

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jana Kovářová

Spiritualita v ošetrovatelské péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šáteková, Ph.D.

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2019

podpis

Děkuji vážené Mgr. Lence Šátekové, Ph.D. za vstřícnost při konzultacích, odborné vedení této práce a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Spirituální potřeby nemocných

Název práce: Spiritualita v ošetrovatelské péči

Název práce v AJ: Spirituality in nursing care

Datum zadání: 2018-11-31

Datum odevzdání: 2019-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Kovářová Jana

Vedoucí práce: Šáteková Lenka, Mgr. Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Spirituální péče je nedílnou součástí ošetrovatelství a péče o duchovní potřeby pacientů se může podílet na zlepšení jejich zdravotního stavu. Byly stanoveny tři dílčí cíle předkládané práce: význam spirituality a spirituální péče ve zdravotnických zařízeních, měřicí nástroje k hodnocení duchovních potřeb, ošetrovatelské intervence ve spirituální péči. Ze sumarizace výsledků vyplývá, že neexistuje jednotná definice spirituality, a to způsobuje problém všeobecným sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům při poskytování spirituální péče. Všeobecným sestřám nejsou umožněny vhodné podmínky pro poskytování této péče, a to z důvodu nedostatku času, školení či rušného nemocničního prostředí. Existuje několik měřicích nástrojů k hodnocení duchovních potřeb. Z dohledaných měřicích nástrojů, které mají nejvyšší hodnotu Cronbachova alfa koeficientu a zároveň posuzují současný duchovní stav, to jsou Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being (FACIT-Sp), Spirituality Index of Well-being (SIWB) a FICA nástroj. Bylo dohledáno několik ošetrovatelských intervencí, které všeobecná sestra může využít, pokud identifikuje nedostatek spirituální pohody. Zahraniční autoři uvádějí několik kategorií těchto ošetrovatelských intervencí. Shodují se v aktivním naslouchání, podpoře pacienta k odpuštění sobě či jiným v jeho životě, dodržování určitých rituálů pacienta, muzikoterapii a v přítomnosti všeobecné sestry u pacienta.

Předložené důkazy byly čerpány celkem ze 43 zdrojů. Elektronické zdroje byly dohledány v databázích: EBSCO, Medline, Google scholar a ProQuest.

Abstrakt v AJ: Spiritual care is an integral component of nursing and the care about spiritual needs of patients may contribute to the health condition improvement. Three partial objectives were set – the importance of spirituality and spiritual care in healthcare facilities, measuring instruments for assessing spiritual needs, nursing interventions in spiritual care. The research shows that there is no universal definition of spirituality, which causes some problems to nurses and other employees with providing spiritual care. Conversely, nurses are not provided with conditions that are helpful to give this kind of support because of a lack of time, professional training or hospital environment. There is a number of instruments created for assessment of spiritual needs. Three instruments which have the highest Cronbach alpha coefficient and assess the current spiritual state are Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being (FACIT-Sp), Spirituality Index of Well-being (SIWB) and FICA. Several nursing interventions were found, these interventions can be used by the nurse if they identify lack of spiritual satisfaction. Foreign authors give several categories of these nursing interventions. Those that are common are attentive listening, supporting the patient in forgiving themselves or someone else, abiding by the patient's habits, music therapy, presence of the nurse next to the patient.

Proofs were collected from 43 sources. Journals were found in following databases: EBSCO, Medline, Google scholar and ProQuest.

Klíčová slova v ČJ: ošetrovatelství, spiritualita, duchovní potřeby, hodnotící nástroje, intervence ve spirituální péči

Klíčová slova v AJ: nursing, spirituality, spiritual needs, assessment tools, interventions of spiritual care

Rozsah: 39 stran / 0 příloh

OBSAH

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2 SPIRITUALITA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	11
2.1 Měřicí nástroje k hodnocení duchovních potřeb	15
2.2 Intervence ve spirituální péči.....	24
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků	29
ZÁVĚR	31
REFERENČNÍ SEZNAM	32
SEZNAM ZKRATEK	39

ÚVOD

Ošetřovatelství vychází z principů filozofie holismu. Navzdory tomuto tvrzení se všeobecné sestry většinou zabývají pouze fyzickými a psychosociálními potřebami pacientů. Informace o duchovních potřebách jsou často omezené. Spiritualita je komplexní pojem, který má v současnosti mnoho významů a je těžké ho konceptualizovat. Spirituální péče, která je základním aspektem ošetřovatelství a péče o duchovní potřeby pacientů, se může podílet na zlepšení jejich zdravotního stavu (Timmins a Caldeira, 2017, s. 50). Existuje několik měřicích nástrojů k hodnocení duchovních potřeb. Všeobecná sestra může duchovní potřeby identifikovat jak formálním, tak neformálním způsobem. Formální hodnocení je systematické a standardizované zhodnocení v pravidelných, předem stanovených intervalech, zatímco neformální hodnocení probíhá během každodenního styku s pacientem (Pilařová, 2008, s. 55). Po posouzení duchovních potřeb pacienta a při zjištění duchovního strádání by všeobecná sestra měla do ošetřovatelského procesu implementovat vhodné ošetřovatelské intervence, které by vedly k jeho odstranění či alespoň snížení (Timmins a Caldeira, 2017, s. 50-57). Mezi takové intervence patří například aktivní naslouchání, podpora pacienta k odpuštění sobě či jiným v jeho životě, dodržování určitých rituálů pacienta, muzikoterapie, přítomnost všeobecné sestry u pacienta (Polzer Casarez a Engebretson, 2012, s. 2099-2107). Tyto potřeby jsou přirozenou součástí života a zůstanou důležitou složkou holistické ošetřovatelské péče (Yousefi, 2011, s. 125-132).

V souvislosti s touto problematikou je možno položit si otázku: Jaké jsou aktuální publikované poznatky o spiritualitě a duchovních potřebách v ošetřovatelské péči?

Cílem této bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o spiritualitě a duchovních potřebách v ošetřovatelské péči. Cíl bakalářské práce je dále specifikován v následujících dílčích cílech:

Cíl 1

Předložit aktuální dohledané publikované poznatky související s definicí a významem spirituality v ošetřovatelské péči.

Cíl 2

Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o měřicích nástrojích hodnotících duchovní potřeby.

Cíl 3

Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o intervencích všeobecné sestry v oblasti duchovních potřeb.

Vstupní studijní literatura:

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

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

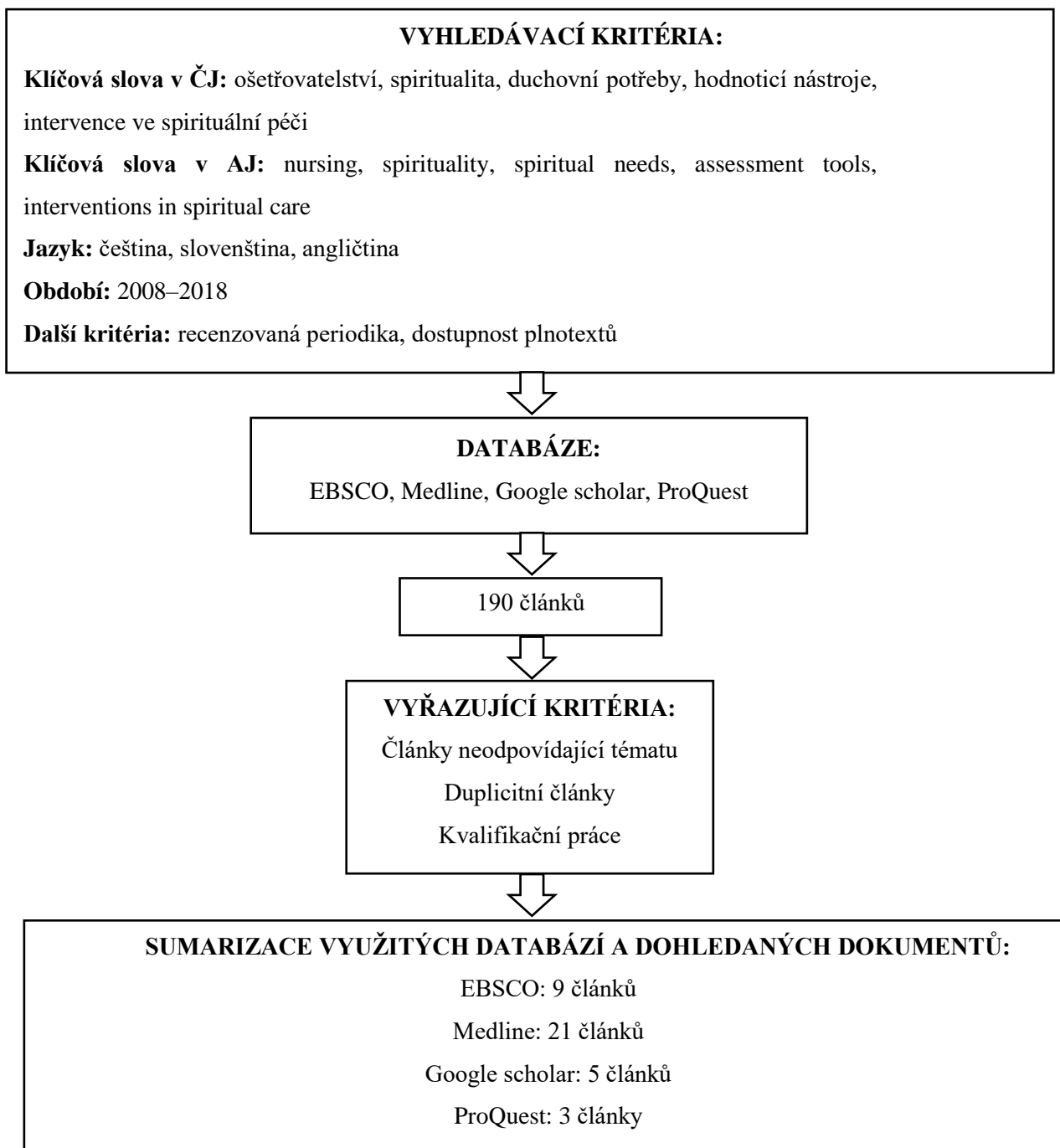
MARKOVÁ, A. 2009. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-254-4552-5.

CHOPRA, D. 2013. *Spirituální řešení: odpovědi na nejdůležitější životní otázky*. Brno: BizBooks. ISBN 978-80-265-0066-7.

OPATRNÝ, A. 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Pro rešeršní činnost byl použit standardní postup vyhledávání s využitím vhodných klíčových slov. Podrobný popis rešeršní strategie je uvedený v následujícím textu.



