2

PubMed: 9

ProQuest: 1

**Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:**

Annals of Family Medicine	1 článek
Applied Nursing Research	1 článek
BMC Geriatric	1 článek
Canadian Journal on Aging/ La Revue du vie lissement	1 článek
Eletronic psychical	1 článek
International Journal of Nursing	1 článek
Journal of Religion and Healt	5 článků
Journal of Koren Academyof Nursing	1 článek
Journal of Pain and Symptom Management	2 články
Journal od Religion, Spirituality and Aging	1 článek
Nursing standard	1 článek
The Journal Family Practice	1 článek
Psychology	1 článek
Praktický lékař	1 článek
Revista Brasileira de Enfermagem	1 článek



**Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 20 článků**

Pro tvorbu bakalářské práce byly dále využity 3 monografie, které jsou citovány v referenčním seznamu.

## 2 Spirituální potřeby u seniorů

Podle Jacksona a kolektivu (2016) nebyly nalezeny žádné dokumenty, které by se zabývaly definicí duchovních potřeb u seniorů. Spirituální potřeba je tak definována jako potřeba dávat a dostávat lásku, potřeba být pochopen, potřeba být oceněn jako lidská bytost, potřeba odpuštění, naděje a důvěry, potřeba upřímně vyjádřit pocity, potřeba najít smysl a účel života (Jackson, 2016, s. 282). Suchomelová (2016) definuje spirituální potřeby jako schopnost rozvoje vlastní kapacity ve stáří, které souvisí s realizací vlastních potřeb, mezi které patří potřeby fyzické, psychické nebo duchovní. Jackson a kolektiv (2016) i Suchomelová (2016) udávají, že se odborná literatura neshoduje na jednotné definici spirituální potřeb. Podle Suchomelové duchovní potřeby ukazují komplex hodnot, který je společný jak pro religiózní, tak i pro nereliózní populaci. V České republice jsou veřejností spirituální potřeby často chybně chápány. Zjišťování duchovních potřeb u seniorů je často neřešeným problémem jak v domovech důchodců, tak i v nemocnici. Spirituální potřeby bývají často spojovány s paliativní péčí, a proto mohou být mylně chápány až v souvislosti s kontaktem s vlastní smrtí (Suchomelová, 2016, s. 85-86). Svatošová (2012) uvádí, že ještě několik let zpět byly duchovní potřeby u pacientů tabuizovaným tématem. Hodně lidí i zdravotníci si často mylně myslí, že u spirituálních potřeb jde o uspokojování potřeb religiózní populace. Skutečnost, že duchovní potřeby mají věřící i nevěřící lidé uvádí Suchomelová i Svatošová. Podle Svatošové (2012) si lidé vyznávající nějakou víru umí lépe poradit se spirituálními potřebami, protože se spirituální potřeby staly součástí jejich života, ale i lidé, kteří nevyznávají žádnou víru, mohou umět vyjádřit své spirituální potřeby. Lidé se často začínají zajímat o otázky vlastního smyslu života a otázky spirituality, až když se objeví nemoc nebo prožívají těžké chvíle. Lidé, kteří se nacházejí v těžkých situacích, mají potřebu vědět, že jim je odpuštěno, nebo si lidé sami sobě potřebují odpustit. Další potřebou, kterou lidé mají, je například potřeba vědět, že má jejich život smysl až do poslední chvíle života (Svatošová, 2012, s. 23).

Suchomelová (2016) ve své knize *Senioři a spiritualita* definovala jednotlivé potřeby seniorů: *„Potřeba vědomí o vlastní hodnotě a důstojnosti, Potřeba zachování kontinuity životního příběhu, Potřeba dávat lásku a být užitečný, Potřeba svobodně vyjádřit hněv a pochyby, Potřeba akceptování a validace spirituálního chování, Potřeba vděčnosti, Potřeba odpustit a odpuštění zažít, Potřeba přípravy na umírání a na smrt.“*

### **Potřeba vědomí o vlastní hodnotě a důstojnosti**

Tato potřeba nabývá specifického významu, když se objeví zdravotní potíže, snížená soběstačnost a vzrůstající závislostí na druhé osobě, s křehkostí a s nahromaděním náročných životních momentů, které přicházejí se stářím. Senioři, prochází mnoha změnami, které jsou často náhlé, nečekané či nedobrovolné. V souvislosti se změnami se identita seniorů mění. Může být zmatená, neboť staří lidé prochází nejistotou ve vztahu ke společenskému statusu a roli. Dnešní pohled na důstojnost může být konkretizovaný pohled s cílem podpořit povědomí zdravotnických či sociálních pracovníků o významu lidské důstojnosti starších osob. Důstojnost může být rozdělena na čtyři oblasti důstojnosti: důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobního pojetí a komplexní pojetí důstojnosti. Oblast důstojnosti zásluh se zabývá ekonomickým či sociálním postavením a lze ji dosáhnout společenskou rolí, sociálním statutem nebo pracovní pozicí. Po změně sociální a ekonomické pozice se mění pohled společnosti na seniora a málo kdo, kromě nejbližší rodiny seniora dokáže ocenit, čím byl dřív senior ve svém zaměstnání nebo jakých akademických titulů dosáhl. Důstojnost mravní síly je připisována lidem, kteří žili nebo žijí v souladu s mravními zásadami. Důstojnost osobní identity se zabývá osobní identitou člověka, která právě ve stáří prochází mnoha náhlými, nečekanými a nedobrovolnými změnami. Mezi prvky osobní identity patří integrita, vědomí vlastního já, fyzická identita, schopnost vidět smysl vlastního života a také dění kolem sebe. Pokud dochází k dlouhodobému narušování důstojnosti osobní identity u seniorů, může to být zásah do nejintimnější oblasti života u starého člověka. Mezi velké úkoly stárnutí patří udržet si vlastní vědomí důstojnosti a zdroje úcty či sebeúcty. U starých lidí může dojít k tomu, že ztratili sami sebe důvodu tělesného chátrání, úbytku samostatnosti a rostoucí závislosti na druhé osobě (Suchomelová, 2016, s. 87-90).

### **Potřeba zachování kontinuity životního příběhu**

Člověk, který stárne, potřebuje poznat, že jeho přítomný život navazuje na minulost. Senioři se často nachází v novém životním prostředí nebo životní situaci. Potřeba zachování kontinuity životního příběhu souvisí ve stáří se změnami, jako jsou přestěhování se do domu pro seniory, dlouhodobá hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, sociální izolace, úmrtí přátel či spolužáků. Výrazné zhoršení vlastního zdravotního stavu nebo postupná ztráta přátel může vést k potřebě zesílení kontinuity. Senior podle Suchomelové má potřebu poznat, že jeho přítomný život navazuje na život, jaký žil v minulosti, že je to pořád on a může rozvíjet své záliby, které ho dřív těšily, a tak může zachovat dosavadní způsob života. K vnitřní jistotě a stabilnímu pocitu sebehodnoty života u staršího člověka patří vědomí, že je součástí širších

životních souvislostí. Starý člověk může mít potřebu předávat a sdílet svůj vlastní příběh, má potřebu ujistit se, že je pořád tady a chce také pochopit smysl svého života (Suchomelová, 2016, s. 92-95).

### **Potřeba smyslu života, životního cíle a naděje**

V době, kdy dochází k úbytku fyzické i psychické síly, ubývají také sociální kontakty, nabývají významu potřeby ve smyslu uchovávat si své cíle a směřovat s nadějí do budoucnosti. Pochopení seniora a pochopení jeho cílů úzce souvisí s tím, jak si senior uspořádá, chápe a prožívá svůj život. Suchomelová uvádí, že cíl je silnou motivací u jedince. Zároveň mu dává zpětnou vazbu na cestě k dosažení jeho cílů a dodává mu energii a životní sílu, hlavně pokud se jedná o nejvyšší nebo o spirituální cíle (Suchomelová, 2016, s. . 95- 97).

### **Potřeba dávat lásku a být užitečný**

Senioři mají potřebu dávat lásku druhým lidem, vidí v tom možnost rozdávat cit a lásku. Chtějí být užiteční a pomáhat lidem, kteří jsou na tom ještě hůře než oni (Suchomelová, 2016, s. 100- 101).

