

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Veronika Aplová

Duchovní potřeby umírajících pacientů

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Olomouc 2012

ANOTACE

Název práce v ČJ:

Duchovní potřeby umírajících pacientů

Název práce v AJ:

Spiritual needs of dying patients

Datum zadání: 2012-01-18

Datum odevzdání: 2012-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Aplová Veronika

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce shrnuje dosud publikované poznatky o problematice duchovních potřeb umírajících pacientů. Obsahuje informace z odborných strukturovaných plnotextů, které byly rozděleny do tří cílů – podkapitol práce. Věnují se těžko definovatelnému pojmu „spiritualita“, hodnocení a identifikaci duchovních potřeb a příkladům jejich možného dělení k poskytnutí lepší spirituální péče. Poslední oblastí, kterou se bakalářská práce zabývá, je role sester, jejichž činnost v oblasti paliativní

péče představuje nezastupitelnou složku, která by měla vést k naplnění spirituálních potřeb umírajících pacientů.

Abstrakt v AJ:

This thesis sums up published knowledge about the issue of spiritual needs of dying patients. It contains information from structured professional full-text which was divided according to the three aims into – subchapters of the thesis. Individual chapters deal with the difficult to define concept of „spirituality“, evaluation and identification of spiritual needs and examples of their potential division for providing better spiritual care. The last area that the thesis is engaged in is the role of nurses whose activities in paliative care is an essential component that should lead to the fulfillment of spiritual needs of dying patients.

Klíčová slova v ČJ:

Spiritualita, náboženství, duchovní potřeby, umírající pacient, role sestry

Klíčová slova v AJ:

Spirituality, religion, spiritual needs, dying patient, role of nurse

Rozsah: 43 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené informační zdroje.

Olomouc 30. dubna 2012

.....

podpis

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové za její odborné vedení přehledové bakalářské práce, za její čas, rady a připomínky. Velké poděkování patří také mé rodině a přátelům za jejich podporu, pomoc s korekturami a jejich pozitivní nadhled.

„Je těžké mít trpělivost s lidmi, kteří tvrdí ‚Žádná smrt neexistuje‘
nebo ‚Na smrti nezáleží‘. Ale smrt existuje a cokoliv existuje, na tom záleží.“

- Clive Staples Lewis -

Obsah

1	ÚVOD.....	8
2	PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ.....	14
2.1	POJETÍ SPIRITUALITY A DUCHOVNÍCH POTŘEB.....	14
2.1.1.	Spiritualita a náboženství.....	15
2.2	POSOUZENÍ, IDENTIFIKACE A MOŽNÉ DĚLENÍ DUCHOVNÍCH POTŘEB.....	20
2.2.1.	Posouzení a identifikace duchovních potřeb.....	21
2.2.2.	Možné dělení spirituálních potřeb.....	24
2.3	ROLE SESTRY VE SPIRITUÁLNÍ PÉČI.....	31
3	ZÁVĚR.....	37
4	BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE.....	39

1 ÚVOD

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou duchovních potřeb a byla formulována do otázky: „Jaké jsou publikované poznatky o duchovních potřebách umírajících pacientů?“

Podíváme-li se na téma spirituality v naší zemi, bylo zde kvůli totalitnímu režimu 40 let tabuizováno, jak uvádí Doskočil s Uxovou (Doskočil, Uxová, 2008, s. 41). Situace v západním světě se zlepšovala během posledního desetiletí, kdy se o tématu duchovnosti začalo více diskutovat. Zdůrazňovala se i důležitost péče o tuto oblast v terminální fázi, která patří k životu každého člověka, stejně jako doména duchovních potřeb, která rovněž nepatřila mezi stěžejní body ošetrovatelské péče.

Tato práce si bere za úkol nastínit pohled na oblast spirituálních potřeb umírajících pacientů a nahlédnout do možných rolí sestry při jejich naplňování.

Pro lepší přehlednost byla práce rozdělena do těchto cílů:

Cíl 1.

Předložit dohledané publikované poznatky k nahlížení na pojmy „spiritualita“ a „duchovní potřeba“.

Cíl 2.

Předložit dohledané publikované poznatky o posouzení, identifikaci a možném dělení duchovních potřeb.

Cíl 3.

Předložit dohledané publikované poznatky k možným rolím sestry, které vedou k naplňování spirituálních potřeb umírajících pacientů.

Vstupní literaturou k prostudování řešené problematiky byly tyto tituly:

1. KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
2. MARKOVÁ, A. et al. *Hospic do kapsy: Příručka pro domácí paliativní týmy*. 1. vyd. Praha: Hospicové občanské sdružení, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.
3. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3171-17.
4. MATZO, M.; SHERMAN, D. *Paliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. 3. vyd. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN 978-0-8261-5791-1.
5. ÓCONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.
6. SLÁMA, O. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 9788072625055 (váz.).
7. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-4371.

Pro vyhledávání relevantních článků byly použity:

- databáze EBSCO
- databáze BMČ

1. Kontakt (odborný vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky), zařazen do Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydáván

Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, který je přístupný na:

<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku>

2. Profese on-line (recenzovaný časopis pro zdravotnické obory), zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, vydávaný Fakultou zdravotnických věd UP v Olomouci, přístupný na: <http://profeseonline.upol.cz/casopis-profese-on-line/>
3. Solen (webové stránky Solen, s. r. o. – vydavatelství odborných lékařských časopisů), některá periodika (v nichž probíhalo vyhledávání) zařazena do Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice, přístupná na: <http://www.solen.cz/>

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných strukturovaných plnotextů k přehledové bakalářské práci probíhalo od prosince 2011 do března 2012. Výsledkem hledání bylo 31 článků. Ty byly následně prostudovány, většina i přeložena, a dále dle relevantnosti rozříděny do jednotlivých podkapitol, vytvořených dle stanovených cílů práce, formou parafrází. Ze 31 článků bylo po popsání činností k přehledové bakalářské práci použito 20 dohledaných plnotextů.

Kritéria výběru plnotextů pro vytvoření práce byla: jazyk český nebo anglický, rozmezí vydání 2001 – 2012, publikování po následném recenzním řízení.

K vyhledávání ve výše zmíněných databázích a časopisech byla použita tato **vyhledávací slova**: duchovní potřeby, spirituální potřeby, umírající, umírající pacient, sestra, spiritual needs, dying, dying patients.

První etapa vyhledávání relevantních článků proběhla v databázi EBSCO. V možnostech pro vyhledávání bylo nastaveno období mezi roky 2001 – 2012. Po zadání vyhledávacích slov „spiritual needs“ bylo nalezeno 1068 výsledků. Následnou kombinací slov „spiritual needs“, „dying“ a „patients“, byl výsledek zúžen na 57 dohledaných článků. Z nich bylo k bližšímu prostudování pro přehledovou bakalářskou práci vybráno 24 relevantních článků. Ostatní nebylo možné považovat za vhodné, jelikož se informace v nich obsažené netýkaly zadaného tématu bakalářské práce či se mu věnovaly velmi okrajově. Nicméně z těchto 24 vybraných článků bylo, po přeložení a bližším prostudování, v práci použito 17. Zbylých 7 nebylo možné do práce zařadit, jelikož se informace v nich zahrnuté neshodovaly se stanovenými cíli.

Druhá etapa vyhledávání proběhla v odborných periodických - časopisu Kontakt, Profese on-line a v periodických vydavatelství Solen, která byla zařazena do Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice.

Pro vyhledávání v časopisu Kontakt byla do vyhledávacího pole zadána kombinace slov „duchovní potřeby“, „umírající“ a „pacient“. Tímto bylo nalezeno 19 výsledků. Po bližším posouzení jejich relevantnosti bylo k hlubšímu prostudování vybráno 6. Ostatní musely být vyřazeny, neboť se neshodovaly s danými cíli práce. Ze 6 článků byly do přehledové bakalářské práce zahrnuty jen 3. Zbytek nemohl být použit, neboť se informace, které obsahoval, neshodovaly se stanovenými cíli práce.

K vyhledávání v Profesi on-line bylo do vyhledávacího pole zadáno slovo „duchovní“. Pro toto slovo nebyl vyhledávačem nabídnut žádný výsledek. Po zadání slova „potřeba“ bylo nalezeno 11 výsledků. Ani jeden z nich však nemohl být použit, jelikož se netýkal zadaného tématu bakalářské práce. Zadáním slova „umírající“ bylo nalezeno 0 výsledků. Při použití dalšího vyhledávacího slova „pacient“ bylo dohledáno 48 článků. Tyto ovšem rovněž nemohly být použity, protože se netýkaly zadaného tématu práce. Na slovo „sestra“ bylo vyhledávačem nabídnuto 25 výsledků. Tyto nemohly být použity ze stejného důvodu jako výsledky předešlé.