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK:

Nursing standard (Royal College of Nursing)	3 články
Iranian journal of nursing and midwifery research	1 článek
Journal of palliative medicine	3 články
Palliative medicine	2 články
British Journal of Nursing	1 článek
International Journal of Palliative Nursing	2 články
Supportive Care in Cancer	1 článek
The Annals of Family Medicine	1 článek
Journal of Clinical Oncology	1 článek
The Canadian Nurse	1 článek
BMJ supportive & palliative care	2 články
American family physician	1 článek
Mental Health, Religion & Culture	1 článek
Journal for the Study of Spirituality	1 článek
Journal of Religion and Health	1 článek
International journal of nursing knowledge	2 články
Southern Medical Journal	1 článek
Religions	3 články
Journal of Nursing Management	1 článek
Journal of General Internal Medicine	1 článek
CESKOSLOVENSKA PSYCHOLOGIE	3 články
Journal of pain and symptom management	2 články
Journal of Clinical Nursing	3 články



Pro přehled publikovaných poznatků bylo
použito **38** článků.

Pro tvorbu bakalářské práce byly dále použity 4 české monografie a jedny webové stránky o standardech, které jsou citovány v referenčním seznamu.

2 SPIRITUALITA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Posouzení spirituality a duchovních potřeb pacientů je zásadní pro poskytování účinné spirituální péče. Posouzení spirituality a nabízení duchovních intervencí v rámci rutinních zdravotnických zařízení vyžaduje silnou důkazovou základnu klinického výzkumu. Základem takové práce je dostupnost platných standardizovaných měřicích nástrojů, které jsou vhodné v klinických podmínkách. Skutečností bohužel je, že v současné době žádná definice spirituality není všeobecně potvrzena a neexistuje konsensus o dimenzích spirituality v rámci výzkumu v oblasti zdraví. V důsledku toho se objevují četné konceptualizace spirituality, což ztěžuje pochopení různých konstrukcí a cílů měřicích nástrojů, které posuzují spiritualitu. Navíc není známo, zda by některé z těchto měřicích nástrojů byly vhodné i v klinických podmínkách, aby bylo možné zhodnotit současný duchovní stav pacienta a určit potřebu duchovní intervence (Puchalski, 2009, s. 885-904).

Konsenzuální definice spirituality je nadále nejasná navzdory četným pokusům v literatuře o ošetrovatelské péči, a tato nejednotná definice tak brání péči i výzkumu v této oblasti (Gijsberts et al., 2011, s. 852-863). Z psychologického hlediska se spiritualitou zabýval Říčan (2007, s. 44) a ve své monografii předkládá různá vysvětlení spirituality několika autorů. Odkazuje na Pargamenta (2005, s. 179), pro kterého je spiritualita „hledání posvátna“, Belzena (2005, s. 3), jenž tvrdí, že spiritualita znamená „vztah k transcendenci“, či Emmonse (1999, s. 5) vysvětlujícího spiritualitu jako „hledání smyslu, jednoty a propojenosti“. Je nutné poukázat na to, že spiritualita nemusí být nutně spojena s náboženstvím. Jirásek (2015, s. 177-178) tvrdí, že „spirituální hodnoty nemusí být vnímány jako nadpřirozené, ale jako součást přirozeného a přírodního dění“, jedná se o existenci, smysl života, překročení obvyklosti a rutiny v lidském životě. Rozdíl mezi spiritualitou a náboženstvím je též ve vědeckém zkoumání, kdy u náboženství můžeme využít statistiku, jako je např. počet návštěv chrámu, počet bohoslužeb a jejich účastníků, počet náboženských společností apod. Spiritualita se odpoutává od kvantity ke kvalitě, což vede k hlubšímu porozumění. Jirásek se též ve své výzkumné studii zmiňuje o termínu „spirituální zdraví“, kdy vymezuje 5 faktorů, jež tvoří spirituální zdraví a těmi jsou: vztah k sobě samému, vztah důvěry a otevřenosti ke druhým lidem, hledání odpovědí na otázky po smyslu života, vědomí o přesahu a transcendenci každodennosti a také vztah k přírodě coby celku, který nás přesahuje. Autorka Johnson et al. (2011, s. 223) v mezinárodním klasifikačním systému NOC (Nursing Outcomes Classification) definovala spirituální zdraví jako „Spojení se sebou samým, ostatními, vyššími silami, životem, přírodou a vesmírem, které přesahuje a posiluje vědomí jednotlivce“.

Burkhart et al. (2011, s. 2463-2472) chápe spiritualitu v ošetrovatelství jako „dimenzi lidského bytí, jež je spojená s lidským vyjádřením významu, účelu a transcendence v životě“.

Při určování preferencí pacientů a zjišťování způsobů, jak zdravotníci mohou duchovně podporovat své pacienty, zjistili Best, Butow a Olver (2014, s. 1139-1145), že pacienti si nejsou jisti tím, co se rozumí termínem „duchovně“. Proto nahradili tento termín srozumitelnějšími slovy „mír“ a „význam“ na základě jejich souvislosti s duchovními potřebami. Jednou z odpovědí na nekonsenzus definice spirituality je tvrzení, že je jednoduše nad definicí a že pokud by byla zachycena v jediném konceptu, tak tím ztratí svou vnitřní subjektivitu, individualitu a tajemství. Výzkumná studie autorky Pike (2011, s. 743-749), odráží skutečnost, že složitost, rozmanitost a proměnlivost spirituality člověka je taková, že tento koncept nevyhnutelně nabývá různých významů v závislosti na současné situaci, v níž se člověk ocitne. Takže výrazy spirituality na konci života mohou být zcela odlišné oproti jiným životním fázím.

Autoři Pearce et al. (2012, s. 2269-2276) uvádějí výzkumnou studii, která ukazuje, že 91 % pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním má identifikovatelné duchovní potřeby a většina z nich touží, aby se jim jejich poskytovatelé zdravotní péče věnovali i po duchovní stránce. Bylo konstatováno, že péče zaměřená na pacienta by měla zahrnovat řešení duchovních potřeb (Puchalski et al., 2009, s. 885-904), ačkoli významná část pacientů vyjádřila, že jejich spiritualita zůstává neprozkoumaná a nenaplněná (Pearce et al., 2012, s. 2269-2276). Existují důkazy, že jak lékaři, tak všeobecné sestry uznávají, že spirituální péče je důležitým prvkem jejich role (Balboni et al., 2013, s. 46-267). Všeobecné sestry se ale často domnívají, že nejsou dobře vybavené pro takovou konverzaci (Molzahn a Shields, 2008, s. 25-29), z důvodu nedostatku školení a času (Noble, 2011, s. 230). Pociťují, že mají málo zkušeností, aby mohly kvalifikovaně identifikovat pacienty, kteří touží po vyslovení duchovních potřeb (Saguil a Phelps, 2012, s. 546-550) a mají nedostatečný přístup k měřicím nástrojům, které pomáhají při vedení rozhovorů (Abbas a Dein, 2011, s. 341-352).

Autorky Timmins a Caldeira (2017, s. 47-53) se zabývají hodnocením spirituality a duchovních potřeb pacientů v prostředí ošetrovatelské péče. K dispozici je několik standardizovaných měřicích nástrojů, které pomáhají sestram identifikovat duchovní potřeby pacientů a určit, zda prožívají duchovní strádání. Nicméně může být vhodnější neformálně posoudit spiritualitu pacientů tím, že se budou klást otevřené otázky o jejich duchovních přesvědčeních a potřebách. Je důležité, aby si sestry byly vědomy rozsahu své pravomoci při provádění tohoto posuzování a při poskytování spirituální péče a odkázaly pacienty na nemocničního kaplana nebo v případě potřeby na jiný duchovní podpůrný personál. V praxi nemusí být jasné, kdy pacienti zažívají duchovní strádání, jelikož jejich duchovní potřeby

mohou být nejasné a sestry nemusí mít konkrétní znalosti o spirituální péči, kterou by měly poskytnout. Tyto okolnosti by mohly být vhodné pro použití strukturovaného formálního nástroje pro hodnocení duchovních potřeb, který by informoval všeobecné sestry a další zdravotnické pracovníky o duchovních potřebách pacientů a ukázal, jestli prožívají problémy v duchovní oblasti. Pacienti mohou vyjádřit své duchovní potřeby tím, že vyzdvihnou duchovní témata, projeví úctu k náboženským věcem, slaví zvláštní tradici duchovního období a kladou si existenční otázky o posmrtném životě.

Pro zjištění toho, zda by byla duchovní podpora ve zdravotnických zařízeních prospěšná, by se měly všeobecné sestry nebo jiní zdravotničtí pracovníci zeptat přímo pacientů a jejich rodiny. To nejen demonstruje péči zaměřenou na člověka, ale je také přínosem pro sestry, protože to znamená, že se mohou vyhnout domněnkám o duchovních potřebách a přesvědčeních pacienta. U pacientů a rodin se předpokládá, že mají buď zvláštní duchovní potřeby, nebo nemají. Pokud si myslíme, že pacient potřebuje duchovní podporu, když tomu tak není, nebo že je věřící, když není, můžeme tím pacienta nebo jeho rodinu urazit (McSherry a Jamieson, 2011, s. 1757-1767). Navíc poskytnutí duchovní podpory, která je pro pacienty nevhodná, může být považováno za neprofesionální chování. Neposkytnutí přiměřené náboženské nebo duchovní podpory lidem, kteří mají silné náboženské přesvědčení, by mohlo být podobně urážlivé, a to zejména u těch, jejichž náboženské přesvědčení nebo praktiky byly negativně ovlivněny jejich nemocí. Například katoličtí pacienti, kteří pravidelně chodí do kostela, mohou cítit úzkost, že nejsou schopni tak činit, zatímco jsou v nemocnici. Aby se řešily některé z těchto problémů v oblasti ošetrovatelské péče, doporučuje se, aby se všeobecné sestry a jiní zdravotničtí pracovníci zapojili do předběžného posouzení, zda pacienti a jejich rodiny mají duchovní potřeby a zda potřebují podpůrnou duchovní službu, jako je např. činnost kaplana. Pacienti jsou obvykle při přijetí do nemocnice dotazováni, zda mají náboženské vyznání, ale nemusí se tomu vždy věnovat náležitá pozornost. Například během přijetí může pacient uvádět, že patří do některé církve, ale nevyjadřuje, zda praktikuje rituály a zvyky s tímto náboženstvím spojené (Timmins a Caldeira, 2017, s. 47-53).