### **Potřeba svobodně vyjádřit hněv a pochyby**

Senioři mají potřebu svobodně vyjadřovat své emoce, jde jak o pozitivní či negativní pocity s vědomím vlastní důstojnosti. Jeden z důvodů potřeby vyjadřovat své pocity svobodně je vzrůstající závislost na druhé osobě. Lidé v těchto situacích potřebují sdílet i negativní pocity jako je hněv, smutek či pochyby. Vyjádření agrese a hněvu bývá často z důvodu vyjádření smutku nad ztrátou. Pocit zmatenosti nebo ztracenosti se může ukázat jako reakce na nedobrovolné přestěhování se do domova pro seniory. S autonomním pocitem a pocitem důstojnosti souvisí sdílení svých negativních emocí. Seniorům to dodává pocit, že je ještě okolí bere vážně. Někdy ostrá výměna názorů se seniorem může být mnohem lepší než kamufláž zdvořilého chování. Některé koncepty péče o seniory pracují s potřebou seniora vyjádřit svobodně negativní pocity a hněv pomocí validační terapie či smyslové aktivizace. Tahle metoda se podle Suchomelové používá zejména u seniorů s demencí. Cílem validační terapie je dosažení zpomalení postupování onemocnění pomocí empatického a neposuzujícího naslouchání seniora, které uznává seniora v jeho realitě i s jeho vyjadřováním pocitů hněvu či zloby a dalších negativních pocitů. Validační terapie u seniora vede k posílení sebedůvěry a jistoty. Naplnění spirituální potřeby svobodně vyjádřit hněv a pochyby pomáhá seniorům při řešení sporů z minulosti. Také pomáhá zlepšit verbální či neverbální komunikaci seniora

s okolím. Pocit naplnění spirituální potřeby může vést i ke zlepšení fyzického a psychického zdraví seniora (Suchomelová, 2016, s. 102-103).

### **Potřeba akceptování a validace spirituálního chování**

U seniorů se často zvyšuje potřeba a význam religiózně-spirituálních projevů. Mezi religiózně-spirituální potřeby patří například modlitba, meditace, čtení biblických textů či jiné literatury, která může seniorovi pomoci manipulovat s fyzickým a psychickým omezením. Senior s přibývajícím věkem a fyzickým omezením může začít opouštět své dosavadní religiózní praktiky jako je například návštěva bohoslužby či aktivit, které pořádá církevní společenství. Z toho důvodu se u seniora zvyšuje individuální prožívání religiozity nebo spirituality. Každý senior prožívá spiritualitu jinak. Někteří religiózní senioři mohou opouštět od své dosavadní formy spirituality například tím, že se nemodlí tak často, nechodí do kostela, či nečtou viditelně bibli. Jiní senioři se vrací k rituálům, které zažívali v dětství. Lidé, kteří nejsou religiózně založení, mohou svoji spiritualitu prožívat například v psaní pamětí, sestavování rodinných alb či rodokmenů. Mohou si také třídit si své životní vzpomínky, hodnotit své životní postoje. Pro seniory má tak důležitý význam i předávání vzpomínek, rodinných příhod a dalšího mladším generacím. Sdělování událostí, tradic a životních praktik tak pro seniora znamená, že neupadnou do zapomnění díky tomu dochází k posílení důstojnosti a hodnoty seniora (Suchomelová, 2016, s. 105-106).

### **Potřeba vděčnosti**

Pro psycho-spirituální zdraví je důležitým faktorem vděčnost. Psychologické výzkumy ukazují, že projevy vděčnosti přinášejí do života pocit naplněnosti, smysluplnosti a hodnot, že si člověka někdo váží. Pokud si senior neuvědomuje pozitivní aspekty života a má hodně velký důraz na negativitu, může to vést k horší vyrovnanosti a také k nespokojenosti. Vnitřní zranění nebo spirituální bolest může signalizovat příliš okázalý projev vděku (Suchomelová, 2016, s. 107-108).

### **Potřeba odpustit a odpouštění zažít**

Pokud se senioři čím dál tím víc blíží k smrti, mají potřebu dávat si věci do pořádku. Jde například o odpuštění jak sobě samému, tak i okolí. Klidně lidem, kteří už v minulosti zemřeli. Senior díky odpuštění získává možnost sladit minulost s nynějším životem. A díky odpuštění může dosáhnout smíření, uvolnění a vnitřního pokoje. Senioři, kteří jsou imobilizováni, mají více času přemýšlet nad svým životem. A zabývat se sami sebou. Díky tomu přicházejí k negativním emocím místo potřeby odpouštět. Pokud převládá negativita

může vést k fyzickému i psychickému poškození. Může stát za vysokým krevním tlakem, cévní mozkovou příhodou či infarktem myokardu (Suchomelová, 2016, s. 109).

### **Potřeba přípravy na umírání a na smrt**

Mezi nejvíce tabuizované téma spirituální potřeby seniorů patří příprava na umírání a na smrt. Jen velice málo se o tomto tématu mluví. Potřeba může být vyjadřována spíše neverbálně. Mohou se objevovat otázky o budoucnosti, o smyslu života nebo třeba snaha o odpuštění. Předávat zkušenosti, které vytvářely život seniora, je jednou z forem přípravy na smrt. Pokud nemá senior komu předávat své zkušenosti, dochází u něj k velké vnitřní bolesti. Velkým úkolem je odpuštění a usmíření se s rodinou, přáteli a okolím či lidmi, kteří už zemřeli. Naslouchat seniorům v této fázi je velmi důležité a nezastupitelné (Suchomelová, 2016, s. 111-112).

## **2.1 Spirituální péče v ošetrovatelství**

Spirituální péče je jedinečným aspektem ošetrovatelské péče, kterou nelze nahradit psychologickou, sociální nebo náboženskou péčí. A zároveň odpovídá na základní lidské otázky, jako jsou otázky tykající se smyslu života, bolesti, utrpení nebo také smrti. Spirituální péče usnadňuje lékařskou komunikaci a nelékařský zdravotnický personál jako jsou všeobecné nebo praktické sestry mohou vytvářet sílu a spirituální podporu mezi jednotlivci a tím zlepšovat jejich interakci s ostatními členy rodiny, prostředím, přírodou a vyšší mocí tím, že pacienty podpoří, aby vzpomínali na významné události v minulosti a zdůrazňovali zvláštní události. Náboženské a spirituální potřeby jsou mezi seniory považovány za důležité adaptační zdroje, které by měly být použity při ošetrovatelské péči o seniory. Dále zvyšují životní spokojenost u jednotlivců (Heidary a kolektiv, 2019, s. 1328-1331). Od Jacksona a kolektivu (2016) je spirituální péče definována jako péče, která rozpoznává lidské spirituální potřeby a reaguje na ně. Když se jedinci potýkají s traumatem, špatným zdravotním stavem, smutkem, může to zahrnovat potřeby ve smyslu přijetí sebe samotného, možnost vyjádření se, mít možnost podporovat svou víru prostřednictvím obřadů, modliteb. Spirituální péče začíná povzbuzováním lidského kontaktu v soucitném vztahu jakýmkoliv směrem. Další definice, kterou Jackson ve svém článku uvádí spirituální péče je obvykle zcela zaměřena na člověka a nedává žádné předpoklady o osobním přesvědčení nebo životní orientaci. Zatímco náboženská péče je poskytována v rámci sdílených náboženských přesvědčení, hodnot nebo liturgií a také životnímu stylu náboženské komunity (Jackson a kolektiv, 2016, s. 283). Zlepšující se podmínky zdravotní péče mají vliv na stárnutí ve společnosti ve smyslu

zvyšování délky života. Podle Heidary et. al. (2016) je stárnutí přirozený proces a také jednou z fází lidského vývoje (Heidary a kolektiv, 2016, s. 2).

V životě seniorů je spiritualita velmi důležitá a je především na všeobecné sestře, aby rozvíjela spirituální péči zároveň s ošetrovatelskou péčí. Spirituální ošetrovatelská péče, která se věnuje potřebám spirituality v době nemoci a smutku, může zahrnovat potřebu smyslu, podpory víry, modlitby či jednoduché naslouchání seniora. Všeobecná sestra zjišťuje pomocí sběru informací o seniorovi potřeby seniora. Jakmile má všeobecná sestra nasbírané potřebné informace začíná identifikovat a stanovovat ošetrovatelské diagnózy pomocí NANDA International, Inc. (Veras a kolektiv, 2019, s. 236-237). V České republice se na vysokých školách zaměřených na vzdělávání nelékařský zdravotnický personál (NLZP) například obor Všeobecná sestra se studenti učí stanovovat ošetrovatelské diagnózy pomocí zavedeného klasifikačního systému publikovaného v knize: NANDA International, Inc., Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace. Diagnózy se zaměřením na spiritualitu jsou popsány v doméně 10. Životní principy.

### **Ošetrovatelské diagnózy zaměřené na spiritualitu**

Mezi ošetrovatelské diagnózy zaměřené na spiritualitu patří: Snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu), Duchovní strádání, Riziko duchovního strádání.

#### **Snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu)**

Tato ošetrovatelská diagnóza je definována jako: „*Vzorec prožívání a integrace významu a smyslu v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou a/ nebo se silou než je vlastní, který lze posílit*“ (Herdman, 2015, s. 329).

