Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci

PhDr. Helena Novotná[1, 2], doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.[1, 3]
[1]Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
[2]Nemocnice Tábor, a. s.
[3]Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

Autoři článku poukazují na význam spirituální stránky osobnosti, která byla ještě donedávna zdravotnickým personálem, buď z ostychu, nebo z neznalosti, téměř opomíjena. V posledních několika málo letech je patrna snaha zdravotníků pečovat o spirituální potřeby nemocných, i když stále ještě nelze říci, že se jedná o zcela dostatečný stav. Příspěvek se zabývá možnostmi diagnostiky spirituálních potřeb u pacienta a současně popisuje i některé formy spirituální péče, které mohou být poskytnuty v institucionální péči.

Klíčová slova: spiritualita, pacient, spirituální potřeby, spirituální péče.

Spiritual needs and their diagnostics in disease

The authors of the article highlight the importance of the spiritual aspects of personality, that until recently was neglected by medical staff either shyness or nescience. There has been an effort of medical care about spiritual needs in the last few years. Althought still can not say, that it is a sufficient condition. The paper deals with the possibilities of diagnostics spiritual needs of the patient and also describes some forms of spiritual care, that can be provided in institutional care.

Key words: spirituality, patient, spiritual needs, spiritual care.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e23–e25

Úvod

Pojem spiritualita má dlouhé a bohaté dějiny. Odvozuje se z latinského slova spiritus – duch, dech, také duchovnost nebo niternost. Má mnoho významů, při jejichž výběru je rozhodující, z jakého úhlu k němu přistupujeme. Z jiného úhlu k spiritualitě přistupuje teologie, z jiného psychologie, odlišně ji vnímá etika a opět jinak sociologie. Obecně lze říci, že spiritualita je to, oč člověku v životě jde, kam má namířeno, co má pro něj nejvyšší hodnotu a co je smyslem jeho života (1).

Po několik desetiletí se v odborných psychologických kruzích vedou diskuze, jakým způsobem se spiritualita liší od náboženství. Z **této diskuse se vykrystalizovaly dva výrazné postoje: podle jednoho je spiritualita chápána jako hledání posvátného (ať už tradičními nebo méně tradičními způsoby) a je jádrem náboženského života, druhým (opačným) názorem je spiritualita vnímána dynamicky, jako niterný, osobní vztah jedince k nejzazšímu jsoucnu a nemusí být nutně** vázána na náboženství (2). Být religiózní znamená být zároveň také spirituálním, ale obráceně to neplatí pokaždé. Spiritualitu lze podle mnohých považovat za univerzální vrozenou dispozici (3). Spirituální pohled by měl patřit do psychoterapie i komplexní léčby. Setkáme se s ním v humanistické psychoterapii (A. Maslow, V. Frankl), v pastorální medicíně a často v nekonvenčních metodách, někdy nazývaných ezoterické léčitelství a psychoterapie s náboženskými přesahy. Vyjdeme-li z humanistické Franklovy logoterapie, je spiritualita výrazem vůle ke smyslu, jehož hledání je v lidském životě hlavním motivačním faktorem (4).

Buccher (5) v rámci výzkumu terminologie nechal vytvořit studentům medicíny na univerzitách ve Freiburgu a Salzburgu asociační pole k větě: *„Když se řekne spiritualita, napadne mě..."* Při vyhodnocení 193 odpovědí bylo zjištěno 7 kategorií: nadpřirozeno a transcendentno; esoterika a okultismus; spirituální praktiky; pocity harmonie; víra nezávislá na náboženství; životní filosofie a smysl; individuace. Spiritualita byla jen občas spojována s církví a vykazovala spíše rysy individuální, emoční, orientované na zkušenost. Naopak, mnoho zdravotníků do nedávné doby vnímalo spiritualitu jako něco čistě náboženského, co stálo stranou jejich zájmů. Považovali ji za soukromé téma a za věc kněží. Jejich pozornost je mnohem více zaměřena na tělesné potřeby člověka, na porušené tělesné zdraví a soběstačnost. Teprve v současnosti se problematika spirituality nemocných dostává do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti, o čemž svědčí i rostoucí snaha určitým způsobem diagnostikovat spirituální potřeby nemocných a v tomto směru zkvalitnit péči o pacienty. Ovšem péče o spirituální dimenzi nemocných a umírajících je však ve zdravotnických zařízeních dosud prováděna nesystematicky a velmi různorodě.