Vyhledávání pomocí vyhledávače vydavatelství časopisů Solen probíhalo nejprve zadáním slov „duchovní potřeba“. Nalezeno bylo 1146 výsledků. Změnou slova na „duchovní“ se vyhledávání snížilo na 51 výsledků, z nichž byly, po posouzení jejich relevantnosti, k bližšímu prozkoumání vybrány 2. Po prostudování ovšem nemohly být do práce zahrnuty, neboť se stanovených cílů práce týkaly velmi okrajově. Zbylých 49 nemohlo být použito, jelikož se nevěnovaly tématu bakalářské práce, případně jejich obsah nesplňoval stanovené cíle práce. Změnou slov na „spirituální potřeba“ bylo dohledáno 1128 výsledků. Zúžení na 24 výsledků bylo dosaženo použitím slova „spirituální“. Avšak výsledné prostudování bylo zcela identické jako při zadání slova „duchovní“. Proto nebyl do práce zahrnut žádný článek. Po zadání slov „umírající pacient“ bylo dohledáno 3791 výsledků. Následným zadáním slova „umírající“ bylo toto zúženo na 23 výsledků. Z těchto se 2 shodovaly s předešlými, již dohledanými výsledky, a zbylé nebylo možno použít z výše popsaných důvodů.

Třetí etapa vyhledávání probíhala v databázi BMČ. Vyhledávání bylo upraveno na stanovené vyhledávací období (2001 – 2012) a po zadání slova „duchovní“ bylo dohledáno 164 výsledků.

Pomocí změny slova na „duchovní potřeby“ byl nalezen 1 výsledek, který se však shodoval s jedním z dohledaných výsledků v časopisech Solen. Z výše zmíněných důvodů jej nebylo možné použít. Při zadání slova „umírající pacient“ bylo dohledáno 74 výsledků. 3 z nich se shodovaly s dohledanými články v časopise Kontakt. Ostatní nebylo možné použít, neboť nesplňovaly daná kritéria práce či se týkaly stanovených cílů práce jen okrajově.

Výsledkem této popsané rešeršní strategie bylo 20 relevantních článků, splňujících zadaná kritéria přehledové bakalářské práce a týkajících se jejích stanovených cílů. Články byly využity pro tvorbu jednotlivých podkapitol práce.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

2.1 POJETÍ SPIRITUALITY A DUCHOVNÍCH POTŘEB

Jednoznačně definovat koncept „spiritualita“ není jednoduché. Jejím smyslu rozumí všichni, ovšem jen než se má přistoupit k jejímu vymezení (Borecký in Doskočil, Uxová, 2008, s. 41). Snahou o formulaci pojmu se zabývalo a zabývá mnoho odborníků. Dokladem toho může být komplexní přezkum zdravotní literatury, kde bylo zaznamenáno celkem 92 definic této koncepce (Chochinov, Cann, 2005, s. 106). Puchalski se ve své práci obrací k etiologii slova, kde „spiritus“ znamená v latině „dech“ nebo „dýchání“. Původ nacházíme v Bibli – ve Starém zákoně v knize Genesis, kde Bůh stvořil svět a člověka, kterému vdechnul život (Zucker & Taylor in Puchalski, 2007, s. 36). Uvádí, že spiritualita je podstatou toho, kdo všichni jsme jako lidé, je zdrojem našeho života, našeho bytí (Frankl in Puchalski, 2008, s. 36). Knoflíčková navíc dodává, že kromě součásti bytí člověka má i velký význam jako opora, jež se ze života neztrácí. A to i přes možné ztráty jiných důležitých složek. Označuje ji jako potenciál, jehož rozvoj je možné podporovat a který může organizovat dílčí fáze našeho života (Knoflíčková, 2008, s. 172). Obtížnost vymezení pojmu však spočívá především v tom, že spiritualita je (jak již bylo řečeno) jedním z aspektů lidské existence a může být vykládána různě – individuálně každým jedincem (Milligan, 2011, s. 48). Milligan své tvrzení podkládá uznáním Ministerstva zdravotnictví Velké Británie, které chápe nesnadnost vymezení spirituality, neboť může pro různé lidi znamenat různé věci a taktéž ji, jako jednotlivý fenomén, mohou někteří popřít (Department of Health, 2009a in Milligan, 2011, s. 48). Puchalski je stejného názoru když uvádí, že spiritualita je vysoce

subjektivní a vytvořit jednotnou definici, která by se mohla použít pro všechny lidi za všech okolností, je velmi komplikované. Navíc jsou v odborné literatuře i taková vymezení, která přidávají tomuto tématu na složitosti. Některá zahrnují účast na bohoslužbách, případně četnost modlitby (Koenig et al. in Puchalski, 2008, s. 36). Jiné se soustřeďují na existenciální nebo filozofické pojmy, jako je třeba význam života či spokojenost v dosažení životních cílů (Cohen et al. in Puchalski, 2008, s. 36).

2.1.1. Spiritualita a náboženství

Už ze zjištění Puchalski je patrné, že spiritualita bývá dávána do přímé souvislosti s náboženstvím, jeho obřady. Je s ním dokonce často zaměňována nebo ztotožňována. Je však nutné si všimnout podstatných rozdílů. Pro účel této práce jsou předloženy nejčastěji se objevující pojetí. Náboženství je organizovaný systém víry a uctívání, zatímco spiritualita (duchovnost) je širším pojmem. Bývá popisována jako osobní snaha najít účel a smysl v životě (Taylor & Ferszt in Hermann, 2006, s. 737). Také jako pocit příbuznosti s transcendentním rozměrem (Reed in Hermann, 2006, s. 737). Týká se celého člověka včetně fyzických, psychických a sociálních aspektů (Wright in Hermann, 2006, s. 737). Spiritualita je vždy přítomna (Reed in Hermann, 2006, s. 737). Hermann ve své kvalitativní studii uvádí názor Burkhardta, který popisuje spiritualitu nejen jako vztah zahrnující Boha, ale také ostatní, přírodu a sebe sama (Burkhardt in Hermann, 2001, s. 71). Studie Hermann byla prováděna s 19 hospicovými pacienty (10 žen, 9 mužů), jejichž průměrný věk činil 72 let. Většina účastníků studie definovala spiritualitu právě jako „Boha“ nebo příbuznost s náboženskými termíny. Jen několik lidí podalo hlubší definici, jež zahrnovala účel a smysl života. Ostatní ji pojali jako součást přírody. Dva účastníci dokonce přiznali,

že nevědí, co pojem „spiritualita“ znamená, což zdůrazňuje potřebu vyhnout se neznámé terminologii, která by mohla některé respondenty ze studie vyřadit a vést ke špatnému zhodnocení jejich duchovních potřeb (Hermann, 2001, s. 67 – 72). Je možné, že důvodem nevědomosti může být i to, že spirituální část člověka byla v ošetrovatelských povoláních zanedbávána. A to i přesto, jak uvádí Doskočil a Uxová, že byla Světovou zdravotnickou organizací zahrnuta do definice zdraví jako jedna z rovnocenných složek k bio-psycho-sociálním. Kromě mylného přiklonění se k oblasti pouze náboženské, nám může spiritualita spadat ke složce psychické (Doskočil, Uxová, 2008, s. 41). Jak již bylo uvedeno v jejím pojetí - spiritualita náboženství přesahuje, jelikož pojímá i ty, kteří nestaví na náboženských praktikách, ale mají svou víru ve verzi individuální konfese či životní filozofie, která hledá smysl života, pravdu či něco přesahujícího lidské bytosti (Knoflíčková, 2008, s. 172 – 174). Výše popsaná studie má dle autorky jistá omezení v nedostatku rozmanitosti kulturní i náboženské. I z ní ovšem jasně vyplývá, že také v tomto vzorku respondentů (19) byly názory na spiritualitu a duchovní potřeby popsány velmi rozmanitě (Hermann, 2001, s. 72). Ve své podstatě spiritualita tvoří důležité souvislosti, které poskytují lidem naději, smysl a posilu (Department of Health, 2009a in Milligan, 2011, s. 48). Je vícedimenzionální a týká se jak fyzické, tak i psychosociální charakteristiky jedinců (Wright in Hermann, 2007, s. 70). Aktivuje a pohání jejich hledání smyslu a cíle života (Walter in Hermann, 2007, s. 70). Evropská asociace pro paliativní péči navrhla jednoduchou a praktickou definici, kde spiritualitu (mimo již uvedená pojetí) označuje jako dynamický rozměr lidského života, a současně s tím identifikovala tři různé složky duchovnosti. První jsou existenční problémy – otázky týkající se identity, smyslu, utrpení, smrti, viny a studu, smíření a odpuštění, svobody a odpovědnosti, naděje, zoufalství, lásky a radosti. Druhé jsou