Ošetrovatelskou diagnózu pomáhají všeobecným sestřím zpřesnit seskupení určujících znaků, které jsou k ní přiřazeny v uvedených oblastech:

*„Spojením se sebou samým: vyjadřuje touhu po lepším akceptování, vyjadřuje touhu po lepším zvládnutí zátěže, vyjadřuje touhu po zvýšení odvahy, vyjadřuje touhu po zvýšení naděje, vyjadřuje touhu po radosti, vyjadřuje touhu po lásce, vyjadřuje touhu po zlepšení smyslu života, vyjadřuje touhu zlepšit meditaci, vyjadřuje touhu zlepšit účel života, vyjadřuje touhu zlepšit uspokojení s životní filozofií, vyjadřuje touhu zlepšit odpuštění sobě samému, vyjadřuje touhu po větším klidu (např. vnitřním klidu), vyjadřuje touhu po větším odevzdání se.*

*Spojení s druhými: vyjadřuje touhu po větším odpuštění od druhých, vyjadřuje touhu zlepšit interakci s důležitými blízkými osobami, vyjadřuje touhu zlepšit interakci s duchovními vůdci, vyjadřuje touhu zlepšit pomoc druhým.*



*Spojení s uměním, hudbou, literaturou a přírodou: vyjadřuje touhu zlepšit kreativní energii (např. v psaní, poezii, hudbě), vyjadřuje touhu četby duchovní literatury, vyjadřuje touhu zvýšit čas strávený v přírodě.*

*Spojení se silou větší než je vlastní: vyjadřuje touhu zlepšit mystické zážitky, vyjadřuje touhu zlepšit svou účast v náboženských aktivitách, vyjadřuje touhu zlepšit zbožnost, vyjadřuje touhu zlepšit úctu“ (Herdman, 2015, s. 329).*

### **Duchovní strádání**

Tato ošetrovatelská diagnóza je definována jako: *„Stav strádání způsobený narušenou schopností prožívat smysluplný život prostřednictvím propojení se sebou samým, druhými, světem nebo nadřazenou bytostí“ (Herdman, 2015, s. 340).*

Seskupené určující znaky:

*„Úzkost, pláč, únava, strach, nespavost, zpochybňování vlastní identity, zpochybňování smyslu života, zpochybňování smyslu strádání.*

*Spojení se sebou samým: hněv, nedostatek klidu (např. nedostatek vnitřního klidu), pocit nemilovanosti, vina, nedostatečné přijetí, neefektivní strategie zvládnání zátěže, nedostatek odvahy, vnímaný nedostatek smyslu života.*

*Spojení s druhými: odcizení, odmítá interakci s duchovním vůdcem, odmítání interakci s důležitými blízkými osobami, separace od podpůrného systému.*

*Spojení s uměním, hudbou, literaturou a přírodou: slabší kreativita, nezájem o přírodu, nezájem o četbu duchovní literatury.*

*Spojení se silou větší než je vlastní: hněv vůči síle větší než je osoba sama, pocit opuštěnosti, beznaděj, neschopnost introspektivy, neschopnost prožívání transcendentních prožitků, neschopnost účastnit se náboženských aktivit, neschopnost se modlit, vnímané utrpení, požaduje setkání s duchovním vůdcem, náhlé změny ve spirituálních praktikách.*

*Související faktory: aktivní umírání, stárnutí, narození dítěte, smrt důležité blízké osoby, vystavení smrti, onemocnění, hrozící se smrt, zvýšená závislost na druhých, životní změna, osamění, ztráta části těla, ztráta funkčnosti části těla, bolest, vnímání nedokončené práce, přijetí špatné zprávy, sebeodcizení, sociální odcizení, sociokulturní deprivace, léčba, neočekávaná životní událost“ (Herdman, 2015, s. 340-341).*

### **Riziko duchovního strádání**

Tato ošetrovatelská diagnóza je definována jako: *„Náchylnost ke zhoršení schopnosti prožít a začlenit význam a smysl v životě prostřednictvím propojením se sebou samým,*

*literaturou, přírodou nebo se silou větší než je vlastní, což může oslabit zdraví“ (Herdman, 2015, s. 342).*

Je podložena rizikovými faktory, které přispívají ke zvýšení náchylnosti v oblasti:

*„Vývojové: životní změna.*

*Environmentální: změny prostředí, přírodní katastrofy.*

*Tělesné: chronické onemocnění, somatické onemocnění, abúzus látek.*

*Psychosociální: úzkost, neschopnost prožitku lásky, změna v náboženských rituálech, změna v duchovních praktikách, kulturní konflikt, deprese, neschopnost odpouštět, neefektivní vztahy, ztráta, nízká sebeúcta, rasový konflikt, separace od podpůrných systémů, stresory“ (Herdman, 2015, s. 342).*

Spirituální péče se považuje za základ holistického ošetřovatelství, proto by měla být při poskytování ošetřovatelské péči věnována pozornost i spirituálním potřebám pacientů (Heidary a kolektiv, 2019, s. 1331). Existencionální nebo duchovní potřeby mají zásadní význam a jsou nezastupitelně důležité pro seniory, kteří čelí otázkám o vlastní smrti. Senioři bývají často přijímáni do domovů pro seniory, pečovatelských služeb. V této komunitě se senioři nemusí cítit dobře. Zdravotnický personál, který poskytuje seniorům péči, se více zaměřuje na fyzické potřeby než na duchovní potřeby seniorů. Jeden z důvodů proč se zdravotnický personál vyhýbá tématu spirituality, je malé povědomí o spirituální péči. Během péče o seniory ve zdravotnických institucích se mohou u seniorů objevit existencionální nebo spirituální starosti, které pokud nejsou řešeny, mohou u seniorů vést k určité formě tísně, která může vést až k celkovému utrpení a strachu seniora (Jackson, 2016, s. 281).

### **Ošetřovatelské intervence a spirituální potřeby**

Senioři se ve stáří setkávají s problémy, jako jsou například deprese, úzkost, ztráta paměti, změny spánkového vzorce, pocit osamělosti a sociální izolace. Hlavními příčinami těchto potíží mohou být ztráta zaměstnání a nové sociální postavení, krize způsobená odchodem do starobního důchodu, ztráta milovaných osob, odloučení od dětí, zhoršení zdraví, ztráta ekonomické stability, nedostatečná koncentrace a změny v sebevědomí, to vše vede k ohrožení duševního zdraví seniorů. Podle Heidary a kolektivu (2019) se mnoho teoretiků domnívá, že intervence zaměřené na duchovní tíseň a udržování duchovní pohody je nejlepší způsob, jak se vyhnout duševním poruchám jako je například úzkost a deprese mezi seniory (Heidary a kolektiv, 2019, s. 1328-1331). Také studie od Kima a kolektivu (2012) naznačují, že pokud není ve zdravotnických zařízeních věnována pozornost duchovním potřebám pacientů, vede to u nich ke zvýšené úzkosti, snížené naději, k duchovní izolaci a také ke

zvýšení délky hospitalizace a léčby (Kim a kolektiv, 2012, s. 981). Z ošetrovatelského hlediska je partnerství důležitým prvkem důvěryhodného vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a seniorem. Pro zdravotnického pracovníka to znamená vidět jedince (seniora) jako jedinečného. Nabízí se možnost pro zdravotnický personál rozvíjet terapeutické vztahy, které mohou vyvolávat naději ve spirituální péči. Podle literatury jsou důvěryhodné vztahy považovány za prvek duchovní péče. Důvěryhodný vztah se rozvíjí měsíce. Dříve starší lidé byli připraveni mluvit o hlubších otázkách svého života. Pro vznik a udržení důvěryhodných vztahů mezi sestrou a pacientem/seniorem je nutné plánování **intervencí se zaměřením na jeho spirituální potřeby** jako například: *podpora, rituály, soucit, modlitba, čtení písma, vzpomínka, vyprávění příběhů, vytváření pocitu naděje, všímavost a meditace* (Jackson a kolektiv, 2016, s. 283-293).

### **Podpora**

Podpora může být jako prvek duchovní péče zdravotnického personálu o nemocné. Může být prováděna s jednotlivci nebo ve skupině. Jsou popsány výsledky, kdy docházelo k setkávání jednoho nebo více zaměstnanců zdravotnického zařízení s nemocnými seniory. Ukázalo se, že podpůrná terapie snížila příznaky deprese u těchto seniorů a zvýšila spirituální pohodu a snížila pocit nepotřebnosti seniora (Jackson a kolektiv, 2016, s. 284).