Spíše než se jen ptát pacienta na jeho náboženské vyznání, může být lepší, pokud všeobecná sestra nebo zdravotnický pracovník zjistí, zda jedinec praktikuje víru nějakého druhu a to tak, že se ptá: „Praktikujete nějakou náboženskou víru?“ Pacienti, kteří při přijetí do nemocnice nevyjadřují žádnou náboženskou víru, mohou v pozdější době prožívat duchovní problémy, například při obtížné diagnóze nebo prognóze, složité volbě léčby a změnách nebo výzvách souvisejících se svou hospitalizací. Kaplani se při poskytnutí spirituální péče často spoléhají na doporučení sestry, když vyžadují nějaké počáteční informace nebo posouzení

duchovních potřeb pacienta. Náboženství pacientů je otázkou v nemocničních přijímacích formulářích a v ošetrovatelském posouzení, často se však některé všeobecné sestry v praxi touto otázkou nezabývají (Timmins, 2013, s. 123-137).

Řešení duchovních potřeb může poskytnout podporu pacientům a rodinám, které se vyrovnávají s náročnými nebo nečekanými situacemi (Weathers, McCarthy, Coffey, 2016, s. 79-96). Rodiče mohou mít například potíže s vyrovnáváním se s diagnózou rakoviny dítěte. Navzdory tomu, že si uvědomují, že mnoho dětí dosáhne úplného zotavení, často se obávají smrti svého dítěte (Taylor et al., 2015, s. 227-241). Rodiče v této situaci budou muset hledat způsoby, jak se s touto situací vyrovnat, a pro některé bude využití spirituality cesta, jak těžké období zvládnout. Spirituální péče může být zvláště důležitá v paliativní péči, závažném nebo život ohrožujícím onemocnění a pro starší lidi nedávno přijaté do ošetrovatelských domů, v nichž lze očekávat duchovní strádání. Sestry by měly nejprve pochopit, jak mají posoudit duchovní potřeby pacientů, aby mohly plánovat a poskytovat odpovídající spirituální péči (Timmins a Caldeira, 2017, s. 47-53). Všeobecné sestry a další zdravotničtí pracovníci by měli být schopni identifikovat a podporovat pacienty, kteří duchovně strádají, jako součást poskytování holistické péče (Balboni, Puchalski, Peteet, 2014, s. 1586-1598). Klasifikační systém NANDA International definuje duchovní strádání jako „stav utrpení související s narušenou schopností prožívat smysl života prostřednictvím spojení se sebou, jinými, světem nebo nadřazeným bytím“ (Herdman a Kamitsuru, 2014, s. 340). Duchovní potíže nastávají, když nemocný zakouší utrpení, které podkopává jeho smysl pro osobní identitu. Takový strach vyvolává otázky o tom, kdo jsem nebo proč trpím, a jsou časté u pacientů s rakovinou (Timmins a Caldeira, 2017, s. 44-52).

Všeobecné sestry by měly pochopit, že pokud je to nutné, tak je důležité odkázat pacienta na nemocničního kaplana nebo jiný duchovní podpůrný personál. Posouzení duchovního strádání a duchovních potřeb spočívá nejen v posouzení toho, zda všeobecné sestry mohou zodpovídat otázky pacientů a zkoumat jejich obavy s nimi, ale i v identifikování toho, kdy je vhodný čas k diskusi o duchovních záležitostech. V praxi si pacienti často vybírají konkrétní členy personálu, jimž vyjádří své obavy. Například mohou vyjádřit své obtíže všeobecným sestrám v noční směně, protože mají více času než všeobecné sestry v denní směně, a také prostředí je v tomto okamžiku méně rušné. Sestra by měla poskytovat duchovní podporu tam, kde se toho cítí schopna, a konzultovat danou problematiku s dalšími členy ošetrovatelského týmu, jako je kaplan (Timmins a Caldeira, 2017, s. 47-53).

2.1 Měřicí nástroje k hodnocení duchovních potřeb

Na základě analýzy dohledaných výzkumných studií byly identifikovány dvě skupiny měřicích nástrojů hodnocení duchovních potřeb v ošetrovatelské péči: **formální** a **neformální**.

Formální nástroje k hodnocení duchovních potřeb

Formální hodnocení a používání měřicích nástrojů pro hodnocení duchovních potřeb jsou převládajícím tématem v literatuře o spiritualitě. Primárním účelem hodnocení duchovních potřeb je identifikovat specifické potřeby ve spirituální péči a formulovat plán péče pro pacienty (Caldeira a Carvalho, 2013, s. 77-84). Zatímco kaplani jsou zaměstnání přibližně v polovině všech zdravotnických zařízení v USA, posouzení duchovních potřeb není odpovědností samotného kaplana zdravotní péče a může být vedeno jinými členy zdravotnického týmu (Cadge, Freese, Christakis, 2008, s. 626-630). Například Koenig (2014, s. 1161-1174) podpořil význam hodnocení duchovních potřeb ve zdravotnické profesi související s touhou pacientů, aby jejich duchovní potřeby byly uznávány a řešeny zdravotníky.

Ve zdravotnických zařízeních v zahraničí je většina plánů péče o pacienty založena na standardizovaných měřicích nástrojích. Plány péče by proto měly být založeny na řadě hodnocení pokrývajících celý rozsah péče o pacienty. Účinné hodnocení duchovních potřeb umožňuje všeobecným sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům identifikovat duchovní potřeby, zdroje a strategie zvládnání situace pacientem (Draper, 2012, s. 970-980). K dispozici je řada měřicích nástrojů pro formální posouzení duchovních potřeb. Většina těchto měřicích nástrojů zahrnuje pokládání otázek na osobní spiritualitu a rituály, víru a přesvědčení, zdroje a očekávání pacienta. Při dotazování jsou kladeny otevřené otázky, které umožňují posoudit konkrétní aspekty pacientova přesvědčení. Vzhledem k významu spirituální péče v ošetrovatelství by se mělo zvážit použití těchto formálních metod dokumentování duchovních potřeb pacientů. Je nutné zahrnout do ošetrovatelských záznamů potřeby spirituální péče, protože jsou dokladem ošetrovatelství. Pokud neexistuje žádný záznam, pak tyto duchovní potřeby a intervence nejsou viditelné. Avšak jestliže je hodnocení duchovních potřeb zahrnuto do ošetrovatelských záznamů, existuje také prohlášení o odhodlání poskytnout spirituální péči, kterou lze měřit a zdokumentovat. Je nezbytné, aby se zvážilo zvyšování vzdělání a povědomí sester o spirituální péči a vypracování pokynů pro hodnocení duchovních potřeb (Timmins a Caldeira, 2017, s. 47-53).

Autorka Monod et al. (2011, s. 1345-1357) vytvořila systematické review, jehož cílem bylo identifikovat měřicí nástroje používané v klinickém výzkumu, které posuzují různé oblasti spirituality, a navrhnout klasifikaci těchto nástrojů. Autoři našli 35 měřicích nástrojů, které

byly klasifikovány podle obecné spirituality (N = 22), duchovní pohody (N = 5), duchovního zvládnání (N = 4) a duchovních potřeb (N = 4). Nejčastěji používaným nástrojem v klinickém výzkumu byl měřicí nástroj FACIT-Sp. Údaje o psychometrických vlastnostech byly většinou omezeny na obsahovou validitu a spolehlivost. Závěry potvrzují nedostatek měřicích nástrojů, které jsou speciálně navrženy tak, aby měřily současný duchovní stav pacienta. FACIT-Sp a SIWB se jednoznačně ukázaly jako nejvíce validní měřicí nástroje pro hodnocení současného duchovního stavu pacienta. Relativně omezené údaje o psychometrických vlastnostech těchto měřicích nástrojů zdůrazňují potřebu dalšího výzkumu, aby bylo možné zjistit, zda jsou vhodné pro použití v klinické ošetrovatelské praxi.

Pro zpracování bakalářské práce bylo dohledáno 7 měřicích nástrojů používaných pro hodnocení duchovních potřeb:

- SHALOM – Spiritual Health and Life-Orientation Measure
- FICA
- HOPE
- FAITH
- WHOQOL-Spiritualita, náboženství a osobní přesvědčení (WHOQOL-SRPB)
- FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being)
- SIWB (Spirituality Index of Well-being)

V následujícím textu je věnována pozornost každému z dohledaných měřicích nástrojů. V textu se budeme věnovat obsahům měřicích nástrojů, jejich využití a hodnocení jejich psychometrických vlastností.

Prvním dohledaným měřicím nástrojem je nástroj s názvem **SHALOM – Spiritual Health and Life-Orientation Measure** pro měření spirituálního zdraví a životní orientace. Měřicí nástroj je sestaven z 20 položek, které lze použít ve výzkumu a praxi. SHALOM má čtyři domény: osobní (vztah k sobě samému), sociální (vztah k ostatním), environmentální (vztah k životnímu prostředí) a transcendentální (vztah k Bohu, či k jiné podobě transcendentna), z nichž každá obsahuje pět krátkých prohlášení. Každé prohlášení je hodnoceno na Likertově stupnici od 1 (velmi nízké) do 5 (velmi vysoké). Nástroj může být administrován samotným pacientem nebo zdravotnickým pracovníkem, který tyto otázky položí (Fisher, 2010, s. 105-121). Fisher, jenž tento nástroj sestavil, se domnívá, že rozvíjení spirituality vede k určitým stanoveným hodnotám a postojům reflektujícím spirituální zdraví jedince. V Brně byla provedena výzkumná studie, jejímž cílem bylo ověřit psychometrické

vlastnosti českého překladu tohoto měřicího nástroje. Měřicí nástroj byl podán starší české populaci (n = 209) ve věku 55 až 91 let. Výsledky ukázaly dobrou vnitřní konzistenci všech podskupin (Cronbachův alfa koeficient >0,80). Přestože původní struktura obsahovala čtyři faktory (1. faktor propojení se sebou, 2. faktor propojení s ostatními, 3. faktor propojení s prostředím, 4. faktor transcendentního propojení), pro tento měřicí nástroj se ukázalo vhodnější rozdělení na pouhé dva faktory (faktor transcendentního propojení a faktor netranscendentního propojení). Na základě výsledků byla navržena kratší a revidovaná verze původního měřicího nástroje. Nová verze měřicího nástroje SHALOM je určena pro další výzkum v klinické praxi (Marciniak et al., 2017, s. 230-244).