hodnoty založené na úvahách a postojích včetně toho, co je pro každou osobu nejdůležitější, což mohou být vztahy – k sobě samému, rodině, přátelům, k práci, přírodě, umění a kultuře, postoj k etice, morálce a k životu samému. Třetí se zabývá náboženskými úvahami a základem víry jako takové, včetně jejích zvyklostí, vztahem k Bohu nebo „absolutnu“ (European Association for Palliative Care, 2010 in Milligan, 2011, s. 48). Monod et al. ve své práci definují spiritualitu rovněž jako jeden ze základních prvků osobní identity každého jedince. Vyvinutý koncept duchovnosti, který popisují, rozdělují do 4 vzájemně spojených rozměrů. Nejprve uvádí význam – jako dimenzi poskytující orientaci v životě jednotlivce, podporující jeho celkovou životní rovnováhu. Dodávají, že rozměr významu je považován za součást široké definice spirituality a vyskytuje se téměř v každé nalezené literatuře (Koenig et al.; Balzer in Monod et al., 2010, s. 275). Druhým rozměrem je transcendence – vnější kotevní bod, poskytující jedinci pocit spočínutí, základu. Nemusí nutně zahrnovat Boha. Pro některé může pojímat krásu, umění, mnozí ji mohou nacházet v přírodě (Hay; Sloan et al.; Vachon et al. in Monod et al., 2010, s. 275 – 276). Skrze transcendenci někdy může být objevena dimenze významu (Frankl in Monod et al., 2010, s. 276). Třetí oblastí jsou hodnoty – zahrnují systém hodnot, které vymezují dobro a pravdivost pro danou osobu, její chování a životní rozhodnutí (Kemp et al.; Muldoon & King in Monod et al., 2010, s. 276). Poslední dimenzí je pak psychosociální identita. Tento rozměr je vymezen životním prostředím daného jedince, jeho rodinou, ošetřovateli, společností a blízkými vztahy (Anandarajah & Hight in Monod et al., 2010, s. 276). Spiritualita je zásadní pro všechny pacienty. Ovšem ještě důležitější je pro ty, kteří ve svém životě čelí život ohrožující nemoci nebo již umírají. Všichni lidé potřebují najít ve svém životě smysl a hodnoty. Právě smysl a hodnoty dávají každé osobě důstojnost

a sebevědomí. Zemřít, aniž by je člověk poznal Sulmasy označuje za „největší potupu“ (Sulmasy in Puchalski, 2008, s. 39). Světová zdravotnická organizace prohlásila, že je spiritualita jedním z důležitých aspektů kvality života (World Health Organization Quality of Life Assessment Group, 1995 in Puchalski, 2008, s. 39 – 40). Tudíž může duchovní tíseň ovlivnit fyzickou bolest a emocionální pocit úzkosti. Je proto důležité, aby měly všechny rozměry osobnosti zajištěnu tu nejlepší zdravotní péči (Puchalski, 2008, s. 40). Mystakidou et al. provedli studii, v níž zkoumali, zda by mohly být demografické charakteristiky a klinické aspekty považovány za jedny z kritérií pro spiritualitu. Studie se zúčastnilo 82 pacientů s nádorovým onemocněním (Mystakidou et al., 2008, s. 1780 – 1784). Nástrojem pro zkoumání byl dotazník „Spiritual Involvement and Beliefs Scale“ (SIBS) - demografický dotazník (Ellison & Levin in Mystakidou et al., 2008, s. 1781). Klinické aspekty byly definované pomocí „Eastern Cooperative Oncology Group“ (ECOG) (Oken et al. in Mystakidou et al., 2008, s. 1781). Analýza prokázala, že existuje pozitivní souvislost mezi věkem pacientů a zájmem o spiritualitu. Což potvrzují i další výzkumy, které dokládají, že aspekt náboženství se zvyšujícím se věkem roste (Koenig et al. in Mystakidou et al., 2008, s. 1784). Studie verifikovala jedno očekávání autorů, když vyšlo najevo, že nárůst soukromých náboženských aktivit (modlitba, meditace) souvisí se zhoršeným fyzickým stavem jedinců (Gall & Cornblat in Mystakidou et al., 2008, s. 1784). Zajímavým zjištěním bylo, že čím déle člověk žije se svou bolestí, ztrácí naději na „vyléčení“, stává se zahořklým, zlostným a méně odpouští (sám sobě i druhým). Takové chování pak může ovlivnit i sníženou podporu od církevního společenství (Haley et al. in Mystakidou, 2008, s. 1784). Dále bylo zjištěno, že demografické proměnné (ženské pohlaví, vyšší věk, doba vzdělávání), stejně tak i klinické charakteristiky celkového dobrého

stavu včetně radioterapie, přispívají k predikci spirituality u pacientů (Mystakidou et al., 2008, s. 1783). Podíváme-li se na duchovnost z pohledu čistě ošetřovatelského, pak je zde chápána v rovině vztahů – zejména milujícího a starostlivého vztahu s pacienty a dalšími (Govier in Puchalski, 2008, s. 36). Milligan zdůrazňuje, že by spiritualita měla být vždy považována za jedinečnost každé osoby, neboť i ti, kteří mají stejné náboženské tradice a pocházejí z podobných kulturních prostředí, se mohou značně lišit ve svých duchovních tužbách a potřebách (Edwards et al. in Milligan, 2011, s. 48 - 49). Zaměříme-li se blíže na definici duchovní potřeby, můžeme dospět k závěru, že to je něco, co jedinec chce či hledá proto, aby našel smysl a účel života (Walter in Hermann, 2007, s. 70). Doskočil s Uxovou si nicméně pokládají otázku, zda lze mluvit o potřebě, pokud za našeho života zde nemůžeme dosáhnout jejího absolutního uspokojení. Dodávají však, že i přes nepřesnost pojmenování, je toto označení žádoucí proto, aby spirituální část bytosti nebyla opomíjena (Doskočil, Uxová, 2008, s. 42 – 43). Bereme-li duchovní potřeby klientů v úvahu, stávají se pak nedílnou součástí holistického poskytování služeb, což usnadňuje pozitivní zdravotní výsledky. Duchovní potřeby se často objevují v souvislosti s přijetím zdraví či chováním zdravotnictví (Nelson-Becker et al. in Hodge, Horvath, 2011, s. 306). Jak klienti zápasí s problémy, stává se spiritualita nápadnější (Koenig; Pargament in Hodge, Horvath, 2011, s. 306). Její složky mohou být aktivovány a pomoci tak klientům porozumět, vyrovnat se nebo jinak řešit stres, s nímž se setkávají po přijetí do zdravotnické péče (Pargament & Raiva; Saleebey in Hodge, Horvath, 2011, s. 306). Potřeby tohoto druhu nepatří k řešení jen na konci života, ovšem právě v této fázi jejich smysl vysoce roste. Z toho vyplývá nutnost se těmito potřebami zvláště zabývat a neopomíjet je (Šimek in Doskočil, Uxová, 2008, s. 43). Duchovní potřeby umírajících pacientů nebyly ještě dostatečně

prostudovány, nicméně již v dnešní době existují výzkumy, které se jimi přímo zabývají (Hampton et al. in Kernohan et al., 2007, s. 519). Díky nim bylo prokázáno, že duchovní péče přispívá ke komfortu těchto pacientů (Cohen, Koenig in Kernohan et al., 2007, s. 519). Spiritualita byla navíc identifikována jako jeden z klíčových zájmů umírajících (McClain et al., Mitchell, Hibberd in Kernohan et al., 2007, s. 519). Abychom mohli duchovní potřeby správně posoudit a následně identifikovat, bude se další část přehledové bakalářské práce zabývat problematikou posouzení a možného třídění těchto potřeb.

2.2 POSOUZENÍ, IDENTIFIKACE A MOŽNÉ DĚLENÍ DUCHOVNÍCH POTŘEB

Nedostatek literatury, která by se zabývala užitečností duchovní podpory naznačuje, že tato oblast není vždy dobře řešena. Větší povědomí o zajištění této podpory je však nezbytné (Hegarty et al., 2010, s. 275 – 276). Moadel s kolegy identifikovali povahu a prevalenci duchovních a existenčních potřeb u 248 onkologických ambulantních pacientů (etnicky rozmanitých) v USA. Zjistili, že neuspokojené duchovní nebo existenční potřeby, se objevily u 25 – 51 % dotázaných. 51 % respondentů chtělo pomoc při překonávání obav, 42 % u hledání naděje, 40 % uvádělo potřebu pomoci s hledáním významu v životě, 39 % s hledáním duchovních zdrojů, 25 % udávalo přání mít někoho, s kým by si mohli promluvit o smyslu života a o smrti (Moadel et al. in Chochinov, Cann, 2005, s. 104). Holloway již nicméně odkazuje na příklad z Velké Británie, kde řada výzkumů ukázala, že více lidí věří v nějaký druh „boha“ či vyšší moc, nebo popisují sami sebe jako „náboženskou“ bytost, bohoslužeb se ovšem nezúčastňují (Bruce in Holloway, 2006, s. 266). Dále uvádí výsledky sčítání lidu z roku 2001, kdy se tři čtvrtiny

populace přihlásily k nějaké náboženské příslušnosti. Toto je jeden z důvodů (mimo jiné), které podle Holloway přispívají k tomu, že se zájem o duchovní potřeby a spirituální péči začíná rozšiřovat (Holloway, 2006, s. 266). Tento fakt prokázal i zvyšující se počet odborných kurzů spirituality, který byl zařazen do osnov amerických lékařských a ošetrovatelských škol (Washington Post, 2001 in Holloway, 2006, s. 265 – 266).