### **Rituály**

Dalším prvkem duchovní péče jsou rituály. Rituály mohou být prospěšné u starších lidí s kognitivní poruchou nebo demencí. Rituály poskytují vzory a symboly, mohou být jednoduché jako např. známé památky nebo prostory (interiér kostela aj.), známé věci například vůně vína či chleba. U starších lidí může mít význam například postavení přiborů u jídla, osvětlení svíček, pořadí modliteb či čtení písma. Rituály jsou pro seniory důležité ve smyslu, že se seniori vtáhnou do svého prostoru a ponoří se do hlubšího smyslu své víry a duchovnosti. Aby byl rituál efektivní, musí být úzce spojen s vlastním spiritualitou dané osoby nebo s duchovním přesvědčením a potřebami. Všeobecná sestra může využít rituálů ke zlepšení zdravotního stavu seniorů pomocí těchto intervencí např. připomenutím oblíbené vůně, připomenutím rodinných fotek, pouštěním oblíbené hudby aj. (Jackson a kolektiv, 2016, s. 285).

### **Soucit**

U zdravotnických pracovníků, kteří pracují se seniory, je dalším aspektem duchovní péče soucit. Hluboce uctívá a soucitná péče, která přesahuje samotnou fyzickou péči. Všeobecné sestry se podle Jacksona při poskytování soucitné péče řídily čtyřmi pravidly: (1) čekání

na pozvání k diskuzi o duchovních záležitostech, (2) péče o duchovní část sebe sama, která poskytla spirituální spojení s druhou osobou, (3) pozorná péče a (4) umožnění vzájemného vztahu mezi všeobecnou sestrou a seniorem (Jackson a kolektiv, 2016, s. 285).

### **Modlitba**

Modlitba patří mezi jasné prvky duchovní péče. Modlitba dává seniorům význam ve spojení se s Bohem během spirituální péče. Modlitba může být například skupinová či přímlovná. Jackson ve svém článku udává, že bylo zjištěno, že modlitba dává pocit síly a pohodlí starším lidem nebo starším lidem s demencí. Dále udává, že důkazy pro to, jaký má dopad modlitba v ošetrovatelských intervencích je neprůkazný, ale někteří lékaři, všeobecné sestry a pacienti věří, že intervence založené na modlitbách mohou přinášet výhody jak zdravotnickému personálu, tak i seniorům (Jackson a kolektiv, 2016, s. 285).

### **Čtení písma**

Mezi další prvky spirituální péče patří čtení písma. Při čtení písma nebo Bible se dostávají někteří senioři do spojení s Bohem a jejich vírou a díky tomu dostávají sílu a útěchu. Duchovní péče pomocí čtení písma může pomáhat seniorům při úzkosti, depresi, stresové či krizové situaci. Jackson ve svém článku udává příklad, jak někteří starší afroameričtí křesťané našli návod, jak reagovat na stresující životní události (např. závažná nemoc, smrt blízké osoby nebo duševní nemoc) pomocí čtení písma obsaženého v Bibli (Jackson a kolektiv, 2016, s. 286).

### **Vzpomínka**

Reminiscence neboli vzpomínka je také považována za prvek duchovní péče a také za důležitý prvek při hledání smyslu v pozdějším životě nebo při navigaci v pozdějších fázích života. Umožnit seniorům čas a přístup na vyprávění, může seniorům pomoci najít smysl v jejich životě (Jackson a kolektiv, 2016, s. 286).

### **Vyprávění příběhů**

Vyprávění příběhů je považováno za možný prvek duchovní péče. Vyprávění příběhů má potenciál ovlivnit seniorův blahobyt a změnu v jejich životě. Prostřednictvím příběhu mohli posluchači i vyprávěči získat lepší porozumění problémům nebo situaci, která je obklopuje (Jackson a kolektiv, 2016, s. 286).

### **Vytváření pocitu naděje**

Kaplaní jsou často zapojeni do procesu, aby doprovázeli pacienty při jejich nemoci na konci života nebo se stali společníkem na sdílení zkušeností a dávají seniorům sílu a naději

díky jejich přítomnosti. Pokud se senior nebo člověk necítí dobře nebo má potíže a ztrácí naději, je dobré, aby měl někoho, kdo se zaměří na složku spirituální péče a pomůže směrem k zotavení (Jackson a kolektiv, 2016, s. 287).

### **Všímavost a meditace**

Všímavost se dělí na fyzickou všímavost, mentální všímavost, existenciální všímavost, sociální všímavost. Fyzická všímavost zahrnuje jógu či Tai Chi a další cvičení. Do mentální všímavosti patří meditace. Existenciální všímavost ukazuje odolnost seniora. Do sociální všímavosti patří vytváření empatie a soucitu. Podle Jacksona a kolektivu bylo prokázáno, že praktikování technik všímavosti má blahodárné účinky na zdraví. Intervence založené na spiritualitě jsou většinou kombinací technik (meditace/všímavosti, sebepoznáním, vztahem a uvědoměním) a vedou k významnému zlepšení kvality života i zdravotního stavu (Jackson a kolektiv, 2016, s. 288).

### **Hodnocení spirituálních potřeb**

Hodnocení spirituálních potřeb patří ke klíčovým prvkům. Podle Jacksona hodnocení spirituálních potřeb pomáhá k pochopení zdroje síly a naděje duchovních potřeb (Jackson a kolektiv, 2016, s. 294). Spirituální potřeby se mohou hodnotit buď formálně anebo neformálně. Ve zdravotnických zařízeních je většina plánů péče o pacienty založena na standardizovaných hodnotících nástrojích.

### **Formální hodnocení spirituálních potřeb**

Podle Timmins a Caldeira (2017) jsou ve většině zdravotnických zařízeních plány péče založeny na standardizovaných hodnotících nástrojích. Plány péče by měly být založeny na různých hodnoceních spirituálních potřeb. Dobré a efektivní hodnocení duchovních potřeb umožňuje zdravotnickým pracovníkům identifikovat náboženské a duchovní potřeby pacientů a tím zlepšit zvládání péče o pacienta (Timmins a Caldeira, 2017, s. 50).

Formální hodnotící nástroje, použité v dohledaných studiích:

- FICA Spiritual History Tool
- SIWB Spirituality Index of Well-Being
- DSES Daily Spiritual Experience Scale
- FACIT-Sp Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being Scale

### **FICA (Spiritual History Tool)**

Nástroj FICA Spiritual History Tool, vytvořila Dr. Christina Puchalski v roce 1996 ve spolupráci se třemi dalšími lékaři zabývajícími se oblastí primární péče (Dr. Daniel

Sulmasy, Jean Teno a Dale Matthews). Nástroj FICA mohou používat lékaři i zdravotničtí pracovníci při sběru anamnézy. Nástroj FICA obsahuje klíčové prvky, které lékař nebo zdravotnický pracovník potřebuje vědět o duchovním přesvědčení pacienta v klinickém prostředí. Je založen na čtyřech oblastech duchovního hodnocení (Borneman, 2010, s. 164-166).

Jedná se o tyto oblasti:

**F (Faith and Belief)** – víra nebo význam

- Považujete se za duchovního (spirituálního) nebo náboženského člověka?
- Máte duchovní přesvědčení při vypořádání se stresem nebo obtížným obdobím?
- Co dává vašemu životu smysl?

**I (Importance)** – význam a vliv

- Jaký význam má spiritualita ve vašem životě?
- Na škále 0-5 (0 neovlivnila, 5 ovlivnila hodně) ohodnoťte, jak ovlivnila vaše spiritualita to, jak se staráte o sebe a své zdraví?
- Ovlivnila Vás víra ve zvládání stresu?
- Jakou roli hraje víra při rozhodování o vaší zdravotní péči?

**C (Community)** – komunita a společenství

- Jste součástí duchovní nebo náboženské komunity?
- Znamená pro vás podporu a jakou?
- Máte ve svém okolí skupinu lidí, které opravdu milujete nebo kteří jsou pro vás důležití?

**A (Address in Care)** – zacílení péče

- Máte představu, jak by váš poskytovatel zdravotní péče mohl použít tyto informace o vaší spiritualitě při poskytování péče?

Podle studie *Využití FICA dotazníku ve stáří* od Hrnčiarikové (2011) mají zdravotničtí pracovníci mnohdy problémy se spirituálními potřebami pacientů, buď z důvodu neznalosti problematiky, nebo z důvodu stydlivosti. Při odebrání spirituální anamnézy jsou vhodné screeningové dotazníky, které jsou jednoduché a umožňují získat mnoho informací a tím umožnit vzájemné srovnání s výsledky jiných skupin respondentů. Cílem této studie bylo vyhodnocení problematiky vlivu víry na prožívání nemoci u seniorů. Dalším cílem studie bylo vyzkoušet výhodnost FICA dotazníku pro respondenty vyššího věku. Do studie byli zapojeni účastníci ve věku nad 65 let a více. Senioři museli být schopni odpovědět na otázky týkající se jejich spirituálních potřeb. Výzkumu se nemohli zúčastnit lidé, kteří měli méně než

65 let, pacienti, kteří jsou v bezvědomí a pacienti bez prospěšného slovního kontaktu a senioři, kteří se odmítli zúčastnit studie. Ve výzkumu byl použit dotazník FICA, protože je jednoduchý a názorný. Je to také jediný mezinárodní screeningový dotazník, který byl popsán i v České republice.