Další nástroj pro posouzení duchovních potřeb se nazývá **FICA**. Nástroj FICA byl vyvinut, aby pomohl zdravotnickým pracovníkům řešit duchovní problémy pacientů. FICA slouží jako průvodce pro konverzaci o duchovních potřebách v klinickém prostředí. Používá se také k identifikaci duchovních problémů, kterým pacienti čelí, duchovního strádání a duchovních sil pacientů. Měřicí nástroj se zaměřuje na tyto oblasti:

- F (Faith or belief) – víra nebo přesvědčení (Považujete se za nábožensky / duchovně založeného? Co dává vašemu životu smysl?)
- I (Importance and Influence) – význam / vliv (Jaký význam má víra ve vašem životě? Má vaše přesvědčení vliv na vypořádávání se s nemocí?)
- C (Community) – společenství (Náboženské nebo duchovní: Jste součástí náboženského nebo duchovního společenství?)
- A (Address) – směřování (Jak byste chtěl duchovní problémy řešit ve zdravotní péči?)

Výzkumná studie autorky Puchalski (2014, s. 105-106) naznačuje, že FICA je vhodným nástrojem pro klinické hodnocení spirituality a odpovědi na nástroj FICA korelovaly s mnoha aspekty kvality života, konkrétně s aspekty spirituality. Tatáž autorka provedla výzkumnou studii, kde kvantitativní hodnocení FICA a kvalitativní komentáře byly úzce spjaty s položkami z nástrojů QOL (Quality of Life), které hodnotí aspekty spirituality. Hodnoty vnitřní konzistence – Cronbachův alfa koeficient FICA nástroje se pohybovaly pro 4 subškály od 0,77-0,89, a celkově 0,93. Zdravotničtí pracovníci jsou vyzýváni k tomu, aby nepoužívali nástroj FICA jako kontrolní seznam, ale spíše se na něho spoléhali jako na návod, jak pozvat pacienta k diskusi o jeho spiritualitě. FICA dokáže posoudit několik dimenzí spirituality, identifikovat nereligiózní zdroje významu, zdůraznit zdroje duchovní podpory a rozpoznat je u těch, kteří chtějí, aby jejich duchovní potřeby byly začleněny do ošetrovatelského plánu

(Puchalski, 2010, s. 163-173). FICA poskytuje nekomplikované krátké otázky. Nástroj se explicitně zabývá vztahem mezi duchovní vírou a chováním jednotlivce v současné nemoci, což potenciálně usnadňuje rozvoj individualizovaných plánů zaměřených na pacienta. Nástroj objasní očekávání pacientů ohledně úlohy zdravotnických pracovníků při řešení duchovních potřeb (Blaber, Jone, Willis, 2015, s. 392-401). Na druhou stranu slabými stránkami tohoto nástroje je například to, že úvodní otázka „Jaká je vaše víra / přesvědčení?“ bude pravděpodobně při svém vyslovení pochopena v náboženském kontextu, čímž potenciálně odcizuje ty jedince s duchovními potřebami, kteří nejsou identifikováni s určitým náboženstvím. Dalším limitem tohoto nástroje je nejednoznačný jazyk, protože neexistuje konsenzus o tom, co znamená „být duchovní“, není jasné, jak otázka „Považujete se za duchovní?“ bude pro pacienty srozumitelná (Best, Butow, Olver, 2014, s. 1139-1145). FICA se konkrétně nezabývá terminálními událostmi nebo existenčními otázkami, které mohou mít pacienti blížící se smrti, což může potenciálně omezit aplikování v péči na konci života (Blaber, Jone, Willis, 2015, s. 392-401).

Další měřicí nástroj se nazývá **HOPE**. Otázky byly navrženy jako nástroj výuky, který pomáhá studentům ošetrovatelství a lékařům zahájit proces začlenění hodnocení duchovních potřeb do rozhovoru. Tyto otázky nebyly žádným výzkumem potvrzeny jako validní, avšak silou tohoto konkrétního přístupu je to, že umožňuje otevřené zkoumání obecných duchovních zdrojů a obav jednotlivce a slouží jako přirozené sledování diskuze o jiných podpůrných systémech. Otázky HOPE pokrývají základní oblasti dotazování, které mají zdravotníci použít ve formálních duchovních hodnoceních.

- H (Hope): zdroje naděje, síly, pohodlí, smyslu, míru, lásky a spojení (Jaké jsou vaše zdroje naděje nebo pohodlí? Co vám pomáhá během těžkých časů?)
- O (Organized religion): úloha organizovaného náboženství pro pacienty (Jste členem organizovaného náboženství? Jaké náboženské praktiky jsou pro vás důležité?)
- P (Personal spirituality / practices): osobní spiritualita a praktiky (Máte spirituální přesvědčení, oddělené od náboženství)
- E (Effects on medical care and end-of-life issues): účinky na lékařskou péči a rozhodnutí o ukončení života (Myslíte si, že máte takové spirituální přesvědčení nebo postupy, které podle vás mohou ovlivnit péči o vás?) (Timmins a Caldeira, 2017, s. 47-53).

Autoři se na začátku nástroje snažili zabránit zavádění překážek, jako jsou výrazy „duchovní“ a „náboženské“. Nahradili je proto výrazy „zdroj naděje, síly, pohody a míru“. Nástroj pak zkoumá úlohu těchto prvků při „podpoře“ jednotlivce v těžkých časech, aby objasnil jejich význam pro současné okolnosti. Poskytuje široké dotazování zaměřené na pacienty umožňující zdravotnickým pracovníkům sestavit individuální plány péče na konci života (Borneman, Ferrell, Puchalski, 2010, s. 163-173). HOPE se zabývá vztahem k organizovanému náboženství a významem pro jednotlivce, stejně tak zkoumá osobnější přesvědčení a poskytuje prostor pro flexibilitu. HOPE se konkrétně zabývá důležitostmi duchovních praktik jedince, zkoumá tradiční náboženské praktiky i úlohu hudby a přírody. Řeší otázky týkající se konce života – „E“ se soustřeďuje na rozhraní mezi spiritualitou a zdravotní péčí a zahrnuje potřeby na konci života. V této souvislosti je řešeno objasnění očekávané role zdravotnického pracovníka, jakož i činnost kaplanů (Puchalski et al., 2009, 885-904). Validita HOPE nebyla potvrzena validačními výzkumnými studiemi (Blaber, Jone, Willis, 2015, s. 392-401).

Nástroj **FAITH** navrhl Neely a Minfrod (2009, s. 181-185). FAITH poskytuje jednoduchý rámec zaměřený na pacienta pro lékaře, studenty a všeobecné sestry pro odebrání spirituální anamnézy.

- F (Faith): Máte nějakou víru, náboženskou či jiný druh víry? Co vašemu životu dává smysl? Co vám pomáhá vyrovnat se se stresovou situací?
- A (Application): Jakým způsobem uplatňujete svou víru ve svém každodenním životě? Patříte k určité církvi nebo komunitě? Je pro vás důležitá modlitba nebo meditace?
- I (Influence / importance): Vliv / význam víry v životě, v této nemoci a ve zdravotní péči. Jak vaše víra a duchovno ovlivňují váš život, vaši nemoc? Ovlivnila nemoc vaši víru?
- T (Talk, Terminal events planning): Máte někoho, komu můžete věřit a s kým můžete mluvit o duchovních nebo náboženských problémech? Pokud byste byli terminálně nemocní, máte nějaké konkrétní požadavky?
- H (Help): Existuje nějaký způsob, jakým vám všeobecná sestra nebo jiný člen zdravotního týmu může pomoci? Potřebujete pomoc s modlitbou? Chtěli byste mluvit s kaplanem? Chtěli byste diskutovat o duchovních otázkách nebo o svých přesvědčeních?

Je to užitečný měřicí nástroj, který pokrývá celou řadu témat, o nichž je známo, že jsou důležité pro spiritualitu: význam, komunita, propojenost, náboženství. Zkoumá duchovní aktivity, řeší úlohu duchovních praktik, jako je modlitba a meditace, v životě jednotlivce a ve chvílích krize. Výslovně řeší uznaný vztah mezi duchovní vírou a rozhodnutími v oblasti zdravotní péče. Řeší duchovní přesvědčení pro terminální stav. Nástroj připomíná poskytovateli zdravotní péče to, aby nabízel kaplanství jako pokračování spirituální péče (Blaber, Jone, Willis, 2015, s. 392-401). Část „Help“ stanoví roli, kterou si pacient přeje, aby zdravotník při poskytování spirituální péče přijal, a tím minimalizoval známé riziko, že pacient dostane méně duchovní podpory, než po které touží (Saguil a Phelps, 2012, s. 546-550). Validita nebyla potvrzena žádnými výzkumnými studiemi, což vede k nejistotě ohledně validity, účinnosti a spolehlivosti nástroje pro klinickou aplikaci. Není jasné, zda FAITH splňuje kritéria „stručného“ a „flexibilního“ nástroje, které se považují za klíčové atributy hodnocení duchovních potřeb. Nástroj neřeší některé prvky spirituality označené za důležité, jako je potřeba naděje, zhodnocení krásy a přijetí smrti. Lze tvrdit, že nástroj má křesťanskou zaujatost, což se odráží například ve slovech, jako je „církev“, která se vyskytuje v dotazování na žádost po společenství. To může omezit použití nástroje v klinické praxi (Blaber, Jone, Willis, 2015, s. 392-401).

Validován v největší a nejrůznější populaci je nástroj kvality života společnosti WHOQOL – **Spiritualita, náboženství a osobní přesvědčení (WHOQOL-SRPB)** (World Health Organization's Quality Of Life – Spirituality, Religion and Personal Beliefs). Nástroj obsahuje 32 položek s hodnocením na Likertově stupnici (od 0 = vůbec až 5 = velmi). Měřicí nástroj zahrnuje osm oblastí – duchovní spojení, význam a smysl života, zkušenosti s hrůzou a se zázraky, celistvost a integrace, spirituální síla, vnitřní mír, víra, naděje a optimismus. Nástroj byl validován v 18 zemích s 5 087 účastníky. Cronbachův alfa koeficient odpovídal hodnotě 0,91 (Giovagnoli, Da Silva, Federico, 2009, s. 155-163). Chan, Verplanken a Skevington (2017, s. 291) provedli výzkumnou studii, jejímž cílem bylo zjistit mezikulturní uplatnitelnost, validitu a reliabilitu WHOQOL-SRPB v čínské komunitě. Během dvou týdnů byla hodnocena retestová reliabilita. Hodnota Cronbachova koeficientu byla vynikající pro SRPB ($\alpha = 0,92$). Spolehlivost test-retestu SRPB $\alpha = 0,95$.