2.2.1. Posouzení a identifikace duchovních potřeb

Jednou z nedílných součástí spirituální péče je identifikace duchovních potřeb, která je velmi složitá. To však neznamená, že ji nelze provést nebo bychom se o ni neměli snažit. Nebudeme-li si duchovních potřeb všimnout, nemůžeme je posoudit a následně identifikovat a přistoupit k jejich řešení. Duchovní potřeby leží v samém jádru lidského bytí, proto je nelze brát jako součást nadstandardní péče (MacKinlay, 2006, s. 69). Obtížnost zhodnocení potřeb spočívá především v tom, že povaha spirituality se liší od jednotlivce k jednotlivci. Mohou zde být i problémy v nedostatku sjednocené mluvy a koncepčního rámce zkoumané potřeby (Milligan, 2011, s. 51). McSherry a Cash pokládají za důležité vytvořit pro spiritualitu nový druh jazyka, jenž by bral v potaz, že ne všichni lidé se vyjadřují konvenčními a snadno identifikovatelnými výrazy (McSherry and Cash in Milligan, 2011, s. 48). Při řešení spirituálních potřeb jedinců je důležité mít na paměti, že vhodnost duchovní péče není omezena, měla by být použita pokaždé a kdekoliv je to nutné (MacKinlay, 2006, s. 64). Význam posouzení spirituality a duchovních potřeb (jako dimenze zdravotní péče) podtrhují zjištění studií (Nelson-Becker et al. in Hodge, Horvath, 2011, s. 312). Provedeme-li proces posouzení, je jisté, že nějaká duchovní potřeba bude identifikována (Cavendish et al. in Hodge, Horvath, 2011,

s. 312). Počáteční zhodnocení by mělo být prováděno za účelem posouzení vhodnosti spirituální péče pro konkrétního klienta (Moller in Hodge, Horvath, 2011, s. 312). Toto krátké zhodnocení poskytne klientům, majícím duchovní potřeby, možnost vyjádřit svůj zájem o toto téma, a těm, kteří o něj zájem nemají (nevykazují duchovní potřeby či nejeví zájem o jejich sdílení), přinese minimální zátěž. Pokud toto krátké zhodnocení prokáže, že spiritualita je pro klienta významným faktorem v jeho péči, může být provedeno zhodnocení obsáhlejší (Hodge in Hodge, Horvath, 2011, s. 312). Milligan uvádí, že již bylo vytvořeno několik nástrojů pro posouzení duchovních potřeb. Jmenuje např.: „The FICA Spiritual History Tool“ (Puchlaski in Milligan, 2011, s. 52), „HOPE“ (Anandarajah and Hight in Milligan, 2011, s. 52), které jsou založeny na hodnocení 4 oblastí. Dále popisuje již složitější, multidimenzionální nástroje posouzení – „The Spiritual Need Questionnaire“ (Büssing and Koenig in Milligan, 2011, s. 52), „The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-being Scale“ (Ando et al. in Milligan, 2011, s. 52). Podotýká však, že tyto nástroje posouzení jsou časově velmi náročné a obecně nejsou vhodné pro klinické využití (Milligan, 2011, s. 52). McSherry a Ross vyzývají při jejich používání k opatrnosti, jelikož zatěžují pacienty a také sestry. Ty především zbytečnou prací s množstvím papírů. Pomocí těchto nástrojů by se navíc mohly odhalit problémy, kterými by se zdravotničtí pracovníci následně nemuseli zabývat a mohli by si dokonce zneprátnit některé skupiny klientů kvůli nevhodně formulovaným otázkám (McSherry and Ross in Milligan, 2011, s. 52). Sestry by si měly být vědomy šíře spirituality a měly by umět posoudit duchovní potřeby s otevřenou myslí. Rovněž by měly být schopné pomoci pacientům při zkoumání jejich potřeb z rozsáhlé perspektivy a to i jedincům, kteří sami u sebe náboženské duchovní potřeby nevidí (Kennedy & Cheston in Hermann, 2007,

s. 76). Začátek rozhovoru, z něhož se může odvíjet výsledné posouzení, nemusí začínat zvláště. Může být zahájen prostými otázkami. Milligan podotýká, že otázky typu: „Jak se máte?“ či „Jak se opravdu cítíte?“ v klientech vzbudí dojem, že nyní mají možnost dostat se k duchovní oblasti, zároveň je k tomu však přímo nenutí (Milligan, 2011, s. 51). Otázka typu: „Cítíte v sobě pokoj?“ může v každém klientovi vyvolat rozdílnou reakci. Je pak na rozhodnutí sestry, aby zvolila nejlepší možný začátek rozhovoru na toto citlivé téma (Steinhauser et al. in Milligan, 2011, s. 52). Milligan dodává, že už tímto nenápadným dotazem či vlastním pozorováním, které sestra provádí, může odhalit, zda daný jedinec vykazuje potřebu tuto oblast své osobnosti řešit či nikoli (Milligan, 2011, s. 52). Avšak MacKinlay se ve své práci zabývá otázkou, kdo by měl posuzovat duchovní potřeby. Uvádí, že jedním způsobem může být posouzení pouze samotným jedincem, jelikož je toto téma velmi osobní, a nikdo by se jej neměl dotknout dotazy na něj. Další možností je přímo se jednotlivce na jeho duchovní potřeby zeptat. Někdy to však může být náročné, zejména je-li klient po mozkové mrtvici nebo má demenci. V takovém případě je nutné požádat o pomoc s hodnocením rodinu. Třetím způsobem je posouzení zdravotnickými pracovníky. Nicméně je podstatné, aby si posuzovatel byl vědom možných rozdílů v jeho vnímání spirituality, které se nemusí shodovat s vnímáním jedince. Dalším důležitým předpokladem je vyhnout se domněnkám, které mohou plynout z názoru, že pokud se člověk účastní bohoslužeb, má duchovní potřeby a naopak – nenavštěvuje-li bohoslužby, tyto potřeby nemá, nebo názor, že osoba s demencí spirituální potřeby nevykazuje (MacKinlay, 2006, s. 65 – 66). Hermann popisuje, že sestra může být pro pacienta „výchozí obrazovkou“ pro identifikaci duchovních potřeb (Logan et al. in Hermann, 2007, s. 77). Dodává však, že si musí uvědomit, že ne všichni pacienti mohou chtít spirituální

péči od sestry a to i tehdy, jsou-li duchovní potřeby zcela zřejmé. Nejen pečlivé zhodnocení duchovních potřeb je nutné, ale i určení, zda daný jedinec chce, aby ošetrovatelská péče byla na tyto potřeby zaměřena (Sulmasy in Hermann, 2007, s. 77). Chochinov a Cann ve své práci předkládají výsledky studií, které potvrzují, že umírající pacienti, i ti s život ohrožujícími chorobami, by své duchovní potřeby rádi řešili s lékařem. Svě tvrzení dokládají 4 americkými průzkumy, v nichž bylo zjišťováno, zda by pacienti dali souhlas k tomu, aby se lékař zabýval otázkami týkajícími se jejich spirituality. Ve výsledku mělo 40 – 94 % pacientů zájem o posouzení spirituality lékařem (Post et al. in Chochinov, Cann, 2005, s. 104). Další výzkum, který popisují (tvořen vzorkem 1200 dospělých Američanů), zjistil, že více než polovina by očekávala duchovní podporu a potřebu přátelství ve svých posledních dnech. 81 % respondentů by tuto podporu chtělo od své rodiny či blízkých přátel (61 %), 36 % z nich by volilo duchovenstvo a 30 % by si vybralo tuto podporu od lékaře (The George H in Chochinov, Cann, 2005, s. 104). Studie popsána Taylor, do níž bylo zahrnuto 156 ambulantních a hospitalizovaných pacientů (převážnou část tvořili muži s rakovinou prostaty, kteří byli křesťanského vyznání) a 68 rodinných ošetrovatelů (zastoupeny byly z velké části ženy), předkládá zjištění, že průměrné množství těchto respondentů přiznalo, že by chtěli, aby jim sestra pomohla s řešením duchovních potřeb. Tento závěr se objevil ve všech 8 oblastech zkoumaných duchovních potřeb (Taylor, 2006, s. 729 - 733).