Studie se zúčastnilo 112 seniorů, z toho bylo 75 žen a 37 mužů. Studie se prováděla na ambulanci Kliniky gerontologické a metabolické a Plicní kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové, další senioři byli klienty pečovatelských služeb (Charita, HomeCare), domů pro seniory, řádové sestry a senioři, kteří se účastnili mší svatých Římskokatolické církve. Podle výsledků dotazníkového screeningu, byli respondenti rozděleni do dvou skupin na věřící seniory a nevěřící seniory. Dotazníku se zúčastnilo podle výsledků 56 věřících seniorů (z toho 44 žen a 12 mužů) a 56 nevěřících seniorů (z toho 31 žen a 25 mužů). Respondenti se dle statistik významně nelišili ve věkovém průměru. U věřících byla nejvíce zastoupena Římskokatolická církev, ke které se v české populaci hlásí nejvíce lidí. Výsledky studie v oblasti spirituality se ve většině shodují s výsledky studií zabývající se problematikou spirituálních potřeb. Dotazník FICA by mohl být zařazen do běžného používání. Účastníci studie neměli s vyplněním dotazníku žádný problém ani ti, kteří jsou ve vyšším věku. Dle výsledků studie senioři vyznávající víru uvedli, že náboženství má pozitivní vliv na jejich nemoc. Zvládání nemoci u věřících seniorů je lepší oproti nevěřícím seniorům. Věřící senioři mají pozitivnější náhled na průběh nemoci než nevěřící senioři. Tento průzkum ukázal, že senioři vyznávající nějakou víru mají optimističtější náhled na život, než senioři, kteří nevyznávají víru. Senioři, kteří vyznávají nějakou víru, mají podle dotazníku FICA více blízkých lidí a to hlavně díky kontaktu s náboženskou komunitou a církevním prostředím, ve kterém tráví svůj čas. Podle autorky Hrnčiarikové se v dnešní době zdravotnická zařízení začínají zajímat o spirituální potřeby nemocných. Zařízení také hledají postupy jak by mohly zjišťovat ohleduplným a účinným způsobem spirituální anamnézu od pacientů. Studie od autorky Hrnčiriakové byla zaměřena na vhodnosti využití dotazníku FICA. Výsledky studie ukázaly, že je dotazník FICA vhodným a jednoduchým nástrojem pro zjišťování spirituální anamnézy. Studie se hlavně zaměřovala na to, jestli věřící a nevěřící senioři prožívají rozdílně své nemoci. Studie na spirituální potřeby seniorů nebyly doposud v České republice prováděny. V zahraničí se práce na toto téma objevují málo. Tento dotazník se musí brát jako pilotní projekt, na který lze navázat dalšími studii. Studie zaměřená na spiritualitu u seniorů zjišťovaná podle dotazníku FICA nebyla doposud v tuzemských zemích testována, a proto můžeme o téhle studii od Hrnčiarikové mluvit, že je do jisté míry přelomovou (Hrnčiariková a kolektiv, 2011, s. 606- 610).

Další studií je studie od Bornemana (2010), která se zabývá zhodnocením nástroje FICA pro duchovní hodnocení stejně jako předchozí studie od Hrnčiarikové. Cílem Bornemanovi studie bylo zjistit předběžné klinické hodnocení užitečnosti a proveditelnosti nástroje FICA Tool for Spiritual Assessment. Studie se zúčastnilo 76 pacientů, kteří měli nádor (prsů, plic, tlustého střeva a prostaty). Studie byla financovaná Národním onkologickým institutem. Probíhala v onkologických ambulancích a v onkologických centrech. Pro zapojení do studie musel pacient splnit několik kritérií. Kritériem byla onkologická diagnóza delší než jeden měsíc, účastník musel být starší 18 let, účastník musel umět mluvit anglicky. Průzkum probíhal tak, že výzkumná sestra pokládala otázky podle dotazníku FICA. Rozhovor mezi výzkumnou sestrou a respondentem probíhal v soukromí klinického prostředí. Studie se zúčastnilo 59 žen a 17 mužů. Věkový rozsah byl 25-87 let a věkový průměr byl 58,68 let. Nejčastější odpovědi na otázky dotazníku u písmene „F“ (víra nebo význam) se týkaly ocenění života, rodiny, životní činnosti. Další odpovědi řešily vztah k Bohu a mnoha dalších aspektů duchovnosti. Účastníci studie nejčastěji uváděli u písmene „I“ (význam a vliv), že spiritualita a víra je pro ně velmi důležitá, protože jim pomohla vyrovnat se s jejich diagnózou a pomáhá jim zvládat jejich stres. Podle autora studie pana Bornemana je zajímavé, že několik respondentů uvedlo, že jejich víra nebo spiritualita byla hlavním faktorem při rozhodování o jejich další léčbě. Písmeno „C“ (komunita a společenství) v dotazníku, se zabývá duchovní komunitou pacienta. Respondenti se v něm nejčastěji odkazovali na rodinu a přátele, kteří jsou jimi vnímáni jako jejich duchovní podpora. Blízké osoby se dle respondentů za ně modlily a myslely na ně v rámci církevní komunity. Poslední písmeno „A“ (zacílení péče) dotazníku FICA se zaměřuje na otázky spirituální péče ve zdravotnickém prostředí. Někteří respondenti odpovídali, že by se lékaři měli zaměřit na lékařské aspekty péče a neměli by se zaměřovat na duchovní potřeby. Jiní respondenti měli pocit, že pozornost na duchovní péči je podpůrná, a měl by být k dispozici kaplan. Respondenti dokázali dokončit dotazník FICA a rozpoznat aspekty svého života, které jim poskytovaly duchovní podporu. Účastníci výzkumu, také dokázali sdělit své přesvědčení. A když byly duchovní potřeby účastníků splněny, nepotřebovali pozornost odborníků. Studie byla etnicky velmi rozmanitá. Další studie, které by se v budoucnu prováděly, by mohly podle autorů zahrnovat rozmanitější náboženství. Z metodologického hlediska se autoři domnívají, že mít kvalitativní i kvantitativní měřítka duchovnosti bylo velmi prospěšné a důležité pro budoucí výzkum. Autoři výzkumu uznávají, že další provádění hodnocení pomocí nástroje FICA, by mělo být prováděno klinickými lékaři. Kvantitativní data ukázala, že nástroj FICA dokázal posoudit hned několik dimenzí spirituality, a to konkrétně duchovní činnost, změnu spirituality,



pozitivní změnu života, účel a naději. Druhé zjištění podle autorů už nebylo tolik překvapivé, lékaři totiž zjistili, že průzkum duchovních přesvědčení pacientů otevírá dveře k rozhovorům o problémech, s kterými se mohou pacienti potýkat, jako je například deprese nebo úzkost. Informace pomáhají získávat zvýšenou důvěru pacientů a pacienti se tak cítí pohodlně při sdílení problémů. Dotazník FICA zaměřený na duchovní historii je schopen poskytnout zdravotnickým pracovníkům otevření dveří k diskuzi s pacientem o věcech, které mají pro ně význam např. rodina, práce a víra. Poskytuje také informace, že duchovní společenství nebo duchovní zdroje síly stejně jako duchovní přesvědčení, může mít vliv při rozhodování se o léčbě. Podle studie jsou získaná data důležitá pro zdravotnickou péči o pacienta. Autoři studie uvádějí, že dotazník FICA nástroj, který může pomoci získat klíčové klinické informace. Autoři studie uvádějí, že k dalšímu vyhodnocení nástroje FICA a k přístupu k duchovnímu hodnocení, je zapotřebí další rozsáhlejší studie (Borneman, 2010, s. 167-172).

### **SIWB (Spirituality Index of Well-Being)**

Screeningový nástroj SIWB Spirituality Index of Well-Being. Nástroj je složen z 12 položek. Prvních 6 položek je z domény soběstačnosti a druhých 6 položek je z domény schématu života. Otázky hodnotili respondenti škálou 1-5, kde číslo 1 znamenalo úplně souhlasím, 2 souhlasím, 3 ani souhlasím ani nesouhlasím, 4 nesouhlasím a 5 úplně nesouhlasím (Daaleman, 2004, s. 499-501).

Otázky SIWB:

- 1) Nemohu udělat nic, proto abych si pomohl/a.
- 2) Často nemůžu dokončit to, co jsem začal/a.
- 3) Neumím porozumět svým problémům.
- 4) Jsem zoufalý/á, když mám životní problémy.
- 5) Nevím, jak mám začít řešit své problémy.
- 6) Tady není toho moc, co bych mohl dělat, abych udělal změnu v mém životě.
- 7) Ještě jsem nenašel smysl svého života.
- 8) Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel a kam jdu.
- 9) Mám nedostatek cílů ve svém životě.
- 10) Nevím, kam na tomto světě patřím.
- 11) Nerozumím smyslu svého života.
- 12) V mém životě je prázdnota.