Spirituální potřeby

Spirituální potřeby nemocného není snadné rozpoznat. Často bývají zamaskovány různými typy chování. Navíc spirituální potřeby lidí, kteří stojí mimo náboženský systém církví a náboženských společností, jsou v běžném kontaktu obtížně zaznamenatelné, protože se zpravidla navenek tak neprojevují a také personál se na ně cíleně neptá. Svatošová dodává, že duchovní potřeby má opravdu každý, ať si je uvědomuje nebo ne, a právě ten, kdo si jich není vědom, je v tomto směru nejpotřebnější (6). Zejména v paliativní péči má řešení a saturace duchovních potřeb velkou prioritu a může být klíčovým aspektem psychologického působení. Knoflíčková (7) také zdůrazňuje význam religiozity a spirituality u nemocných pacientů. Poukazuje na skutečnost, že duchovní přesvědčení v čase nemoci nabývá na významu víc než kdykoli jindy v životě a potřeba spirituálního směřování narůstá. Popisuje, že některým lidem pomáhá smířit se s nemocí a jiní se dívají na nemoc jako na „zkoušku víry". Druzí mohou nemoc vnímat jako trest.

Jednotlivé spirituální potřeby je velmi těžké striktně vymezit. Emblen a Halstead (8) na základě fenomenologické analýzy popsali šest oblastí spirituálních potřeb pacientů: 1. náboženský kontext (víra a transcendence), 2. zkušenosti, které jsou mimo pozemskou existenci, 3. pocity smíru, vnitřního klidu, štěstí a pohodlí, 4. hodnoty (zdraví, víra, naděje), 5. komunikace (mít

možnost hovořit, být poslouchán a pochopen), 6. otázky smrti a života po smrti. Podobný postoj zaujímá i Galek (9), který vymezil 7 dimenzí při hodnocení spirituálních potřeb 1. lásku a respekt, 2. náboženské potřeby, 3. naději, 4. smysl a cíl života, 5. morální a etické potřeby, 6. smysl pro krásu a 7. otázky související se smrtí.

Posouzení (diagnostika) spirituálních potřeb

Abychom byli schopni odhalit spirituální potřebu, musíme umět komunikovat a také mít dobré pozorovací schopnosti, musíme více vnímat, co pacient říká nebo spíše naznačuje. K posouzení duchovních potřeb můžeme například položit pacientovi následující otázky:

- Změnila nemoc vaše priority – místa, věci nebo životní otázky, které jsou pro Vás důležité?
- Ovlivnila nemoc vaše rodinné a jiné vztahy?
- Změnila nemoc váš pohled na sebe sama, na život?
- Které z těchto změn jsou pro vás nejvýznamnější?
- Jaké je vaše největší přání nebo touha v této fázi života (10)?

Diagnostika spirituálních potřeb by se měla provádět až poté, kdy si vytvoříme určitý vztah s pacientem. Takové hodnocení vyžaduje umění vést rozhovor, osobní zájem o pacientův životní příběh, ale také vědomí, že na něj nemůžeme naléhat a předpokládat, že na tyto informace máme právo. Mezi vodící znaky pro stanovení problému ve spirituální oblasti patří úzkost, smutek, nedostatek naděje, klidu, lásky a odpuštění, nenalezení smyslu života v nemoci, hněv nebo neochota spolupracovat. V praxi však zůstává diagnostika spirituálních potřeb stále poněkud stranou a je považována za zcela osobní záležitost týkající se jen věřících pacientů.

Jednou z možností, jak odhalit nenaplněnou spirituální potřebu jsou dotazníky. Systematičtější sledování spirituálních potřeb pacientů ve zdravotnictví pomocí jednotlivých cílených otázek nebo dotazníků je v České republice otázkou posledních několika let. K hodnocení spirituality se v tuzemsku ve většině případů používají individuálně sestavované dotazníky, které bývají vytvářeny nejčastěji v rámci jednotlivých lokálních studií. Tyto dotazníky často mívají pouze malou senzitivitu a specifitu a omezenou reprodukovatelnost.