2.2.2. Možné dělení spirituálních potřeb

Následující část podkapitoly se bude zabývat možnými způsoby dělení duchovních potřeb. Vzhledem k tomu, že bylo nalezeno více publikovaných názorů, jak lze spirituální potřeby třídit, jsou nejprve předloženy závěry nejrozsáhlejší dohledané kvalitativní meta-syntézy,

kteřá zpracovala výsledky 11 studií. Tyto studie se zabývaly popisem vnímání duchovních potřeb klientů a jejich identifikací. Do meta-syntézy byly zařazeny výzkumy od roku 1986 až do roku 2008. V celkovém počtu zahrnovaly 366 respondentů, mezi nimiž byli muži a ženy (19 až 98 let). Jejich zdravotní stav i důvody hospitalizace byly velmi rozmanité. Respondenti se skládali z pacientů hospitalizovaných na oddělení akutní péče, psychiatrických a chirurgických odděleních. Část z nich byli příjemci transplantace srdce, pacienti s nádorovým onemocněním, rodiče dětí, které zemřely na oddělení intenzivní péče a pacienti hospitalizovaní z různých důvodů. Studie byly rovněž doplněny respondenty z řad rodinných pečovateli a příslušníků. Rozdílné byly i druhy náboženství a vyznání. Nejhojněji zastoupeni byli katolíci, protestanti a Židé – v souladu s demografií USA (Richards & Bergin in Hodge, Horvath, 2011, s. 309). Cavendish et al. podotýkají, že se v jistém smyslu každým posouzením odhalí naprosto jedinečné duchovní potřeby, neboť každá duchovní cesta daného jedince je zcela unikátní (Cavendish et al. in Hodge, Horvath, 2011, s. 312). Avšak i přes tuto pestrost bylo možné shromážděná data rozčlenit do 6 vzájemně propojených témat duchovních potřeb. První téma se zabývalo potřebou nalezení smyslu života, jeho cílů a nadějí. Kromě odpovědí na otázky smyslu existence, uváděli dotazovaní i touhu vidět pozitiva v situaci, v níž se nacházeli. Druhou oblastí byl vztah k Bohu či transcendentnu, který mnohým dával smysl a naději - jak pro jejich nynější stav, tak i do budoucnosti. Třetí potřeba přímo souvisela s druhou – zahrnovala duchovní praktiky, zvyklosti, které utužovaly spojení s Bohem (či transcendentnem), a tím posilovaly schopnosti respondentů zvládat změny a výzvy, kterým museli čelit. Čtvrtá obsahovala náboženské povinnosti, vyplývající z tradice víry respondentů. Zahrnovala speciální pokrmy, vyhnutí se různým druhům léčby (krevní transfúze u Svědků

Jehovových), postupy kolem smrti a pohřbu. Pátá oblast potřeb se zabývala mezilidskými vztahy, kdy dotazovaní toužili setkat se s rodinou, přáteli a členy duchovenstva. Chtěli být podpořeni, milováni, oceněni. Toužili po fyzické přítomnosti druhého. Posledním tématem byla interakce pacienta s ošetřujícím personálem, který se pro respondenty stával „lidskou tváří“ systému zdravotnického zařízení (Hodge, Horvath, 2011, s. 310 – 312). Výsledky zdůrazňují důležitost vztahu mezi klienty a odborníky praxe. Duchovní potřeby jsou totiž obvykle plněny v rámci vztahů (Meert et al. in Hodge, Horvath, 2011, s. 312). Dotazovaní uvedli, že tato potřeba může být naplněna přátelskými slovy, výrazem a řečí těla personálu, jejich empatií a starostlivostí. Autoři upozorňují na propojení těchto šesti okruhů duchovních potřeb. Současně však dodávají, že ne všechny potřeby se u každého klienta vyskytly a ne všichni měli se všemi potřebami vlastní zkušenosti (Hodge, Horvath, 2011, s. 306 – 314). Hermann ve své kvalitativní studii, která zahrnovala podstatně menší vzorek respondentů (10 mužů, 9 žen, v průměrném věku 72 let), kteří byli pacienti hospiců, popsala 29 jedinečných duchovních potřeb. Ty rozčlenila do 6 témat, přičemž první z nich se zabývalo potřebou náboženství (modlitba, četba Písma svatého, účast na bohoslužbách, poslech či zpěv náboženských písní). Druhé se týkalo potřeby být ve společnosti ostatních lidí. Tato oblast přinesla zajímavé zjištění, kde dotazovaní uváděli potřebu být také s malými dětmi. Tento požadavek sdělovaly především ženy. Třetí okruh byl věnován potřebě účasti a kontroly, kdy pacienti udávali touhu zůstat nezávislý, přijímat úplné informace o svém zdravotním stavu, chtěli se i nadále zapojovat do rodinných aktivit a pomáhat ostatním. Čtvrtá oblast se zabývala potřebou dokončit své záležitosti, hodnocením vlastního života, vyrovnáním se se současnou situací. V páté oblasti dotazovaní udávali potřebu zažít přírodu. Dívat se ven a (pokud je to možné) jít ven. Chtěli mít na pokoji květiny,

kteřé by jim přírodu přiblížily. Poslední téma se zabývalo potřebou pozitivních vyhlídek. Respondenti chtěli vidět úsměv na tvářích druhých kolem sebe, chtěli se smát a přemýšlet o veselých věcech (Hermann, 2001, s. 67 – 72). Hlavní omezení této studie spočívalo v nedostatku rozmanitosti vzorku – po stránce kulturní i náboženské. Pokud by studie měla zcela popsat význam spirituality a rozmanité duchovní potřeby, museli by do ní být zahrnuti více kulturně a nábožensky různorodí respondenti (Wright in Hermann, 2001, s. 72). Na duchovní potřeby lze pohlížet i mnohem jednodušším způsobem, jak uvádí Bužgová. Ta ve své práci předkládá pohled na vícedimenzionální model spirituality podle Kelleheara, který udává rozdělení na 3 okruhy. Potřeby vyplývající z objevení významu a účelů žití. Zaměřují se na nalezení odpovědí na tyto otázky, a to i ve stavu postupující choroby. Ty, které pojímají mír uvnitř člověka, interakci s ostatními lidmi, vyrovnání. Třetí skupinou jsou pak potřeby vyplývající z náboženství a vztahu s Bohem (Kellehear in Bužgová, 2011, s. 269). V první podkapitole bylo uvedeno vymezení 4 dimenzí spirituality, které ve své práci uváděli Monod et al.. Zde budou nyní předloženy duchovní potřeby, které z těchto 4 rozměrů vystupují. První dimenzí byl význam, z čehož vyplývá potřeba životní rovnováhy. Klienti se potřebují naučit, jak se lépe vypořádat s onemocněním či zdravotním postižením. Druhou dimenzí je transcendence a z ní vyvozená potřeba spojení s něčím, co je pro daného jedince základem. Také potřeba krásy, která se týká smyslu pro estetičnost, zde může být rovněž zařazena. Třetí dimenzí jsou hodnoty. Z nich vyplývají pro pacienty dvě potřeby: potřeba uznání hodnot, kdy pacient chce, aby zdravotnický pracovník znal a respektoval hodnoty, které jsou pro něj důležité. Dále je to potřeba zachovat kontrolu – klienti potřebují rozumět tomu, co se s nimi děje, chtějí být začleněni do procesu rozhodování o svém stavu a léčbě. Čtvrtá dimenze byla

označena jako psychosociální identita a potřeba ji zachovat. Klienti potřebují být milováni, vyslyšeni, uznáni, být v kontaktu s druhými, chtějí mít pozitivní obraz sebe sama a pocítit odpuštění (Monod et al., 2010, s. 276 – 277). V souladu s tímto úsudkem, kdy jedinci uváděli pozitivní směry v duchovních potřebách, je možné předložit závěry (již výše zmíněné) studie Taylor. Autorčin výzkum se zabýval prevalencí duchovních potřeb a celkem se jej zúčastnilo 224 respondentů. Hodnotící nástroj této studie („The Spiritual Interests Related to Illness Toll“ (SpIRIT)) respondenti dostali v podobě dotazníku. Ten zahrnoval 8 kategorií duchovních potřeb identifikovaných Taylor v roce 2003. Patřily mezi ně tyto: potřeba pozitivního výhledu, vztahu s Bohem, předávání lásky druhým, přijímání lásky od druhých, zkoumání víry, nalezení smyslu, náboženských zvyků a přípravy na smrt. Pod každou z kategorií bylo uvedeno: „Jak je v této chvíli důležité...“. Tato věta byla vždy doplněna tématem spadajícím k dané kategorii, např.: „... zkoumat to, v co věřím“, „zúčastnit se bohoslužeb“, „přemýšlet o tom, co nastane po smrti“ a další. Výsledky výzkumu ukázaly, že do nejvíce významných duchovních potřeb byly zařazeny potřeby s pozitivním směrem: potřeba lásky druhých, nalezení smyslu a vztahu s Bohem. Naopak nejméně důležité byly potřeby hledání odpovědí na otázky (kategorie Zkoumání víry) typu: „Proč já?“, „Čím jsem si tuto situaci zasloužil?“ a úvahy o nespravedlnosti toho, co se děje (Taylor, 2006, s. 730 – 733). Fu-Jin et al. provedli výzkum zabývající se duchovními potřebami u tchajwanských starších pacientů s nádorovým onemocněním v terminálním stádiu. Vzorek se skládal ze 35 pacientů (19 mužů, 16 žen), vyznáním buddhisté, protestanti a katolíci. Dalšími byly filozofické směry (konfucianismus, taoismus). Analýza odhalila dva základní konstitutivní modely: péče o smrtelné tělo a překonání pozemského bytí. Model péče o smrtelné tělo obsahuje obavy respondentů z toho, co se bude dít během procesu umírání