Široce používaným nástrojem pro měření spirituality v oblasti zdraví je od 1996 **FACIT-Sp** (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being), jenž se skládá z 12 položek. FACIT-Sp se zabývá spirituální pohodou v souvislosti s kvalitou života u lidí s vážnými chorobami. Někdy se tato škála také označuje jako FACIT-sp-12, jelikož má 12 položek, jak je zmíněno výše.

Nástroj FACIT-Sp je tvořen dvěma subškálami: Smysl / vnitřní klid a víra. Hodnotí se pomocí Likertovy stupnice (od 0 = vůbec až 5 = velmi). Položky se zaměřují např. na pocit klidu, důvod k životu, produktivitu života, pocit smyslu v životě, vnitřní harmonii, nalezení pohodlí a síly ve víře či duchovním přesvědčení (Munoz, Salsman, Stein, 2015, s. 1838-1844). Nástroj byl v roce 2015 validován u hospitalizovaných starších pacientů. Hodnota Cronbachova alfa koeficientu činila 0,85 (Monod et al., 2015, s. 1311). Dále byl nástroj přeložen a validován v mnoha státech například ve Švédsku, Dánsku, Japonsku, Norsku, Švýcarsku, Itálii, Řecku, Brazílii, Iránu, Francii, Turecku, a nejen v těch (Šarníková a Maliňáková, 2018, s. 116). Autorky Šarníková a Maliňáková (2018, s. 114-125) z Univerzity Palackého v Olomouci analyzovaly českou verzi FACIT-sp modifikovanou pro zdravou populaci. Reprezentativním vzorkem bylo 1000 respondentů obou pohlaví od 15 let věku. Autoři měřili duchovní pohodu a základní socioekonomické informace. Měřicí nástroj vykazuje přijatelnou hodnotu Cronbachova alfa koeficientu 0,7 (Šarníková et al., 2018, s. 114-125). V roce 2015 byla v USA provedena výzkumná studie u onkologicky nemocných. Výsledky byly přijatelné, hodnota Cronbachova alfa koeficientu $>0,7$ (Munoz, Salsman, Stein, 2015, s. 1838-1844).

Měřicí nástroj **SIWB** (Spirituality Index of Well-being) obsahuje 12 položek: 6 z domény vlastní schopnosti a 6 z domény schématu života.

SIWB obsahuje tyto položky:

- Nemohu toho moc udělat, abych si pomohl/a.
- Často neexistuje způsob, jak dokončit to, co jsem začal.
- Nemohu porozumět svým problémům.
- Jsem zdrcen, když mám osobní potíže a problémy.
- Nevím, jak začít své problémy řešit.
- Nemohu udělat mnoho, abych mohl změnit svůj život.
- Dosud jsem nenalezl svůj životní cíl.
- Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel nebo kam jdu.
- Můj život neměl smysl.
- Nevím, kam v tomto světě patřím.
- Jsem daleko od pochopení smyslu života.
- V této době je v mém životě velká prázdnota.

Položky jsou hodnoceny pomocí Likertovy stupnice následovně: 1 = velmi nesouhlasí; 2 = nesouhlasí; 3 = ani nesouhlasí ani souhlasí; 4 = souhlasí; 5 = velmi souhlasí.

Byla provedena výzkumná studie, v níž se posuzovala validita SIWB nástroje u 150 lidí starších 65 let a bylo dosaženo hodnoty Cronbachova alfa koeficientu 0,91 (Lee a Salman, 2016, s. 206-211). SIWB byl hodnocen o rok později u 416 starších pacientů žijících v Číně a Cronbachův alfa koeficient činil ve výsledku 0,94 (Wu, Yang, Koo, 2017, s. 1-7).

Hodnocení duchovních potřeb neformálně

Formální hodnocení je systematické a standardizované hodnocení v pravidelných předem stanovených intervalech, zatímco neformální hodnocení probíhá během každodenního styku s pacientem (Pilařová, 2008, s. 55). Odborná literatura naznačuje, že může být vhodný otevřený, kvalitativní přístup k hodnocení duchovních potřeb (Draper, 2012, s. 970-980). Hodnocení duchovních potřeb by mělo vycházet z individuálních potřeb pacienta. Styl a jazyk používaný v hodnoceních by měl být jasný a bezprostřední pro podporu účasti pacientů, a skupiny pacientů by mohly být zapojeny do rozvíjení těchto hodnocení tím, že identifikují důležité otázky, které je třeba zahrnout (Timmins a Caldeira, 2017, s. 47-53).

Royal College of Nursing (2011, s. 1-13) uvádí některé příklady otevřených otázek, které by všeobecné sestry mohly neformálně použít pro posouzení duchovních potřeb pacienta. Tyto otázky je možné položit, když pacient diskutuje o svém duchovním nebo náboženském přesvědčení nebo o posouzení dalších aspektů péče.

- Jaké zdroje pomoci nebo podpory máte, když je pro vás život obtížný?
- Dáváte nějaký smysl tomu, co se vám stalo?
- Chtěli byste se setkat s někým, kdo vám může pomoci?
- Chtěli byste vidět někoho, s kým si můžete promluvit nebo přemýšlet o důsledcích této nemoci nebo životní události?
- Můžeme hovořit o věcech, ve kterých vám mohu pomoci jako sestra?
- Jaká jsou vaše přesvědčení?

Používání formálních nástrojů hodnocení duchovních potřeb má určitá omezení, nemusí být například pro tuto oblast vhodné vzhledem k citlivosti tématu. Posuzování duchovních potřeb pacientů by možná mělo být více průzkumným a méně standardizovaným procesem. Nemocniční kaplani používají v mnoha případech při hodnocení duchovních potřeb neformální a diskrétní přístup. Posouzení duchovních potřeb může být spíše proces, než konkrétní situace nebo seznam. V některých případech však nemusí mít všeobecné sestry nebo jiní zdravotničtí pracovníci příležitost k rozvíjení vztahu důvěry s pacienty, nebo pro kontinuitu péče a čas pro zkoumání obav pacientů (Timmins a Caldeira, 2017, s. 47-53).

Společnost The Joint Commission v roce 2016 navrhla na svých oficiálních webových stránkách (The Joint Commission, ©2016) v rámci vytvoření standardů některé neformální screeningové otázky týkající se spirituality, např.:

- Kdo nebo co poskytuje pacientovi sílu a naději?
- Modlí se pacient?
- Jak vyjadřuje pacient svou spiritualitu?
- Jak by pacient popsal svou životní filosofii?
- Jaký druh duchovní nebo náboženské podpory pacient potřebuje?
- Co pro pacienta znamená utrpení?
- Co pro pacienta znamená umírání?
- Jaké jsou duchovní cíle pacienta?
- Má v životě pacienta roli kostel nebo synagoga?
- Jak pomáhá víra pacientovi zvládnout onemocnění?
- Jak pacient tráví den?
- Co pomáhá pacientovi projít touto zdravotní péčí?
- Jak nemoc postihla pacienta a jeho rodinu?

Stručný nástin otázek, které The Joint Commission a RCN uvádí, je vhodný pro otevřené neformální účely spíše než použití formálních nástrojů, jako jsou HOPE nebo SHALOM. Celkově by měl být typ a formát použitých otázek vhodný pro ošetrovatelskou péči a určitou skupinu pacientů, neboť je nepravděpodobné, že by jeden nástroj pro hodnocení duchovních potřeb byl vhodný pro všechny. Mělo by se zvážit používání nástrojů pro hodnocení duchovních potřeb, ale nemusí to být nutně úloha jednoho zdravotnického pracovníka, spíše je to role všeobecných sester, lékařů a zdravotnických odborníků na základě společné definice spirituality a pokynů pro posouzení v duchovní oblasti. Tato hodnocení by měla být založena na individualitě pacienta. Jazyk používaný v nástrojích pro hodnocení duchovní oblasti by měl být jasný a otevřený pro podporu účasti pacientů a skupiny pacientů by měly být zapojeny do jejich vývoje (Timmins a Caldeira, 2017, s. 47-53).

2.2 Intervence ve spirituální péči

Spiritualita je subjektivní a individuální, proto by poskytování spirituální péče mělo být také individuální. Požadavky pacienta, ať už verbální nebo neverbální, například pláč nebo zamlklost, by měly být považovány za nejdůležitější znamení pro volbu vhodných intervencí spirituální péče. Cílem této péče je podporovat pacienty, aby udržovali vědomí o smyslu svého života, zejména v době zranění nebo nemoci. Všeobecné sestry hrají důležitou roli při zavádění vhodných intervencí spirituální péče s využitím klinického myšlení v rámci ošetrovatelského procesu (Timmins a Caldeira, 2017, s. 54-60). Autoři Sinclair a Bouchal (2012, s. 319-327) naznačují, že spirituální péče je založena na tichých kvalitách – vnitřních kvalitách, hodnotách a duchovní víře zdravotníků a jejich vlivu na duchovní blaho pacientů spíše, než na jejich technické dovednosti nebo odborné znalosti. Schopnost poskytovat spirituální péči odpovídá věku všeobecné sestry, vzdělání a přesvědčení sestry, že umí řešit duchovní záležitosti (Giske a Cone, 2015, s. 2926-2935).

Van Leeuwen a Tiesinga (2009, s. 2857-2869) identifikovali tři základní oblasti schopností všeobecných sester poskytnout spirituální péči: povědomí a sebeuplatnění, duchovní dimenze ošetrovatelského procesu, jistota a kvalita odborných znalostí. První doména se týká využití osobní zkušenosti všeobecné sestry při zjišťování obav pacientů, kteří mají onemocnění nebo zranění, s cílem snížit jejich strach. Všeobecné sestry mohou využít své minulé zkušenosti s péčí o pacienty s duchovním strádáním nebo duchovními potřebami, aby zlepšily péči budoucí. Při zachování anonymity minulých pacientů mohou všeobecné sestry s aktuálním pacientem diskutovat o tom, co ostatním v podobných situacích pomohlo. Druhá oblast zahrnuje klinické zdůvodnění související s ošetrovatelským procesem, jeho hodnocením, diagnózou, intervencemi a výsledky, které lze použít při poskytování spirituální péče. Ve vztahu ke spiritualitě zahrnuje klinické uvažování potřeby pacientů, kteří mohou prožívat existenční pochybnosti a úzkosti. Třetí doména zahrnuje zajištění efektivní spirituální péče, jakož i etické aspekty spirituální péče. Všeobecné sestry by měly pacienty odkázat na další služby pro další duchovní podporu, pokud je to nutné, nebo je to považováno za prospěšné. Spirituální péči může poskytnout nemocniční kaplan, další členové multidisciplinárního týmu a pacientova rodina. Ti všichni mohou hrát důležitou roli pro uzdravení a duševní pohodu pacienta.