Podle studie od Lee (2016) dotazník SIWB patří mezi platné a spolehlivé nástroje k hodnocení spirituální pohody. Anglická verze Spirituality Index of Well-Being byla

přeložena do čínštiny ve verzi SIWB-C. Do čínské studie byli zapojeni lidé od 65 let a starší. Do studie nebyli zapojeni jedinci, kteří měli kognitivní poruchu nebo depresivní poruchu. Zúčastnilo se 150 seniorů. Účastníci v klidné místnosti vyplnili dotazník SIWB. Podle výsledků studie je dotazník SIWB-C spolehlivým a platným nástrojem. Dokazuje to i vysoké hodnocení Crombachova koeficientu 0,91. Nevýhodou studie bylo podle autorky Lee to, že se studie zúčastnili jen senioři, kteří žijí v jednom městě v jižním Tchaj-wanu. SIWB-C je vhodný nástroj pro hodnocení spirituální pohody, který mohou využívat všeobecné sestry a další poskytovatelé zdravotní péče. (Lee, 2016, s.206-210) Americká studie od Daaleman (2002) se stejně jako studie od Lee zabývala dotazníkem SIWB a jeho spolehlivostí. Do studie byli zapojeni senioři stejně jako do studie od Lee. Dotazník SIWB je určen k měření vlivu spirituality na subjektivní pohodu. Do kohortové studie byli zařazeni lidé starší 65 let, aby vyhodnotili schopnost měření nástroje SWIB, výkonnost předpovídat budoucí využití dotazníku ve zdravotnickém prostředí. Studie se zúčastnilo 277 seniorů ve věkovém průměru 74 let. Podle výsledků studie je nástroj SIWB vhodným a spolehlivým nástrojem u hodnocení v geriatrické populaci pacientů (Daaleman, 2002, s.1-8). Další studie z roku 2004 od Daalemana se stejně jako předchozí jeho studie, tak i studie od Lee, zabývala spirituálním dotazníkem SIWB. Do studie byli tentokrát zapojeni, jak mladí jedinci, tak i senioři. Studie probíhala na pracovištích rodinných praktiků v oblasti Kansas City ve Spojených státech. Zúčastnilo se jí 509 respondentů ve věkovém průměru 50let. Studie se mohli zúčastnit respondenti, kterým bylo více než 18 let, mluvili anglicky, neměli žádnou kognitivní poruchu a byli ochotni se zúčastnit studie. Předchozí pilotní test podle autora Daalemana zajistil v geriatrických ambulancích dobrou spolehlivost a validitu. K výzkumu se použila škála duchovní pohody. Výzkum probíhal na klinických pracovištích rodinných lékařů, vždy s vyškoleným asistentem. Po dvou týdnech po vyplnění byl nástroj SWIB opakován po druhé díky telefonickému kontaktu. Nástroje zabývající se zdravím a týkající se kvality života jsou hodnoceny podle několika kritérií a zejména podle stupně platnosti a spolehlivosti. Nástroj pro hodnocení spirituálních potřeb SIWB má podle výsledků studie velmi dobrou spolehlivost. Podle Daalemana je SIWB platným a spolehlivým nástrojem. Je vhodný pro hodnocení spirituální pohody u ambulantních pacientů v primární péči, nástroj může být umístěn i při studiích u chronicky nemocných pacientů nebo geriatrických pacientů a pacientů na konci života (Daaleman, 2004, s. 499-503). Index spirituální pohody zkoumala Wu (2017). Výzkum probíhal u čínských geriatrických pacientů. Celkem se zúčastnilo 416 respondentů z lékařského centra s geriatrickými lůžky, instituce dlouhodobé péče a senioři, kteří navštěvovali komunitní zdravotní středisko každý den. Kritériem pro zařazení do studie byl

věk 65 a víc, schopnost komunikovat v čínštině a respondent neměl žádné kognitivní poškození. Se seniory dotazníky vyplňovali dvě vyškolené všeobecné sestry. Podle výsledků si SIWB-C vedl dobře s koeficientem alfa Cronbachu 0,94, který je vyšší než 0,91 v anglické verzi. Podle studie je nástroj SIWB-C platným a spolehlivým nástrojem pro použití screeningu spirituality u seniorů v Číně (Wu, Yang a Ko, 2017, s. 1-7).

### **FACIT-Sp (The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being Scale)**

Hodnotící škála FACIT-Sp (The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being Scale) podle švýcarské studie od Monod a kolektivu (2010) se využívá hlavně u skupiny lidí s rakovinou, HIV nebo AIDS. Jen velmi málo se používá u geriatrických pacientů. Studie *Validity of the FACIT-Sp to assess spiritual well being in elderly patients*, je jedna z mála studií, která se zaměřila na FACIT-Sp u seniorů. Studie se zúčastnili hospitalizovaní pacienti ve věku 65let a více. Studie se nemohli zúčastnit pacienti, kteří neuměli mluvit francouzsky, dále pacienti, kteří měli velkou dušnost nebo bolesti, pacienti s poruchou kognitivních funkcí, kteří měli MMSE méně než 20 bodů. Do studie se zapojilo 208 pacientů. Podle výsledků studie vnitřní spolehlivost a platnost nástroje FACIT-Sp jsou vhodné pro použití u seniorů. Přestože výsledky dřívějších studií ukazují, že nástroj FACIT-Sp není vhodný nástroj pro seniory. Studie od Monod je podle výsledků v rozporu s výsledky dřívějších studií. Nástroj FACIT-Sp, se široce používá u hodnocení duchovní pohody. Používání nástroje u hospitalizovaných geriatrických pacientů se podle výsledků studie od Monod zdá jako sporné. Z pohledu výzkumu by se mohly používat jiné hodnotící nástroje, vyvinuté speciálně pro hodnocení duchovní pohody u geriatrických pacientů, například Index duchovní pohody (SIWB) (Monod a kolektiv, 2015, s. 1311-1322). Americká studie od Bekelmana (2010), která se zabývala duchovním nástrojem FACIT-Sp, byla prováděna u seniorů nad 60 let s chronickým srdečním selháním. Studie se nemohli zúčastnit pacienti s demencí, pacienti, kteří nebyli schopni porozumět, pacienti, kteří nedali souhlas se studií a pacienti po transplantaci srdce. Studie se zúčastnilo 60 seniorů se srdečním selháním. Podle výsledků u seniorů se srdečním selháním FACIT-Sp měřil aspekty spirituality, pocitu míru a zvládáním nemoci (Bekelman a kolektiv, 2010, s. 515-526).

### **DSES (Daily Spiritual Experience Scale)**

DSES je stupnice, která hodnotí denní duchovní zážitky. Studie na stupnici DSES se prováděla u slovenských seniorů. Studie probíhala ve dvou nemocnicích a třech domovech pro seniory a domovech sociálních služeb na Slovensku. Do studie byli zapojeni senioři

ve věku nad 65 let, senioři, kteří byli ochotní spolupracovat a podepsali informovaný souhlas. Do studie nebyli zapojeni senioři s problémem kognitivních funkcí. Do studie se zapojilo celkem 250 seniorů. Spolehlivost nástroje podle výsledku dosáhla dle Crombachova koeficientu 0,98. Výsledek ukazuje velmi dobrou spolehlivost a platnost DSES nástroje, která byla potvrzena u slovenské starší populace. Slovenská verze nástroje DSES umožňuje znalosti kolem spirituality a religiozity slovenské populace v různých oblastech života a také umožňuje srovnání mezi studii, které byly prováděny v různých kulturách (Soósová a Mauer, 2020, s. 1-12). Účelem výzkumu od Bailly a Rousiau bylo zhodnotit psychometrické vlastnosti krátké formy stupnice Daily Spiritual Experience Scale u starší francouzské populace. Studie se zúčastnilo 195 francouzských seniorů ve věku 65 a více let. Studie se nemohli zúčastnit senioři, kteří měli poruchu kognitivních funkcí a v testu MMSE měli méně než 20 bodů. Podle výsledků Crombachova koeficientu 0,92, ukazuje velmi dobrou spolehlivost DSES. Výsledky také ukázaly, že senioři při stárnutí čelí výzvám, jako jsou změny sociálních a rodinných rolí, pokles fyzického zdraví. Během těchto změn je spiritualita a religiozita zvláště pro seniory důležitá pro udržení pohody (Bailly a Roussiau, 2010, s. 223-229).