s jejich tělem (Fu-Jin et al., 2009, s. 33). Mnozí pacienti mají pocit, že instituce uvidí pouze narušení jejich těla a bude se tedy zajímat jen o potřeby základní péče - krmení, toaletu a koupání (Starks in Fu-Jin et al., 2009, s. 35). Do tohoto modelu byly zařazeny tři druhy duchovních potřeb. Potřeba udržet si svou fyzickou i duševní integritu – účastníci uváděli, že si přejí snížit své utrpení a zvýšit komfort poskytováním kvalitní péče. Druhou potřebou je nutnost společnosti spojená s bojem s rozpaky a zranitelností. Někteří respondenti rozpaky vnímali, když měli někoho o společnost požádat. Toto pociťovali zejména ti, kteří dříve byli vůdčí osobností ve svém životě. Poslední potřebou tohoto modelu bylo dobře umýt tělo a naposledy vydechnout doma, ve vlastním lůžku. Popsanou potřebu uvedlo 86 % respondentů (Fu-Jin et al., 2009, s. 33 – 34). K následujícímu modelu Landmark et al. poznamenali, že člověk, jak se přibližuje ke smrti, často ztrácí porozumění sám pro sebe i ke své existenci (Landmark et al. in Fu-Jin et al., 2009, s. 36). Model překonání pozemského bytí obsahoval potřebu odejít bez lítosti. Respondenti (86 %) chtěli slyšet, že udělali během svého života něco pozitivního, chtěli vyjádřit své vnitřní pocity důležitým osobám ve svém životě. Druhou z potřeb bylo zajištění dalšího života i bez nich, kdy pacienti (74 %) chtěli vědět, že bude postaráno o mladší, nemocné nebo zdravotně postižené příslušníky rodiny. Třetí potřeba zahrnovala hledání sounáležitosti v budoucím světě tím, že jedinec dosáhne úzkého spojení s danou církví. Udržování blízkého vztahu se svým Bohem (bohy) bylo pro účastníky studie důležité, aby si tak mohli zajistit klidné místo na onom světě. Tato potřeba byla obzvláště podstatná pro ty, kteří měli strach ze smrti a posmrtného života, nebo se báli, že je jejich Bůh (bohové), čím blíže jsou smrti, nemilují nebo nechrání (Fu-Jin et al., 2009, s. 35). Hermann se v další ze svých studií věnovala duchovním potřebám lidí na konci života. Studie byla provedena se 100 respondenty (62 žen,

38 mužů), jejichž průměrný věk byl 67 let, a kteří umírali na nádorové onemocnění a byli pacienti lůžkových a ambulantních hospiců. Studie byla zaměřena na demografické proměnné (pohlaví, socioekonomický status, vzdělání, věk a další) v souvislosti se spirituálními potřebami (Hermann, 2007, s. 70 – 75). Z výsledků je patrné, že ženy typicky vykazují vyšší míru duchovních potřeb než muži, a tedy i více neuspokojených potřeb (Frenslar et al.; Reed in Hermann, 2007, s. 75). Výsledky v životní spokojenosti se mezi pohlavími výrazně nelišily. Dle autorky bylo překvapivým zjištěním to, že socioekonomický status duchovní potřeby neovlivnil. Oblast duchovních potřeb byla hodnocena pomocí nástroje „Spiritual Needs Inventory“. Položky tohoto nástroje byly vyvinuty z kvalitativní studie Hermann (2001). Potřeba, která se objevila u všech respondentů, byla potřeba smát se. Být s rodinou a přáteli, modlit se, myslet na hezké věci, mluvit o každodenních věcech a vidět úsměv druhých bylo hodnoceno jako potřeba vyskytující se u 90 % respondentů. U 80 % se ještě objevilo: zpěv nebo poslech hudby, četba náboženské literatury, mít informace o rodině a přátelích, být s dětmi a lidmi sdílejícími stejnou víru, využít náboženské služby. V závěru studie autorka podotýká, že spiritualita je tím důležitější, čím více se jedinec blíží ke konci svého života. Dodává, že sestry tráví s pacienty většinu času, a proto jako zdravotničtí profesionálové jsou nedílnou součástí péče o umírající. Jsou také přítomné, když duchovní potřeby vznikají (Hermann, 2007, s. 72 – 77). Následující část přehledové bakalářské práce se bude zabývat rolemi, které může sestra vykonávat, aby pomohla pacientovi v naplnění jeho duchovních potřeb.

2.3 ROLE SESTRY VE SPIRITUÁLNÍ PÉČI

Podle Rady sester a porodních asistentek by každá sestra měla být v partnerství s člověkem, jeho pečovateli a rodinou. Měl by to být vztah založený na holistickém vnímání – zaměřený na systematické hodnocení fyzických, emocionálních, psychologických, sociálních, kulturních i duchovních potřeb. Komplexní a individuální plán pro ošetrovatelskou péči by měla sestra vypracovávat s daným jedincem (Nursing and Midwifery Council, 2010 in Milligan, 2011, s. 50 – 51). Milligan uvádí, že z 59 dotazovaných registrovaných sester dvě třetiny potvrdily, že duchovní péče leží v odpovědnosti sestry (Milligan in Milligan, 2011, s. 51). Doba před smrtí může být jednou z těch, které přispívají k osobnímu růstu jednotlivce a které vedou ke zvýšení životní spokojenosti. Duchovní péče je tedy nezbytně nutná k zajištění pohody pro pacienty, kteří jsou blízko konce svého života. Sestry hrají významnou roli při poskytování této péče (Hermann, 2007, s. 77). Ve studii Fu-Jin et al. respondenti uvedli očekávání, že sestry budou hrát stěžejní roli v péči o ně a ponесou odpovědnost za etické zachování jejich fyzické i psychické důstojnosti a to prostřednictvím lidských postojů a holistické péče (Fu-Jin et al., 2009, s. 35). Spojení se s lidskostí a zranitelností je hlavním zdrojem smyslu na konci života. To však vyžaduje lidský vztah mezi zdravotnickým pracovníkem a umírající osobou (Kaufman in Fu-Jin et al., 2009, s. 36). Mnoho pacientů od zdravotnických pracovníků očekávalo, že o ně budou pečovat jako kdyby se starali o vlastní blízké (Fu-Jin et al., 2009, s. 36). Je však důležité si také uvědomit, že i pacienti sami mají často mimořádný potenciál pro vlastní transcendenci a léčení v oblasti duchovních domén (Arnold in Milligan, 2011, s. 51). Hermann popisuje že laici, stejně jako ostatní členové zdravotnického týmu, mohou pomoci pacientovi uspokojovat jeho duchovní potřeby.

Uvádí příklad, že pokud si jedinec nemůže sám číst, může mu předčítat někdo z rodiny, případně dobrovolník (Hermann, 2001, s. 71). Jak již bylo zmíněno, mnoho pacientů uvedlo na konci života potřebu smát se. Pečovatelé, přátelé i rodina to mohou (vzhledem k situaci) považovat za nevhodné. Sestry zde mohou sloužit i jako vzory pro začlenění obecného veselí i humoru do péče o pacienty (Hermann, 2007, s. 77). Byly již navrženy složitější modely spolupráce, které zahrnují účast všech členů multidisciplinárního týmu, včetně rodinných příslušníků, společenství a samotných klientů (Puchalski et al. in Milligan, 2011, s. 51). Role rodinných ošetřovatelů je potencionálně důležitá. Existují důkazy, že jsou dobře připraveni zkoumat duchovní otázky a naplňovat z nich vyplývající duchovní péči o své milované (Boston and Mount in Milligan, 2011, s. 51). Hermann nicméně podotýká, že právě další ze členů zdravotnického týmu, jako jsou kaplani nebo sociální pracovníci, mohou pacientovi neocenitelně pomoci s vyrovnáním se s nastalou situací (Hermann, 2001, s. 72). Směrnicemi, které vytváří Národní zdravotní služba (NHS) ve Skotsku, byly identifikovány 3 oblasti duchovních rolí. První oblastí je rutinní duchovní péče, u níž se předpokládá, že by ji měli poskytovat všichni zaměstnanci NHS. Druhá je již složitější. Zahrnuje úkoly jako je posuzování, identifikace potřeb a rutinní pastorační péči, k níž je třeba zajistit odborníky přes spiritualitu nebo některé sestry. Třetí oblastí je poskytování komplexní, složitě duchovní a pastorační péče, kterou by měli zajišťovat kaplani a další poradci (NHS Education for Scotland, 2006 in Milligan, 2011, s. 51). Hermann popisuje, že důsledky pro ošetřovatelskou praxi plynoucí ze studie (2001) mohou být odvozeny ze 6 zjištěných oblastí duchovních potřeb, které z výzkumu (uveden v předešlé podkapitole) vyplynuly. Dále uvádí, že hlavní role sestry spočívá v posouzení duchovních potřeb a navrhnutí individuálních zásahů k jejich řešení.