Aby zjistily, kdy pacient vyžaduje spirituální péči, měly by být sestry schopny naslouchání, sledování a porozumění verbálním a neverbálním podnětům pacienta. Tyto náznaky mohou být jemnými indikátory duchovních potřeb pacienta (Giske a Cone, 2015,

s. 2926-2935). Duchovní posouzení je nepřetržitý proces shromažďování informací od pacientů prostřednictvím pozorování, dotazování a používání hodnoticích nástrojů k podpoře klinického uvažování sester a k určení vhodných intervencí spirituální péče. Výzkum o ošetrovatelské diagnóze duchovního strádání identifikoval některé charakteristiky, které jsou časté, citlivé, specifické a v duchovním strádání předvídatelné, jako je vyjadřování utrpení, pocit nedostatku smyslu života, pocit beznaděje, odcizení, úzkost, obavy (Caldeira a Carvalho, 2014, s 28-34). Tyto definující charakteristiky mohou být pro sestry užitečné, protože mohou signalizovat diagnózu duchovního strádání nebo ukazovat na další duchovní potřeby. Některé relevantní ošetrovatelské diagnózy týkající se spirituality byly identifikovány společností NANDA International a zahrnují tyto tři domény (Herdman a Kamitsuru, 2015, s. 235-342):

- Sebepercepce (doména č. 6) – *snaha zvýšit naději, beznaděj, riziko oslabené lidské důstojnosti.*
- Zvládání / tolerance zátěže (doména č. 9) – *neefektivní zvládání zátěže, snaha zlepšit zvládání zátěže, zhoršená odolnost, snaha zvýšit odolnost, riziko zhoršené odolnosti.*
- Životní principy (doména č. 10) – *zhoršená religiozita, snaha zlepšit religiozitu, riziko zhoršené religiozity, duchovní strádání, riziko duchovního strádání.*

Existuje několik ošetrovatelských intervencí, které mohou být zapojeny do poskytování účinné spirituální péče. Autoři Sinclair a Bouchal (2012, s. 319-327) zkoumali poskytování spirituální péče během 12 měsíců s využitím kvalitativního přístupu etnografie. Na základě pozorování definovali pět základních intervencí: sluch, zrak, řeč, dotyk a přítomnost. Zjistili, že je důležité integrovat tyto intervence s vnitřními kvalitami zdravotnických pracovníků, včetně jejich hodnot a duchovních přesvědčení.

1. Sluch

Intuitivní poslech byl popsán jako posílená forma sluchu zaměřená na podtext životního příběhu pacienta souvisejícího s jeho nemocí. Intuitivní poslech věnoval zvláštní pozornost tónu rozhovoru, tichu mezi větami a implicitním zprávám, což účastníkům umožnilo hlubší pochopení potřeb pacienta. Schopnost intuitivního poslechu také zahrnovala otevření sebe pro vedení vyšší mocí nebo Bohem. Zdrojem léčení pak bylo převyšování sebe sama. Intuitivní poslech vyžadoval a pěstoval **pokoru** ze strany zdravotníků, protože nacházeli působení spirituální péče mimo sebe.

2. Pohled

Pojem **vidět oduševněle** se lišil od pouhého vizuálního vnímání. Účastníci výzkumné studie se dívali mimo povrch a zaměřovali se na podstatu a posvátnost osoby. V rámci pojmu

„vidět oduševněle“ také náleželo věnovat pozornost estetice pokoje pacienta – obrazy zdobící zdi či pohlednice na nočním stolku a jiné předměty. **Vidět celou osobu** umožnilo zdravotnickým pracovníkům poskytovat pacientovi lepší péči. Pracovníci zdůraznili bezpodmínečné přijetí pacienta, bez ohledu na to, jak si pacient uvědomuje své problémy nebo jeho schopnost je změnit.

3. Řeč

Často bylo uváděno, že spoléhání se na verbální komunikaci brání efektivní spirituální péči. Zdravotníci zdůraznili, že je důležité **moudře slova vybírat**. Účastníci místo toho upřednostňovali duchovní zážitky.

4. Dotyk

Zdravotničtí pracovníci rozpoznali dotek jako základní intervenci v poskytování spirituální péče. To zahrnovalo **empatický dotek**, jako například držení pacienta za ruku nebo uklidnění jemným přiložením ruky na rameno pacienta. Fyzická péče často vytvářela přirozený základ důvěrnosti ve vztahu.

5. Přítomnost

Přítomnost byla viděna jako vyzařování podstaty nebo duše jednotlivce. Přítomnost nebyla založena na odborné způsobilosti zdravotnického pracovníka, ale na jeho charakteru, přesvědčení, chování a nadání v rámci jeho klinické praxe. Základním prvkem konceptualizace přítomnosti zdravotníků byla **zranitelnost**. Zranitelnost umožnila účastníkům rozpoznat, že mají s pacienty společnou lidskou identitu, z čehož vyplývá pocit rovnocennosti.

Spirituální péče by měla být založena na: řešení individuálních duchovních potřeb pacienta, podpoře tvorby smyslu, spojení a transcendence, zmírnění utrpení, a zlepšování pocitu pohody pacienta (Weathers, Mccarthy, Coffey, 2016, s. 79-96). Některé intervence zahrnují „činnosti“, jako je modlitba, naslouchání, žádost o přítomnost kaplanů a předčítání, zatímco jiné zahrnují „bytí“ a týkají se intervencí sester a použití osobních schopností nebo vlastností při udržování vztahů mezi sestrami a pacienty. Všeobecné sestry poskytující fyzickou péči mohou pozorovat, poslouchat a požádat pacienta o informace o duchovních záležitostech (McSherry a Jamieson, 2011, s. 1757-1767). Nicméně když sestry vnímají, že nemají potřebný čas, vhodné prostředí nebo podmínky pro zajištění odpovídající péče, upřednostňují fyzickou péči před poskytnutím duchovního komfortu nebo podpory (Ausserhofer a Zander, 2014, 126-135).

Autoři Polzer Casarez a Engebretson (2012, s. 2099-2107) zjistili, že strategie vhodné spirituální péče zahrnují naslouchání a otázky týkající se duchovní oblasti. Jiné intervence spirituální péče pro pacienty s ošetrovatelskou diagnózou duchovního strádání zahrnují (Burkhart et al., 2011, s. 2463-2472):

- aktivní naslouchání pacienta
- usnadnit odpuštění
- usnadnit vypořádávání se se smutkem
- podpora naděje
- použití humoru
- hudební terapie
- terapeutická přítomnost
- komunikace, například s kaplany nebo jinými zdravotníky
- reminiscenční terapie
- zvýšení sebevědomí
- vzpomínání nad fotografiemi
- jednoduchá masáž
- jednoduchá relaxační terapie
- duchovní podpora, včetně modlitby podle požadavku pacienta
- léčebný dotek

Zpětné hodnocení života zahrnuje důležité okamžiky a lidi, vztahy, úspěchy, kdy pacient cítil pocit naplnění (Ando a Morita, 2010, s. 993-1002). Arteterapie může být také přínosná, zahrnující použití několika forem umění pro zlepšení pohody a zlepšení tvořivosti (Geue a Richter, 2013, s. 345-352). Sestry mohou usnadnit náboženské a duchovní prožitky tím, že podporují využívání posvátných prostorů a spolupracují s rodinou pacienta, která je často nejdůležitějším zdrojem podpory v životě pacienta (Taylor et al., 2015, s. 227-241).

Puchalska (2009, s. 885) identifikovala intervence, které podporují spirituální zdraví. Tyto intervence rozdělila do tří kategorií: terapeutické komunikační techniky, samotná terapie a péče o sebe sama.

Terapeutické komunikační intervence zahrnují soucitnou přítomnost, naslouchání, dotazování se na důležité životní situace, podporu pacientových duchovních zdrojů síly, otevřené otázky o pocitech, o duchovních přesvědčeních, hodnotách a duchovní praxi, zájem o životní historii pacienta, poslech jeho příběhu.

Intervence vztahující se k **samotné terapii** obsahují řízenou vizualizaci bolesti, progresivní relaxaci, dýchací cvičení nebo kontemplaci, což znamená terapii, která se zaměřuje na nalezení smyslu života, postoupení k poskytovateli spirituální péče.

A poslední kategorie intervence „**péče o sebe**“ zahrnuje masáž, smíření se se sebou nebo jinými, duchovní podpůrné skupiny, meditace, náboženskou / duchovní četbu nebo rituály, jógu, tai-či, cvičení, arteterapii, muzikoterapii, tanec.

Ovšem některé tyto intervence nejsou potvrzené výzkumnými studiemi. Například výzkumná studie autorů Alvarenga et al. (2018, s. 192-204) měla za cíl vyhodnotit účinky hudebních intervencí na spiritualitu pacientů pomocí systematického review. Bylo identifikováno celkem 147 studií, z nichž 7 splňovalo kritéria pro zařazení do systematického přehledu. Jen tři studie byly spojeny se zlepšením spirituality po hudební intervenci. Po vyhodnocení nedošlo k potvrzení pozitivního dopadu hudební intervence na spiritualitu u pacientů, proto je doporučeno vykonání dalších výzkumných studií na toto téma.

Autoři Johnson et al. (2011, s. 223) v publikaci *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions* předkládají a shrnují intervence jako je biblioterapie, podpora k prožívání odpuštění ve vztahu k sobě, k jiným a k vyšší moci, pomoc při hledání naděje, meditace, muzikoterapie, podpora zvýšení sebevědomí pacienta tím, že sám pacient pochopí svoje myšlenky, pocity, motivace a chování, podpora účasti pacienta na náboženských rituálech, posílení pacienta k samostatné změně, jež by vedla k dosažení osobně důležitých cílů.

Spirituální péče může zahrnovat „dělání“ a „bytí“. Všeobecné sestry by měly věnovat pozornost duchovním potřebám pacientů a poskytovat přiměřené intervence spirituální péče vedoucí k blahu pacienta a podporovat je, aby našel ve svém životě během nemoci nebo zranění smysl. Efektivní komunikace je nezbytná pro poskytnutí smysluplné spirituální péče, proto mají sestry důležitou roli při podpoře pacientů, kteří prožívají duchovní potíže nebo kteří vyjadřují duchovní potřeby. Sestry by si měly být vědomy svých vlastních duchovních přesvědčení a veškerých překážek při poskytování spirituální péče. Může být prospěšné zapojit do spirituální péče pacienta ostatní lidi, jako jsou například rodinní příslušníci, nemocniční kaplani a členové multidisciplinárního týmu. To je důležité pro to, aby pacient řídil svou spirituální péči a aby mu byla zajištěna vhodná péče přizpůsobená jeho potřebám (Timmins a Caldeira, 2017, s. 54-60).