Říčanem a Jarošovou byl na základě zahraničních vzorů a rozhovorů s vysokoškolskými studenty sestaven **Pražský dotazník spirituality PSQ 30**, který obsahuje otázky se zaměřením na zkušenost a přesvědčení. Není nábožensky orientovaný, lze ho použít i u nereligiózních pacientů. Obsahuje pět dimenzí – mystickou zkušenost, eko-spiritualitu, pospolitost, mravní zaujetí a transcendentálně-monoteistickou zkušenost. Jeho nevýhodou je větší délka, složitost a horší přehlednost (11). Ve světě je ve zdravotnictví používáno několik standardizovaných screeningových dotazníků spirituality. Jedná se o **Škálu spirituální pohody,** soustředí se na posouzení spirituální pohody v náboženské subškále, s vyjádřením vztahu k Bohu a vnímání spokojenosti se svým spirituálním životem v horizontální dimenzi existenciální pohody, která obsahuje existenciální pojetí účelu a smyslu života. **Dotazník spirituální pohody** zachycuje ukazatele, jako jsou např. křesťanská víra, sebeuspokojení, subjektivní spirituální pohoda. Měřící škála je zaměřena na spirituální růst a zralost (12). Mezi další zahraniční dotazníky spirituality patří např. **Index spirituální zkušenosti** zahrnující subškály spirituální podpory a spirituální otevřenosti, zachycující spirituální zralost. Dotazník je vhodný pro osoby s různou spirituální orientací. **Dotazník spirituálních a religiózních témat** je měřícím nástrojem zaměřující se na spirituální a náboženské přesvědčení, postoje, chování u hospitalizovaných adolescentů. R. L. Peidmont je autorem **Škály spirituální transcendence**, která zahrnuje tři dimenze transcendence. První je zaměřena na člověka jako součást lidské společnosti, která vytváří nepřetržitou harmonii života. Druhá dimenze je univerzalita – přesvědčení o jednotné životní podstatě a třetí dimenzí je naplnění modlidbou, city a radostí. Vychází ze širokého konceptu spirituality týkající se značného rozsahu západních i východních náboženských tradic (13). Uvedené dotazníky však často zaujímají široké spektrum obsahu v spirituální problematice, nezřídka jsou i časově náročné a někdy obtížná formulace otázek pro nemocné nedává velký prostor pro jejich praktické využití. K posouzení duchovních potřeb v klinické praxi je přijatelné využít měřicí nástroje více univerzálního charakteru. Vhodným měřicím nástrojem duchovních potřeb se jeví **FICA dotazník.** Tento měřící nástroj byl vyvinut Americkou lékařkou Christinou Puchalski. Je určen k získávání duchovní anamnézy a má sloužit jako vodítko pro duchovní rozhovor v klinické praxi. FICA dotazník je jediný validizovaný screeningový dotazník, který byl popsán i v České republice. Jeho vyplnění je jednoduché a trvá pouze několik minut. Podle autorky dotazníku je metoda kladení otázek FICA použitelná napříč různými kulturami, protože struktura dotazníku vychází z obecných principů a hodnotící se nemusí doslovně držet daných formulací. Respondent jej může vyplňovat sám nebo je možné otázky klást jako součást rozhovoru s pacientem při klasickém odebírání anamnézy. FICA dotazník se skládá ze čtyř částí (souborů otázek) označených podle jednotlivých písmen názvu: F-faith (víra, náboženství, přesvědčení), I-importance (důležitost, významnost), C-community (společnost, přátelství), A-adress in care (zařazení do péče). Dotazník obsahuje otázky typu: *Máte nějaké (spirituální) přesvědčení, která Vám pomáhá zvládat stres?*

Co dává Vašemu životu smysl? Jaký význam má vaše přesvědčení či víra ve Vašem životě?

Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak se o sebe staráte během své nemoci? Jakou roli hraje Vaše přesvědčení ve Vašem uzdravování? Existuje člověk nebo skupina lidí, které máte opravdu rád(a) a kteří jsou pro Vás důležití? Jak byste si přál(a), aby Váš ošetřující lékař zařadil tyto skutečnosti do Vaší zdravotní péče? apod.(11).

Použití dotazníkových metod má řadu úskalí. Přestože v odborné literatuře existuje několik takových hodnotících nástrojů, nemusí vždy zajistit požadovaný výsledek. Někdy se může stát, že dotazováním vyvoláme reakci pacienta, kterou nelze zvládnout. Hodnocení duchovních potřeb je nutné provádět opatrně, musí být vždy dialogem, ne pouhým zaškrtáváním políček.

Spirituální péče

Spirituální péči mohou potřebovat v různé míře všichni nemocní, kteří se obávají o svůj život. Spolu s nemocnými si mohou tyto otázky pokládat také rodinní příslušníci a personál nemocnice. Většina lidí nechce zůstat se svými problémy a otázkami o samotě. Adepty pro spirituální péči jsou také často jedinci, kteří trpí výkyvy nálad, strachem, depresí, pesimismem, samotou, negativně hodnotí dosavadní život, výhled do budoucnosti apod. Často se projevují apatií nebo agresí, či různým způsobem odmítají spolupráci se zdravotnickým personálem.

Spirituální péče má několik podob:

Přítomnost u lůžka – mlčení s mlčícím klientem, kontakt na principu bazální stimulace.

Podání informací – informování o spirituální péči a jí blízkých tématech.

Podpůrný rozhovor – přeladění emocí u deprese, úzkosti, pláče.

Poradenský rozhovor – problematika vztahů (partnerských, generačních).

Terapeutický rozhovor – obsahuje existenciální témata.

Svátostní služba – modlitba, četba duchovní literatury, svátosti.