Při pohledu na jednotlivé oblasti spirituality je důležité, aby byl pacient (v oblastech souvisejících s duchovní potřebou společnosti a potřeby účasti a kontroly) brán jako stále živý, nejen umírající. Potřeba být s malými dětmi rovněž spadá do působnosti sestry. Délka tohoto setkání může být řízena, měla by však spočívat na uvážení pacienta. V oblasti potřeb dokončení svých záležitostí by měla být sestra schopná pomoci pacientovi udělat recenzi jeho života (Hermann, 2001, s. 71). Autorka podotýká, že by sestra pacienta měla podpořit v potřebě dávání a přijímání lásky, kterou Reed označuje jako klíčový prvek spirituality (Reed in Hermann, 2001, s. 71). Další činností, kterou by mohla sestra navrhnout, je povzbuzení členů rodiny ke společnému vzpomínání s pacientem. Pořízení nahrávky či obrazového záznamu k uchování jednoho životního příběhu pro další generace (Hermann, 2001, s. 72). Hermann uvádí, že sestry si musí být vědomy, že pacienti mají různé duchovní potřeby, které závisí na mnoha faktorech, včetně dostupné podpory, funkčního stavu a nastavené péče. Sestra musí být velmi kreativní a taktéž musí dokázat uznat, že některé duchovní potřeby nemohou být splněny bezpodmínečně (např.: pacient nemůže navštěvovat bohoslužby z důvodu upoutání na lůžko – alternativou může být sledování bohoslužeb v televizi či jejich poslech v rádiu) (Hermann, 2007, s. 76 – 77). A ačkoli jsou sestry povinny vykonávat nějaký z typů duchovního posouzení, ostatní členové zdravotnického týmu (jako jsou kaplani) mohou být přivoláni ke konzultaci (Sulmasy in Hermann, 2007, s. 77). Zajímavé zjištění se objevilo u tchajwanských starších pacientů, umírajících na nádorové onemocnění. V tchajwanské kultuře se považuje hovor o umírání a smrti za tabu (Braun & Nichols in Fu-Jin et al., 2009, s. 36). Avšak mnoho těchto pacientů ocenilo možnost diskutovat o svém zdravotním stavu o přípravě na klidnou smrt (Shih et al. in Fu-Jin et al., 2009, s. 36). Vytvoření přátelského duchovního prostředí

usnadňuje pacientům období umírání, stejně tak i pozůstalým, blízkým a poskytovatelům zdravotní péče. Sdílení hlubokých myšlenek a intimních pocitů ve vztahu k umírajícímu by mělo být podporováno (Pizzi & Briggs, Shih et al. in Fu-Jin et al., 2009, s. 36). Sestry by, podle autorů, měly s pacienty a jejich blízkými diskutovat i o tom, kde (na jakém místě) by chtěli zemřít, aby tak zachovali integritu těla a mysli, když se smrt přibližuje (Fu-Jin et al., 2009, s. 36). Costello zdůrazňuje, že sestry a ostatní pracovníci mají profesionální povinnost poskytovat terminální péči na nejvyšší úrovni. Sám umírající, jeho blízcí příbuzní a přátelé by se měli zapojit do péče. A je-li smrt již nevyhnutelná, nemělo by na ni být pohlíženo jako na selhání (Costello, 2001, s. 66 – 67). Duchovní význam a hodnota pohřebního obřadu se v různých náboženstvích liší. Zatímco buddhisté a taoisté věří, že pohřebním obřadem se zajišťuje čistota duše, získává se více zásluh v posmrtném životě a nabízí se příležitost k tréninku péče o zemřelého, křesťanské pojetí pohřbu je odlišné. Ukazují se v něm hodnoty životní cesty zemřelého a vzdává se při něm úcta Bohu (Shih et al. in Fu-Jin et al., 2009, s. 36). Sestry by měly být vyzývány k tomu, aby porozuměly významu náboženské podpory a kulturního přesvědčení, které ovlivňují osobní vnímání umírání jedince. Tím, že se poskytuje větší respekt k hlubším potřebám pacienta, mu sestry pomáhají překonat smrtelný svět a stát se více klidnou duchovní bytostí (Fu-Jin et al., 2009, s. 36 – 37). Callahan představuje názor Sandage a Shultse, kteří popisují, že emocionální spojení může pomoci pacientům vyrovnat se s procesem umírání (Sandage & Shults in Callahan, 2009, s. 179). Dále předkládá zjištění Stephenson et al., kteří prezentují, že pacienti, kteří uvedli emocionální spojení s poskytovateli zdravotní péče, udávali, že se cítí dobře, je o ně dobře postaráno. Naopak - pocit emocionálního odpojení popisovali ti, kteří od svých ošetřovatelů pociťovali opuštění a zdrženlivost (Stephenson et al.

in Callahan, 2009, s. 179). Autorka dále popisuje názor Puchalski, která za soucitnou péči považuje schopnost pečovatele sdílet pacientovo utrpení a bolest, aniž by jej toto ochromilo. Tato láska pramení z intimity, v níž jsou respektovány hranice pacienta i pečovatele (formální intimní vztah). Cítění bolesti a utrpení druhého by se pro ošetřujícího mělo odehrávat na úrovni empatie, s níž je schopen utrpení druhého pochopit. Avšak následně se dokáže uvolnit natolik, aby mohl pacienta vést směrem k samovyléčení tohoto utrpení (Puchalski in Callahan, 2009, s. 179). Fu-Jin et al. ve své studii představují 6 kroků možné duchovní péče o starší umírající, které byly navrženy pro sestry a lékaře. Prvním krokem může být vytvoření harmonického a důvěryhodného vztahu s pacienty, jejich blízkými a poskytovateli zdravotní péče. Druhým - obhajování správných a individuálních potřeb pacientů ve smyslu spirituální péče. Třetím - učení pacientů a jejich blízkých vyjasnit jejich obavy v duchovních potřebách a zajistit jim včasnou a nutnou péči během blízkosti se smrtí. Čtvrtým - pomoc dalším poskytovatelům zdravotní péče vyjasnit obavy z duchovních potřeb umírajících. Pátým – čtyřsměrná integrace: pacient, jeho blízcí, sestry a další zdravotničtí pracovníci poskytující duchovní péči. A šestým – poskytování kvalitní holistické péče pacientům, která udržuje optimální funkční a duševní pohodu (Fu-Jin et al., 2009, s. 37). Chochinov a Cann popisují studii o spirituálních intervencích sester, v níž bylo zjištěno, že většina z nich používá 5 druhů „terapie“. Patří k nim: držení pacienta za ruku, naslouchání mu, smích, modlitba a setrvání s ním. 90 % z 299 respondentů uvedlo, že by chtěli, aby jim duchovní pomoc byla nabídnuta v případě, že o ni výslovně požádají, jsou blízko smrti, jsou smutní nebo obdrží špatné zprávy (Grant in Chochinov, Cann, 2005, s. 109). Puchalski podotýká, že jedním z prvních kroků ke správné péči v paliativní medicíně je ctít tajemství života a smrti. Je to záhada, která může dělat

spirituální péči těžší, ale je rovněž aspektem, který činí péči o umírající tak důležitou a obohacující. Být schopni sedět v tichu se soucitnou přítomností s neznámým – to může usnadnit uzdravování této osoby. Je to hluboký akt lásky a uctění důstojnosti každého člověka. Autorka dodává, že je možné, že přijetí tohoto tajemství důstojně a bez důkazů, může být vrcholem léčby pro mnoho lidí stejně tak, jako i pro jejich ošetřovatele a pacienty (Puchalski, 2007, s. 42 – 43). Callahan uvádí názor Sheldona, který popisuje, že je nejučinnější, pokud sestry (sociální pracovníci) naslouchají, soucítí, jsou k dispozici a umí ukázat svou zranitelnost. Jinak řečeno: pokud umožní, aby se pacient mohl dotknout jádra jejich osoby. Sestry i ostatní pracovníci jsou obrnění profesionalitou, která je nabádá, aby se nezapojovali a nestávali součástí pacientova světa. Pokud tak učiní, otevřou se bolesti a odmítnutí, ovšem také chvále a radosti. Sestra pomáhá pacientům prostřednictvím své vlastní síly, víry a odvahy (Sheldon in Callahan, 2009, s. 179). Nejsilnější partnerství spirituality a zdraví může být v akceptaci, že nemáme vždy všechny odpovědi a řešení, všechna data a důkazy, všechny doklady, které by podporovaly základ vynikající praxe: pečovat o pacienta se soucitem, důstojností a respektem (Puchalski, 2007, s. 43).

3 ZÁVĚR

Prvním stanoveným cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit poznatky ke koncepci pojmů „spiritualita“ a „duchovní potřeba“. Vymezení se věnovali především autoři: Doskočil s Uxovou, Puchalski, Knoflíčková, Chochinov a Cann. Shodli se na tom, že jednoznačně definovat spiritualitu je velmi obtížné. Milligan, Puchalski a Monod et al. byli stejného názoru když popsali, že nesnadnost vymezení duchovnosti spočívá především v tom, že je součástí lidského bytí, a proto může být vykládána velmi subjektivně. Hermann a Knoflíčková charakterizovaly, že spiritualita přesahuje náboženství, jelikož v sobě zahrnuje i ty, kteří se neřídí náboženskými tradicemi ale například životní filozofií. Milligan prezentoval 3 složky spirituality, které byly identifikovány Evropskou asociací pro paliativní péči. Monod et al. představili model duchovnosti, v němž rozčleňují 4 dimenze spirituality.