2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Z dohledaných studií vyplývá, že neexistuje jediná daná definice spirituality. Z psychologického hlediska si každý autor spiritualitu vysvětluje trochu jinak. V ošetrovatelské péči je jasně definované spirituální zdraví v publikaci NOC (Nursing Outcomes Classification) a duchovní strádání v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA – International. To, co mají různé definice spirituality společné, je smysl života, propojenost s ostatními a hledání transcendentna. Je důležité myslet na to, že spiritualita není totéž, co religiozita, která souvisí s náboženstvím, ale že religiozita může být u pacienta složkou spirituality, a proto je nutné na ni nezapomínat.

Protože není stanovena jasná definice spirituality, je obtížné vytvořit validní hodnoticí nástroj pro měření duchovních potřeb. Existuje jich opravdu velké množství, bohužel každý má nějaké limity (např. některý nástroj se více zaměřuje na religiozitu, některé otázky jsou nevhodně formulované, nástroje nezahrnují spirituální požadavky pacienta přímo v ošetrovatelské péči, nebo je některý nástroj vhodný jen u onkologicky nemocného pacienta, kde jsou zařazeny otázky týkající se terminální fáze života). Ne všechny nástroje, které jsou uvedené v této práci, jsou validní, i přesto se však v praxi využívají a jsou doporučovány. **FACIT-Sp** a **SIWB** jsou nejvíce validovanými nástroji a měří současný spirituální stav pacienta. Nadále je ale doporučován další výzkum těchto měřicích nástrojů. U těchto nástrojů jsou dané otázky a hodnocení na Likertově stupnici, což může omezit spontánní rozhovor s pacientem o duchovních potřebách. Jsou navrženy a využívány nástroje, např. **FICA**, **HOPE**, **FAITH**, které obsahují otevřené otázky, což umožňuje všeobecné sestře hlouběji prozkoumat spiritualitu pacienta a posílit vzájemný vztah mezi nimi. Záleží ale také na komunikační úrovni všeobecné sestry. Pozitivní na těchto nástrojích je také to, že každé jejich písmeno představuje určitou oblast, na kterou se všeobecná sestra v měřicím nástroji zaměřuje (např. F (faith), I (importance, influence), C (community), A (address)), a tím se nabízí jako mnemotechnická pomůcka, kterou sestra může využít při každodenním kontaktu s pacientem, aniž by používala tento nástroj, tedy hodnotila formálním způsobem. Ovšem to limituje české všeobecné sestry. Tyto zahraniční nástroje by všeobecné sestry mohly inspirovat a vést k vytvoření validního nástroje pro českou populaci. Například validovaný měřicí nástroj **FICA** už v České republice popsán byl, a díky tomu mohou všeobecné sestry jeho otázky využít v praxi. Pro mnoho sester může dialog s pacientem o jeho duchovních potřebách představovat „ocitnutí se na tenkém ledě“, a i přes dnešní zdůrazňování holistického ošetrovatelství se všeobecné sestry této významné části v ošetrovatelské péči vyhýbají. V České republice v přijímací anamnéze máme

jen kolonku obsahující možnost využití kaplana. Sestra se pacienta zeptá, zda by si přál kaplana, a tím pro ni končí hodnocení pacientovy spirituality.

Poslední kapitola předkládá různé intervence, jaké sestra může využít, pokud identifikuje nedostatek spirituální pohody. Autoři uvedení v této práci rozdělují intervence do určitých kategorií. Po shrnutí těchto poznatků se však autoři shodují na aktivním naslouchání, podpoře pacienta k odpuštění sobě či jiným v jeho životě, dodržování určitých rituálů pacienta, muzikoterapii, přítomnosti všeobecné sestry u pacienta. Shodují se též na tom, že by se všeobecná sestra měla zajímat o životní historii pacienta, kdy si pacient vzpomene na své úspěšné okamžiky v životě a díky tomu znovu nalezne smysl života. Pro tyto intervence je však doporučován další výzkum, který by potvrdil, že jsou opravdu účinné. Všeobecným sestřám přesto tyto intervence překládají možnosti, jak nenaplněné duchovní potřeby řešit.

Řešení duchovních potřeb není jen úkolem kaplana, ale též všeobecné sestry, která s pacientem tráví nejvíce času, a tím může identifikovat mnoho faktorů, které duchovní strádání zapříčiňují. Tato oblast vyžaduje zapojení dalších odborníků i z jiných odvětví, jako je psycholog, kněz či jiný duchovní a spolupracovníků všeobecné sestry. K tomu je důležitý multidisciplinární tým a ochota v něm spolupracovat. Všeobecné sestry by se neměly bát o spiritualitě s pacientem mluvit. Ale proto, aby tomu tak bylo, je žádoucí je v této oblasti vzdělávat a objasnit jim vůbec pojem „spiritualita“, vést je k uvědomění si jejich vlastní spirituality, naučit je nevnučovat své životní přesvědčení pacientům a jejich rodinám, a na neposledním místě citlivě a opatrně komunikovat o pacientově spiritualitě.

ZÁVĚR

Spirituální péče je uznávána jako důležitý aspekt dobré ošetrovatelské péče. Definice spirituality není zcela jednotná. Péče zaměřená na pacienta by měla zahrnovat posouzení a řešení duchovních potřeb, avšak u značné části pacientů bylo zjištěno, že jejich spiritualita zůstává neprozkoumána a duchovní potřeby nenaplněny (Pearce et al., 2012, s. 2269-2276).

Hlavní cíl bakalářské práce byl rozdělen do tří dílčích cílů. První dílčí cíl se zabýval spiritualitou jako pojmem a jeho významem pro ošetrovatelskou péči. Bylo v něm předloženo několik definic spirituality. Pro ošetrovatelskou péči je především důležitá definice spirituálního zdraví ale i duchovního strádání. Práce předkládá studie autorů, které uvádějí, že u značné části pacientů nejsou duchovní potřeby dostatečně satureovány. Existují důkazy, že všeobecné sestry uznávají, že spirituální péče je důležitým prvkem jejich role. Všeobecné sestry a další zdravotničtí pracovníci by měli být schopni identifikovat a podporovat pacienty, kteří duchovně strádají. Dílčího cíle bylo dohledanými a předloženými informacemi dosaženo.

Druhý dílčí cíl se zabýval měřicími nástroji využívanými pro hodnocení duchovních potřeb pacienta. Obsahuje jak formální, tak neformální hodnocení. K dispozici je několik formálních nástrojů, které pomáhají všeobecným sestrám identifikovat duchovní potřeby pacientů a zjistit, zda prožívají duchovní strádání. Práce předkládá sedm používaných nástrojů pro posouzení duchovních potřeb a jejich obsah. Relativně omezené dostupné údaje o psychometrických vlastnostech těchto nástrojů poukazují na potřebu dalšího výzkumu, aby bylo možné určit jejich vhodnost pro realizaci duchovních intervencí. Nástroje, které mají nejvyšší hodnotu Cronbachova koeficientu a zároveň posuzují současný duchovní stav, jsou **FACIT-Sp** a **SIWB**. Dalším validním nástrojem pro posuzování spirituality pacienta je **FICA** nástroj. Nicméně může být vhodnější neformálně posoudit spiritualitu pacientů tím, že se budou klást otevřené otázky o jejich duchovních přesvědčeních a potřebách. Dílčího cíle bylo dohledanými a předloženými informacemi dosaženo.

Třetí dílčí cíl se zabýval intervencemi všeobecné sestry v oblasti duchovních potřeb. Práce předkládá výzkumné studie několika autorů, kteří se intervencemi ve spirituální péči zabývají. Dílčího cíle bylo dohledanými a předloženými informacemi dosaženo.

Dohledané informace a jejich sumarizace by mohly sloužit všeobecným sestrám a studentům oboru ošetrovatelství k tomu, aby dokázali posoudit duchovní potřeby pacienta a implementovat některé ošetrovatelské intervence v této oblasti do klinické ošetrovatelské praxe.

REFERENČNÍ SEZNAM

- ABBAS, S. Q, DEIN, S. 2011. The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: A qualitative study. *Mental Health, Religion & Culture* [online], 14(4), 341-352 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1080/13674671003716780.
- ALVARENGA, W. D. A., LEITE, A. C. A. B., OLIVEIRA, M. S., NASCIMENTO, L. C., SILVA-RODRIGUES, F. M., NUNES, M. D. R., a CARVALHO, E. C. D. 2018. The effect of music on the spirituality of patients: a systematic review. *Journal of Holistic Nursing* [online], 36(2), 192-204. [cit. 2018-09-10].
- ANDO, M., MORITA, T. 2010. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management* [online], 39(6), 993-1002 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320.
- AUSSERHOFER, D., ZANDER, B. 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf* [online], 23(2), 126-135 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318.
- BALBONI, M. J., SULLIVAN, A., AMOBI, A., PHELPS, A. C., GORMAN, D. P. a ZOLLFRANK, A. 2013. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology* [online], 31(4), 461 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1200/JCO.2012.44.6443.
- BALBONI, M. J., PUCHALSKI, C. M. a PETEET, J. R. 2014. The relationship between medicine, spirituality and religion: three models for integration. *Journal of Religion and Health* [online], 53(5), 1586-1598 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1007/s10943-014-9901-8.
- BELZEN, J. A. 2005. In Defense of the Object: On Trends and Directions in Psychology of Religion. *International Journal for the Psychology of Religion* [online], 15(1), 1-16. [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1207/s15327582ijpr1501_1.
- BEST, M., BUTOW, P. a OLVER, I. 2014. The doctor's role in helping dying patients with cancer achieve peace: a qualitative study. *Palliative medicine* [online], 28(9), 1139-1145 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1177/0269216314536455.
- BLABER, M., JONE, J. a WILLIS, D. 2015. Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings?. *International journal of palliative nursing* [online], 21(9), 430-438 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.12968/ijpn.2015.21.9.430.