### **Neformální hodnocení spirituálních potřeb**

Formální nástroje na hodnocení spirituálních potřeb mohou pomoci zdravotnickému personálu zaměřit pozornost na spirituální potřeby pacienta, k identifikaci spirituálních potřeb pacientů. Zatímco neformální hodnocení spirituálních potřeb by mělo být pokračovacím procesem. Duchovní hodnocení by mělo být založeno na individuálních potřebách pacienta. Podle autorů Timmins a Caldeira (2017) by měly být otázky k hodnocení duchovních potřeb srozumitelné a otevřené.

Neformální duchovní otázky, které navrhla Royal College Nursing v roce 2011:

- Jaké máte zdroje pomoci nebo podpory, pokud je váš život obtížný?
- Dáváte smysl, tomu, co se vám stalo?
- Chtěli, byste se setkat s někým, kdo vám může pomoci?
- Chtěli, byste se setkat s někým, kdo vám pomůže mluvit nebo přemýšlet o dopadu vaší nemoci nebo životní události?
- Chcete mluvit o věcech, se kterými Vám můžu jako zdravotnický pracovník pomoci?
- Jaké jsou vaše přesvědčení a jaká je vaše spiritualita?

Stručné otázky od Royal College Nursing jsou podle studie od Timmins a Caldeira (2017) vhodné pro neformální účely hodnocení spirituálních potřeb. Dále autoři uvádí, že formát a typ otázek pro hodnocení spirituálních potřeb je vhodný pro zdravotnické prostředí a skupinu pacientů, protože je nepravděpodobné, aby jeden hodnotící nástroj na hodnocení spirituálních potřeb, byl vhodný pro každého (Timmins a Caldeira, 2017, s. 52).

## **2.2 Vnímání spirituální péče zdravotnickým personálem**

Spirituální potřeby jsou podle Babamohamadiho (2018) brány jako nedílná součást holistické péče a jsou tak i velmi důležitou součástí ošetrovatelské praxe. Ošetrovatelská péče se zabývá podporou zdraví, jak předcházet nemocem, jak si udržovat zdraví či jak si zmírňovat bolesti v nepohodlí. V tomto ohledu může pomoci k dosažení cílů a může velmi přispět spirituální péči. Při poskytování spirituální péče by měl zdravotnický personál pochopit význam spirituálních potřeb a zvýšit si úroveň svých znalostí. Pochopení spirituálních potřeb pacientů a začlenění potřeb do ošetrovatelské péče pomáhá také ke zlepšení komunikace jak s pacientem, tak i s rodinou pacienta. Výborná komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem, může zlepšit spokojenost pacientů ve srovnání s pozorností zaměřenou na technické aspekty péče (Babamohamadi, 2018, s. 1305). Daghana kolektiv (2018) ve svém článku upozorňují na problém nelékařského zdravotního personálu, který se více zaměřuje na odborné úkony a méně pak na spirituální aspekt péče. Nelékařský zdravotnický personál se vyhýbá spirituální péči z důvodu nedostatku vzdělání, a proto nemá důvěru v poskytování spirituální péče. Daghan a kolektiv dále uvádí, že je nedostatečně zajištěno vzdělání ve spirituální péči v ošetrovatelských osnovách. Kvůli nedostatku informací se často nelékařský zdravotnický personál bojí poskytovat duchovní péči (Daghan, 2018, s. 421). Kavosi (2018) ve své literatuře uvádí, že není pacientům věnována dostatečná pozornost v oblasti duchovní péče a intervencí z důvodu nedostatků znalostí u zdravotnického personálu. Studie dokazuje, že se spirituální péči nelékařský zdravotnický personál nevěnuje z různých důvodů, jako jsou například nejasná role spirituality v ošetrovatelské péči, nevhodný vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem, faktory prostředí, nesprávný postoj ošetrovatelských manažerů ke spirituální péči (Kavosi, 2018, s. 6572).

## 2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Spirituální potřeby jsou často různě chápány populací, a také jsou zaměňovány s religiozitou. Pro definici spirituálních potřeb neexistuje jednotný názor ani jednotná definice spirituality. Dalším problémem u spirituální péče je obtížné navázání komunikace s pacienty na téma spirituality. Faktory, které ovlivňují řešení spirituálních potřeby jsou: nedostatek času na navázání důvěryhodného vztahu mezi seniorem a všeobecnou sestrou, nedostatek soukromí, nedostatečné znalosti zdravotnického personálu o spirituálních potřebách a o spirituální péči, nejasné vymezení spirituální péče v ošetrovatelství – spoléhání se na nemocniční kaplany a kněze. Časté chybné chápání spirituality vede k rozdělování pacientů na věřící a nevěřící a zapomínání na to, že i nevěřící pacienti mají spirituální potřeby stejně jako věřící.

Většina studií se v poslední době zaměřuje na spiritualitu u onkologických pacientů nebo u pacientů v paliativní péči. Vztah spirituality u seniorů se zkoumal dříve a v této době se jen zřídka se studie zabývají spiritualitou seniorů. Mnoho seniorů je často vyřazeno ze studií z důvodu poruch kognitivních funkcí, v testu MMSE mají méně než 20 bodů, rovněž jsou vyřazeni lidé s depresí, pacienti s velkou bolestí nebo dušností. Ale i tito pacienti mají spirituální potřeby, na které by se nemělo zapomínat. Nebylo by špatné najít vhodnou škálu pro seniory, kteří mají poruchu kognitivních funkcí, demenci anebo v testu MMSE mají méně než 20 bodů. Výzkumy na spirituální potřeby seniorů byly často limitovány jen na určitá kritéria, jako jsou například: výběr vhodných a nevhodných onemocnění, věk, kulturní tradice, znalost jazyka.

Všeobecné sestry mají často problém se zaměřovat se na spirituální potřeby a raději se zaměřují na fyzické potřeby pacientů. Problém a strach z poskytování spirituální péče ze strany zdravotnického personálu prohlubuje neznalost o spirituálních potřebách a nedostatek vzdělání všeobecných sester v této oblasti. Všeobecným sestram často chybí školení v oblasti spirituality, psychologické cvičení vlastního prožitku, mentor, supervize ve zdravotnickém prostředí, podpora nebo empatie.

## Závěr

Spirituální péče má velký význam v ošetrovatelské péči o seniory. V posledních letech se začíná stávat spirituální péče zkoumaným tématem, protože ještě několik let zpět byla spiritualita ve společnosti tabuizována. Senioři mohou svou spiritualitu projevat v mnoha potřebách: potřeba vědomí o vlastní hodnotě a důstojnosti, potřeba zachování kontinuity životního příběhu, potřeba smyslu života, životního cíle a naděje, potřeba dávat lásku a být užitečný, potřeba svobodně vyjádřit svůj hněv a pochyby, potřeba akceptování a validace spirituálního chování, potřeba vděčnosti, potřeba odpustit a odpuštění zažít, potřeba přípravy na umírání a na smrt. Do plánování intervencí ošetrovatelské péče může všeobecná sestra v oblasti spirituální péče zahrnout intervence: podpora seniora, rituály, soucit, modlitba, čtení písma, práce se vzpomínkami seniora, vyprávění příběhů, vytváření pocitu naděje, všímavost a meditace. Velice důležitý je důvěryhodný vztah mezi seniorem a všeobecnou sestrou. Díky důvěryhodnému vztahu, může všeobecná sestra realizovat ošetrovatelskou péči v oblasti spirituální péče. Všeobecná sestra může zjišťovat informace o seniorovi pomocí naslouchání. Jakmile všeobecná sestra získá dostatečné množství informací, začíná identifikovat problémy v potřebách podle: NANDA International, Inc, Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace. Spirituální potřeby jsou definovány v 10. doméně – Životní principy. Mezi ošetrovatelské diagnózy zaměřené na spiritualitu je zařazena: Snaha zlepšit well – being, Duchovní strádání, Riziko duchovního strádání. Dohledanými poznatky byl splněn první cíl.

Druhý cíl se zabýval aktuálně dohledanými hodnotícími nástroji ve spirituální péči. Spirituální potřeby se mohou hodnotit formálně nebo neformálně. Mezi formální nástroje dohledané do přehledové bakalářské práce patří: FICA, SWIB, FACIT-Sp a DSES. Dotazníky, se kterými neměli senioři problém a také se osvědčily, byly FICA, SWIB, DSES na rozdíl od FACIT-Sp. Dotazník FICA je tvořený tak, aby s ním neměli problém ani senioři, proto je vhodným hodnotícím nástrojem pro zjišťování spirituální anamnézy u seniorů. Hodnotící nástroj SWIB hodnotící spirituální pohodu je podle výsledků vhodným měřicím nástrojem také u geriatrické populace. Dalším hodnotícím nástrojem spirituality je FACIT-Sp, který podle dohledané studie není úplně vhodným nástrojem pro zjišťování spirituálních potřeb u seniorů, protože se málo používá v geriatrické populaci a není u seniorů dostatečně prozkoumaným nástrojem. Dalším formálním hodnotícím nástrojem je DSES, který hodnotí duchovní zážitky. Nástroj má dobrou spolehlivost a je vhodný i pro seniory. Neformální hodnotící nástroje spirituálních potřeb jsou vhodným pokračovacím procesem formálních nástrojů u hodnocení spirituality ve zdravotnickém prostředí, protože používaný hodnotící

nástroj nemusí vždy vyhovovat každému seniorovi. Těmito dohledanými poznatky byl splněn druhý cíl.