K vymezení „duchovní potřeby“ se vyjádřila Hermann, když ji popsala jako něco, co jedinec chce či hledá, aby objevil smysl a účel života.

Doskočil s Uxovou, Hodge a Horvath vyjádřili nutnost tyto potřeby zahrnout do holistického vnímání člověka. Kernohan et al. uvedli, že spiritualita byla identifikována jako jeden z klíčových zájmů umírajících, ten však dosud nebyl řádně prostudován.

Druhý cíl práce se ve své první části věnoval posouzení a identifikaci duchovních potřeb. Tímto tématem se zabývali: MacKinlay, Hodge a Horvath, Hermann, Milligan. Hermann představila názory na činnost a uvažování sester při tomto výkonu. Milligan uvedl i několik příkladů nástrojů k posouzení duchovních potřeb. Otázkou, kdo by měl posouzení spirituálních potřeb provádět, se zabývali Chochinov a Cann, MacKinay, Hermann, Taylor.

Druhá část se zabývala možným dělením duchovních potřeb. Hodge a Horvath beze sporu prezentovali nejrozsáhlejší výzkum v kvalitativní meta-syntéze, která zahrnovala 11 studií. Díky nim bylo identifikováno 6 oblastí duchovních potřeb. V kvalitativní studii Hermann rovněž popsala 6 okruhů potřeb. Ty se však s definovanými potřebami Hodge a Horvath shodovaly jen v některých bodech. Bužgová prezentovala vícedimenzionální model spirituality dle Kelleheara, který rozděloval spirituální potřeby na 3 okruhy. Monod et al. uvedli specifické potřeby vyplývající z modelu spirituality, který byl popsán v první podkapitole. Fu-Jin et al. ve své studii odhalili 2 základní konstitutivní modely, které zahrnovaly další určité oblasti duchovních potřeb, a v jedné ze svých dalších studií se Hermann zabývala demografickými proměnnými v souvislosti se spirituálními potřebami.

Třetí cíl práce se věnoval rolím sester ve spirituální péči. Milligan, Hermann a Costello charakterizovali příklady možného chování sestry, jejích činností, které může u umírajících buď sama anebo ve spolupráci s rodinou a dalšími provádět. Milligan popsal 3 oblasti duchovních rolí, které byly identifikovány Národní zdravotní službou ve Skotsku. Fu-Jin et al. prezentovali očekávání tchajwanských pacientů od sester a také 6 kroků možné duchovní péče o umírající. Chochinov a Cann uvedli 5 druhů „terapie“, které využívala v popsané studii většina sester. Callahan a Puchalski věnovaly pozornost prosté lidskosti v přístupu k umírajícímu. Uváděly, že by se zdravotničtí pracovníci měli pacientovi více „ukázat“ jako lidské a taktéž zranitelné bytosti.

4 BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

- BUŽGOVÁ, R. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt* [on-line]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011, roč. 13, č. 3, s. 265-273 [cit. 2012-03-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt-2011/kontakt-3-2011/view?searchterm=duchovn%C3%AD%20pot%C5%99eby%20AND%20um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%AD>
- CALLAHAN, A. M. Spiritually-Sensitive Care in Hospice Social Work. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* [on-line]. Binghamton, NY: Haworth Social Work Practice Press, 2009, roč. 5, č. 3/4, s. 169-185 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1552-4264. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=40&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=sih&AN=48604445>
- COSTELLO, J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing* [on-line]. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 2001, roč. 35, č. 1, s. 59-68 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=46&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=4724012>
- DOSKOČIL, O.; UXOVÁ M. Spirituální služba v domovech pro seniory. *Kontakt* [on-line]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, roč. 10, č. 1, s. 41-45 [cit. 2012-03-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt-2011/kontakt-3->

2011/view?searchterm=duhovn%C3%AD%20pot%C5%99eby%20AND%20
um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%AD

FU-JIN, S.; HUNG-RU, L.; MEEI-LING, G. et al. Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer. *Oncology Nursing Forum* [on-line]. New York: Oncology Nursing Society, 2009, roč. 36, č. 1, s. 31-38 [cit. 2012-01-16]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=6&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=36039298>

HEGARTY, M. M.; ABERNETHY, A. P.; OLVER, I.; CURROW, D. C. Former palliative caregivers who identify that additional spiritual support would have been helpful in a population survey. *Palliative Medicine* [on-line]. London: SAGE Publications, 2010, roč. 25, č. 3, s. 266-277 [cit. 2012-01-16]. ISSN 1477-030X. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=5&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=59955516>

HERMANN, C. P. Spiritual Needs of Dying Patients: A Qualitative Study. *Oncology Nursing Forum* [on-line]. New York: Oncology Nursing Society, 2001, roč. 28, č. 1, s. 67-72 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=4&hid=17&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3Qt bGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=9520817>

HERMANN, C. P. Development and Testing of the Spiritual Needs Inventory for Patients the End of Life. *Oncology Nursing Forum* [on-line]. New York: Oncology Nursing Society, 2006, roč. 33, č. 4, s. 737-744 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=7&hid=17&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3Qt bGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=21372266>

- HERMANN, C. P. The Degree to Which Spiritual Needs of Patients Near the End of Life Are Met. *Oncology Nursing Forum* [on-line]. New York: Oncology Nursing Society, 2007, roč. 34, č. 1, s. 70-78 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=13&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=23587169>
- HODGE, D. R.; HORVATH, V. E. Spiritual Needs in Health Care Settings: A Qualitative Meta-Synthesis of Clients' Perspectives. *Social Work* [on-line]. Albany, NY: National Association Of Social Workers, 2011, roč. 56, č. 4, s. 306-316 [cit. 2012-01-16]. ISSN 0037-8046. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=5&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=69822099>
- HOLLOWAY, M. Spiritual Need and the Core Business of Social Work. *British Journal of Social Work* [on-line]. London: The British Association of Social Workers, 2007, roč. 37, č. 2, s. 265-280 [cit. 2012-01-16]. ISSN 1468-263X. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=5&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=sih&AN=24737463>
- CHOCHINOV, H. M.; CANN, B. J. Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying. *Journal of Palliative Medicine* [on-line]. Larchmont, NY: Mary Ann Liebert, Inc., 2005, roč. 8, suppl. 1, s. 103-115 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1557-7740. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=28&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=19902698>
- KERNOHAN, G. W.; WALDRON, M.; MCAFEE, C. et al. An evidence base for a palliative care chaplaincy service in Northern Ireland. *Paliative Medicine* [on-line]. London: SAGE Publications, 2007, roč. 21, č. 6,

s. 519-525 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1477-030X. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=43&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=26633368>

KNOFLÍČKOVÁ, Z. Význam religiozity a spirituality ve stáří. *Kontakt* [on-line]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, roč. 10, č. 1, s. 172-176 [cit. 2012-03-19]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/structure/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt08/kontakt-1-08.pdf/view?searchterm=duchovn%C3%AD%20pot%C5%99eby%20AND%20um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%AD>

MACKINLAY, E. Spiritual Care: Recognizing Spiritual Needs of Older Adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* [on-line]. Binghampton, NY: Haworth Pastoral Press, 2006, roč. 18, č. 2/3, s. 59-71 [cit. 2012-01-16]. ISSN 1552-8049. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=6&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=27651069>

MILLIGAN, S. Addressing the spiritual care needs of people near end of life. *Nursing Standard* [on-line]. London: Scutari For The Royal College Of Nursing, 2011, roč. 26, č. 4, s. 47-56 [cit. 2012-01-16]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=5&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=66301200>

MONOD, S.; ROCHAT, E.; BÜLA, CH.; SPENCER, B. The Spiritual Needs Model: Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* [on-line]. Binghampton, NY: Haworth Pastoral Press, 2010, roč. 22, č. 4, s. 271-282 [cit. 2012-01-16]. ISSN 1552-8049. Dostupné z:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=5&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=54330365>

MYSTAKIDOU, K.; TSILIKA, E.; PARPA, E. et al. Demographic and clinical predictors of spirituality in advanced cancer patients: a randomized control study. *Journal of Clinical Nursing* [on-line]. Oxford: Blackwell Publishing, 2008, roč. 17, č. 13, s. 1779-1785 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1752-9824. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=31&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=32563702>

PUCHALSKI, C. M. Spirituality and the Care of Patients at the End-of-Life: An Essential Component of Care. *Omega: Journal Of Death & Dying* [on-line]. Westport, Conn.: Greenwood Periodicals, 2008, roč. 56, č. 1, s. 33-46 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1541-3764. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=34&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=sih&AN=26695176>

TAYLOR, E. J. Prevalence and Associated Factors of Spiritual Needs Among Patients With Cancer and Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum* [on-line]. New York: Oncology Nursing Societ, 2006, roč. 33, č. 4, s. 729-735 [cit. 2012-01-16]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=6&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=21372265>