- BORNEMAN, T., FERRELL, B. a PUCHALSKI, C. M. 2010. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *Journal of pain and symptom management* [online], 40(2), 163-173 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019.
- BURKHART, L., SCHMIDT, L., HOGAN, N. 2011. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *Journal of Advanced Nursing* [online], 67, 2463–2472 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05654.x.
- CADGE, W., FREESE, J., a CHRISTAKIS, N. A. 2008. The provision of hospital chaplaincy in the United States: A national overview. *Southern Medical Journal* [online], 101(6), 626-630 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181706856.
- CALDEIRA, S., TIMMINS, F., DE CARVALHO, E. C., a VIEIRA, M. 2017. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *International journal of nursing knowledge* [online], 28(1), 44-52 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/2047-3095.12105.
- CALDEIRA, S., CARVALHO, E. 2013. Spiritual distress - Proposing a new definition and defining characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge* [online], 24(2), 77-84 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x.
- CALDEIRA, S., CARVALHO, E. 2014. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. *Revista latino-americana de enfermagem* [online], 22(1), 28-34 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1590/0104-1169.3073.2382.
- CHAN, K., VERPLANKEN, B. a SKEVINGTON, S. 2017. Cross cultural application of the WHOQOL-SRPB in the chinese community with diverse spiritual affiliations. *Social indicators research* [online], 132(1), 291-312. [cit. 2018-09-10] Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1308-3>.
- DRAPER, P. 2012. An integrative review of spiritual assessment: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management* [online], 20(8), 970-980. Dostupné z: doi: 10.1111/jonm.12005.
- EMMONS, R. A. 1999. *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality* [online]. New York, NY, US: Guilford Press. ISBN 9781572309357.

- FISHER, J. 2010. Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions* [online], 1(1), 105-121 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi.org/10.3390/rel1010105.
- GEUE, K., RICHTER, R. 2013. An art therapy intervention for cancer patients in the ambulant aftercare—results from a non-randomised controlled study. *European journal of cancer care* [online], 22(3), 345-352 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/ecc.12037.
- GIJSBERTS, M. J. H., ECHELD, M. A., VAN DER STEEN, J. T., MULLER, M. T., OTTEN, R. H., RIBBE, M. W. a DELIENS, L. 2011. Spirituality at the end of life: conceptualization of measurable aspects—a systematic review. *Journal of palliative medicine* [online], 14(7), 852-863 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1089/jpm.2010.0356.
- GIOVAGNOLI, A. R., DA SILVA, A. M. a FEDERICO, A. 2009. On the personal facets of quality of life in chronic neurological disorders. *Behavioural neurology* [online], 21(3-4), 155-163 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.3233/BEN-2009-0243.
- GISKE, T., CONE, P. H. 2015. Discerning the healing path—how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of clinical nursing* [online], 24(19-20), 2926-2935 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/jocn.12907.
- HERDMAN, T. H. a KAMITSURU S., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- JIRÁSEK, I. 2015. Spiritualita a zdraví: ideové podloží pro zkoumání empirických dat. *Československá psychologie*, 59(2), 174-186. ISSN 0009-062X.
- JOHNSON, M., BULECHEK, G. M., DOCHTERMAN, J. M. M., MAAS, M. L., MOORHEAD, S., SWANSON, E. a BUTCHER, H. K. 2011. *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions-E-Book: Nursing Diagnosis, Outcomes, and Interventions*. Elsevier Health Sciences. ISBN: 978-0-323-07703-3.
- KOENIG, H. G. 2014. The spiritual care team: Enabling the practice of whole person medicine. *Religions* [online], 5(4), 1161-1174 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi.org/10.3390/rel5041161.
- LEE, Y. H., SALMAN, A. 2016. Evaluation of using the chinese version of the spirituality index of well-being (siwb) scale in taiwanese elders. *Applied nursing research*, 32, 206-211. [cit. 2018-09-10] Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.008.

- MARCINIAK, R., ŠEREK, J., SHEARDOVÁ, K., HUDEČEK, D. a HORT, J. 2017. Psychometrické charakteristiky dotazníku SHALOM u starší české populace. *Československá psychologie* [online], 61(3), 230-244 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: cspsych.psu.cas.cz/result.php?id=975.
- MCSHERRY, W., JAMIESON, S. 2011. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* [online], 20(11-12), 1757-1767 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x.
- MOLZAHN, A. E. 2008. Why is it so hard to talk about spirituality? *The Canadian Nurse* [online], 104(1), 25 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286982>.
- MONOD, S., BRENNAN, M., ROCHAT, E., MARTIN, E., ROCHAT, S., a BÜLA, C. J. 2011. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine* [online], 26(11), 1345 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1007/s11606-011-1769-7.
- MONOD, S., LÉCUREUX, E., ROCHAT, E., SPENCER, B., SEEMATTER-BAGNOUD, L., MARTIN-DURUSSEL, A. S., a BÜLA, C. 2015. Validity of the FACIT-Sp to assess spiritual well-being in elderly patients. *Psychology* [online], (6), 1311-1322. [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.4236/psych.2015.610128.
- MUNOZ, A. R., SALSAMAN, J. M. a STEIN, K. 2015. Reference values of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being: A report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer* [online], 121(11), 1838-1844 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1002/cncr.29286.
- NEELY, D., MINFORD, E. 2009. FAITH: spiritual history-taking made easy. *The Clinical Teacher* [online], 6(3), 181-185 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: <http://thesoulfuldoctor.co.uk/wp-content/uploads/FAITHpubpaper.pdf>
- NOBLE, A. 2011. Whose job is it anyway? Meeting the spiritual needs of people at the end of life. *BMJ supportive & palliative care* [online], 1(2), 230-230 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: <https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/1/2/230.2.full.pdf>.
- PARGAMENT, K. I., MAHONEY, A. 2005. Sacred Matters: Sanctification as a Vital Topic for the Psychology of Religion. *International Journal for the Psychology of Religion*[online], 15(3), 179-198.[cit. 2018-09-10]. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1207/s15327582ijpr1503_1.

- PEARCE, M. J., COAN, A. D., HERNDON, J. E., KOENIG, H. G. a ABERNETHY, A. P. 2012. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer* [online], 20(10), 2269-2276 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1007/s00520-011-1335-1.
- PIKE, J. 2011. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006–10. *British Journal of Nursing* [online], 20(12), 743-749 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.12968/bjon.2011.20.12.743.
- PILAŘOVÁ, I. 2008. *Jak efektivně hodnotit zaměstnance a zvyšovat jejich výkonnost. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-2042-5.*
- POLZER CASAREZ, R. L., ENGBRETSON, J. C. 2012. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* [online], 21(15-16), 2099-2107 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04168.x.
- PUCHALSKI, C. M. 2014. The FICA spiritual history tool# 274. *Journal of palliative medicine* [online], 17(1), 105-106 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1089/jpm.2013.9458.
- PUCHALSKI, C., FERRELL, B., VIRANI, R., OTIS-GREEN, S., BAIRD, P. a BULL, J., 2009. *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Journal of palliative medicine* [online], 12(10), 885-904. [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi.org/10.1089/jpm.2009.0142.
- ŘÍČAN, P. 2007. *Psychologie náboženství a spirituality. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-312-3.*
- Royal College of Nursing, 2011. *Spirituality in Nursing Care: A Pocket Guide. [online] [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/372995/003887.pdf*
- SAGUIL, A.; PHELPS, K. 2012. The spiritual assessment. *American family physician* [online], 86(6), 546 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23062046?dopt=Abstract>.
- ŠARNÍKOVÁ, G., MALIŇÁKOVÁ, K., FÜRSTOVÁ, J., DUBOVSKÁ, E. a TAVEL, P. 2018. Psychometrická analýza škály funkčního posouzení terapie chronických nemocí - spirituální osobní pohoda (FACIT-Sp) v českém prostředí. *Československá psychologie (Czechoslovak Psychology)* [online], 62(Supplement_1), s. 114–128. 438 [cit. 2018-09-10] ISSN 0009-062X. Dostupné z:

<http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.3a0d3ed4-37e8-4c04-9e0d-7268755a43e9>.

SINCLAIR, S., BOUCHAL, S. 2012. Spiritual care: how to do it. *BMJ supportive & palliative care* [online], 2(4), 319-327 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1136/bmjspcare-2011-000191.

TAYLOR, E. J., PETERSEN, C., OYEDELE, O. a HAASE, J. 2015. Spirituality and spiritual care of adolescents and young adults with cancer. In: *Seminars in oncology nursing* [online] (Vol. 31, No. 3, pp. 227-241) [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.soncn.2015.06.002.

The Joint Commission 2016. *Standards FAQ Details: Provision of Care, Treatment, and Services (PC) (Critical Access Hospitals / Critical Access Hospitals)*. Medical Record - Spiritual Assessment. [online] [cit. 2018-09-10] Dostupné z: www.jointcommission.org/mobile/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFAQId=765&StandardsFAQChapterId=29&ProgramId=0&ChapterId=0&IsFeatured=False&IsNew=False&Keyword= .

TIMMINS, F. 2013. Nurses' Views of Spirituality and Spiritual Care in the Republic of Ireland. *Journal for the Study of Spirituality* [online], 3(2), 123-139 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi.org/10.1179/2044024313Z.00000000016.

TIMMINS, F.; CALDEIRA, S. 2017. Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing standard* [online], 31 (29), 47-53 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.7748/ns.2017.e10312.

TIMMINS, F.; CALDEIRA, S. 2017. Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing standard (Royal College of Nursing)* [online], 31(22), 50-57 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.7748/ns.2017.e10311.

VAN LEEUWEN, R., TIESINGA, L. J. 2009. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* [online], 18(20), 2857-2869 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x.

WEATHERS, E., MCCARTHY, G. a COFFEY, A. 2016. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum* [online]. (Vol. 51, No. 2, pp. 79-96) [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/nuf.12128.

WU, L. F., YANG, S. H. a KOO, M. 2017. Psychometric properties of the chinese version of spiritual index of well-being in elderly taiwanese. *Bmc geriatrics*[online], 17(1), 3. [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0392-1>.

YOUSEFI, H., ABEDI, H.A. 2011. Spiritual care in hospitalized patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research* [online], 16 (1) 125-132 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203292/>.

SEZNAM ZKRATEK

NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation (severoamerická asociace pro sesternské diagnózy)
NIC	Nursing Interventions Classification (Klasifikace ošetrovatelských intervencí)
NOC	Nursing Outcomes Classification (Klasifikace ošetrovatelských výsledků)
USA	Spojené státy americké
SHALOM	Spiritual Health and Life-Orientation Measure (Měření spirituálního zdraví a životní orientace)
WHOQOL-SRPB	The World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace - Spiritualita, náboženství a osobní přesvědčení)
FACIT-Sp	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being (Funkční posouzení terapie chronických nemocí - Spirituální osobní pohoda)
SIWB	Spirituality Index of Well-being (Index spirituální pohody)
QOL	Quality of Life (Kvalita života)
RCN	Royal College of Nursing