Třetí cíl se zabýval vztahem zdravotnických pracovníků ke spirituální péči. Podle dohledaných poznatků v přehledové bakalářské práci se ukazuje, že se zdravotnický personál bojí poskytovat spirituální péči a častěji se zaměřuje na fyzické potřeby. Jeden z důvodů je nedostatečné povědomí a vzdělání o spirituální péči u zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelský personál nevěnuje pozornost spiritualitě z důvodů nejasné role spirituality v ošetrovatelské péči, nevhodného vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, faktorů prostředí, nesprávného postoje ke spiritualitě u ošetrovatelských manažerů. Těmito dohledanými poznatky byl splněn třetí cíl.

Dohledané informace a jejich sumarizace by mohly sloužit všeobecným sestřám i nelékařským zdravotnickým pracovníkům k pochopení spirituálních potřeb seniorů. Přehledová bakalářská práce může informovat i o intervencích spirituální péče v ošetrovatelské praxi a hodnocení spirituality formálně a neformálně, která se může zapojit do ošetrovatelské praxe. Pochopení spirituality seniorů, může pomoci zlepšit vztah mezi zdravotnickým pracovníkem a seniorem. Zjištěné poznatky mohou zlepšit kvalitu péče o seniory například v domovech pro seniory nebo na odděleních následné péče či na oddělení dlouhodobé ošetrovatelské péče, kde senioři tráví mnoho času.



## Zdroje

- BABAMOHAMADI, Hassan, Mahsa-sadat AHMADPANAHI and Raheb GHORBANI. Attitudes Toward Spirituality and Spiritual Care among Iranian Nurses and Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of Religion and Health* [online]. 2018, **57**(4), 1304-1314 [cit. 2019-10-21]. DOI: 10.1007/s10943-017-0485-y. ISSN 00224197.
- BAILLY, Nathalie and Nicolas ROUSSIAU, 2010. The Daily Spiritual Experience Scale (DSES): Validation of the Short Form in an Elderly French Population. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. **29**(2), 223-231. DOI: 10.1017/S0714980810000152. ISSN 0714-9808. Dostupné také z: [https://www.cambridge.org/core/product/identifler/S0714980810000152/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifler/S0714980810000152/type/journal_article)
- BEKELMAN, David B., Carla PARRY, Farr A. CURLIN, Traci E. YAMASHITA, Diane L. FAIRCLOUGH and Frederick S. WAMBOLDT. A Comparison of Two Spirituality Instruments and Their Relationship With Depression and Quality of Life in Chronic Heart Failure. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2010, **39**(3), 515-526 [cit. 2020-02-21]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.08.005. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392410000722>
- BORNEMAN, Tami, Betty FERRELL and Christina M. PUCHALSKI. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010, **40**(2), 163-173. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019. ISSN 08853924. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392410003258>
- DAALEMAN, Timothy and Bruce FREY, 2002. The Spirituality Index of Well-Being: Development and testing of a new measure. *The Journal of Family Practice*. **2002**(51), 1-8.
- DAALEMAN, Timothy and Bruce FREY, 2004. The Spirituality Index of Well-Being: A New Instrument for Health-Related Quality-of-Life Research. *Annals of Family medicine*. **2004**(2), 499-503.
- DAGHAN, Safak. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care: An Example of Turkey. *Journal of Religion and Health* [online]. 2018, **57**(1), 420-430 [cit. 2019-10-21]. DOI: 10.1007/s10943-017-0416-y. ISSN 00224197.

- ELLIS, Mark R., Paul THOMLINSON, Clay GEMMILL and William HARRIS, 2013. The Spiritual Needs and Resources of Hospitalized Primary Care Patients. *Journal of Religion and Health*. **52**(4), 1306-1318. DOI: 10.1007/s10943-012-9575-z. ISSN 0022-4197. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-012-9575-z>
- HEIDARI, Mohammad, Mansureh GHODUSI and Mina SHIRVANI, 2016. Loneliness in Elderly and Non-elderly Residents of Nursing Homes. *International Journal of Nursing Education*. **8**(2), 1-6. DOI: 10.5958/0974-9357.2016.00051.9. ISSN 0974-9349.
- HEIDARI, Mohammad, Mansureh GHODUSI BORUJENI, Shokouh KABIRIAN ABYANEH and Parvin REZAEI, 2019. The Effect of Spiritual Care on Perceived Stress and Mental Health Among the Elderlies Living in Nursing Home. *Journal of Religion and Health*. **58**(4), 1328-1339. DOI: 10.1007/s10943-019-00782-1. ISSN 0022-4197. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-019-00782-1>
- HERDMAN, T. Heather and Shigemi KAMITSURU, 2015. *NANDA International, Inc. Ošetrovatelské diagnózy, Definice a klasifikace*. 10. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HRNČIARIKOVÁ, D. a M. HRNČIARIK, 2011. Využití FICA dotazníku ve stáří. *General Practitioner / Praktický Lékař* **91**(10), 606-610 ISSN 00326739.
- JACKSON, David, Colleen DOYLE, Hannah CAPON and Elizabeth PRINGLE, 2016. *Spirituality, spiritual need, and spiritual care in aged care: What the literature says*. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*. **28**(4), 281-295. DOI: 10.1080/15528030.2016.1193097. ISSN 1552-8030. Dostupné také z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15528030.2016.1193097>
- KAVOSI, Ali, Mina TAGHIABADI, Gholamreza MOHAMMADI, et al. Nursing managers attitude toward spirituality and spiritual care in Khorasan Razavi Province hospitals in 2016. *Electronic Physician* [online]. 2018, **10**(3), 6571-6576 [cit. 2019-10-21]. DOI: 10.19082/6571. ISSN 20085842.
- KIM, Suk-Sun, Pamela G. REED, Youngmi KANG and Jina OH, 2012. Translation and Psychometric Testing of the Korean Versions of the Spiritual Perspective Scale and the Self-transcendence Scale in Korean Elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*. **42**(7), 974-983. DOI: 10.4040/jkan.2012.42.7.974. ISSN 2005-3673. Dostupné také z: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2012.42.7.974>

LEE, Yi-Hui and Salman ALI, 2016. Evaluation of using the Chinese version of the Spirituality Index of Well-Being (SIWB) scale in Taiwanese elders. *Applied Nursing Research*. **2016**(32), 206-211.

MONOD, Stefánie, Estelle LÉCUREUX, Etienne ROCHAT, Brenda SPENCER, Laurence SEEMATTER-BAGNOUD, Anne-Sylvie MARTIN-DURUSSEL a Christophe BŮLA, 2015. Validity of the FACIT-Sp to Assess Spiritual Well-Being in Elderly Patients. *Psychology*. **2015**(6), 1311-1322.

SOÓSOVÁ, Mária Sováriová and Boris MAUER, 2020. Psychometrics Properties of the Daily Spiritual Experience Scale in Slovak Elderly. *Journal of Religion and Health*. 1-12. DOI: 10.1007/s10943-020-00994-w. ISSN 0022-4197. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-020-00994-w>

SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, [2016]. ISBN 978-80-7255-361-7.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

TIMMINS, Fiona and Sílvia CALDEIRA, 2017. Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard*. **31**(29), 47-53. DOI: 10.7748/ns.2017.e10312. ISSN 0029-6570. Dostupné také z: <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/ns.2017.e10312>

VERAS, Sylvia Maria Cardoso Bastos, Tânia Maria de Oliva MENEZES, Raúl Fernando GUERRERO-CASTAÑEDA, Mateus Vieira SOARES, Florencio Reverendo ANTON NETO and Gildásio Souza PEREIRA, 2019. Nurse care for the hospitalized elderly's spiritual dimension. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(suppl 2), 236-242. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0685. ISSN 1984-0446.

WU, Li-Fen, Shu-Hui YANG and Malcolm KOO. Psychometric properties of the Chinese version of Spiritual Index of Well-Being in elderly Taiwanese. *BMC Geriatr* **17**, 3 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0392-1>

## Seznam zkratek

DSES	Daily Spiritual Experience Scale
FACIT-Sp	Functional Assessment of chronic illnesstherapy spiritual well-being
FICA	Spiritual History Tool
MMSE	Mini Mental State Exam
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
SWIB	Spiritual Index of Well-Being