Bohoslužba – ve vyhrazeném prostoru nebo přímo na oddělení.

Profesní kontakt – konzultace s personálem o klientovi nebo spirituálních tématech.

Supervize, porada – poskytovaná nebo přijímaná (14).

Mnoho autorů se shoduje, že nejdůležitější pomocí v duchovní oblasti je s pacientem vůbec hovořit. Nemocný často zůstává sám se svými obavami a strachem většina zdravotníků ani příbuzných nemá odvahu pouštět se s nimi do rozhovorů o existenciálních otázkách. V péči o spirituální potřeby nemocných má nezastupitelnou roli nemocniční kaplan. Práce kaplana má několik charakteristik. Náleží k nim služba s ohledem na potřeby – existenciální, duchovní, náboženské; hledání a přivádění ke zdrojům – osobním, kulturním; víra; společenství a individuální přístup (15). Úkolem kaplana je tedy poskytnout prostor k vyjádření vnitřních emocí, obav, přání, přispívat ke snižování existencionální úzkosti, pomáhat hledat naději, udržovat kvalitu života nemocného. Kaplan slouží ve zdravotnickém zařízení hlavně svou přítomností a je k dispozici pro rozhovor a blízkost. Křesťanům také nabízí čtení z Bible, modlitbu i svátosti. Je přínosem nejen pro nemocné. Duchovní pomáhají vyrovnat se se smrtí nejen pacientům a jejich příbuzným, ale také zdravotnickému personálu. Kaplan je členem multidisciplinárního týmu, který spolupracuje se zdravotníky, psychologem, sociálním pracovníkem a dalšími členy týmu (16). Je ve své činnosti vázán etickým kodexem (*Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*), jeho práce podléhá mezinárodním evropským standardům a jako jiní zdravotničtí pracovníci je povinen zachovávat mlčenlivost.

Závěr

Lidská identita je dnes v rámci holistického přístupu nazírána jako jednota zahrnující v sobě biologickou, psychologickou, sociální, kulturní a spirituální dimenzi, která prožívá, myslí, jedná a chová se (17). Spiritualita hraje významnou roli v životě nemocného člověka jak věřícího, tak i toho, který se považuje za nevěřícího. Zejména v přítomnosti chronických onemocnění nabývá spirituální stránka lidské osobnosti velkého významu. Nedostatečná péče o spirituální potřeby pacientů může mít zásadní vliv na kvalitu života a celkovou pohodu (well-being) pacienta. Nicméně při poskytování spirituální péče nelze pacienty mechanicky zařazovat do určitých skupin, které se vyznačují společnými znaky, protože každý člověk je svébytné individuum. Prubířským kamenem umění každého poskytovatele spirituální péče je pak vytvoření zcela individuálního přístupu k nemocnému a zcela individuální metodiky.

Literatura

1. Křivohlavý J. Porozumět duchovní stránce pacienta. *Ošetřovatelství*. 2006;6(3-4):84-85.

2. Zinnbauer B. Religion and Spirituality. *J Sci Study Relig*. 2012;36(4):549.

3. Sheldrake EP. *Spiritualita a historie: úvod do dějin a interpretace křesťanského duchovního života*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2003. 231.

4. Říčan P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007.326.

5. Buccher A. Psychology spirituality of our times. *J Sci Study Relig*. 20012;39(8):782-783.

6. Svatošová M. *Umění doprovázet*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149.

7. Knoflíčková Z. Význam religiozity a spirituality ve stáří. *Kontakt*. 2008;10(1):172-177.

8. Emblen J, Halsted L. Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses and chaplains. *Clin Nurse Special*. 2011; 7(4):175–198.

9. Galek K. Assessing a patient´s spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holistic Nurs Pract*. 2005;19(2):62-69.

10. Nemcová J. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošettrovateľskej starostlivosti*. 1.vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, 2013. 77.

11. Hrnčiariková D, Hrnčiarik M. Vliv víry na prožívání nemoci u seniorů, dotazník spirituality. *Čas Lék čes*. 2011;150(6):327-329.

12. Halama P, Adamovová L, Hatoková, M, et al. *Vybrané kapitoly z psychologie náboženstva*. 1. vyd. Bratislava: Don Bosco. 2006. 165.

13. Hajnová-Fukasová E, Bužgová R, Feltl D. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Clin Onkol*. 2015;28(1):13-19.

14. Odrobiňák J. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatr praxi*. 2010; 11(3):127-129.

15. Opatrná M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Med praxi*. 2004;1(2):18-23.

16. Hošťálková M. Péče o spirituální potřeby umírajících. *Ošetřovatelství*. 2009;11(3-4):41-43.

17. Baštecká B, Goldman P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436.

PhDr. Helena Novotná
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
helena.novotna@nemta.cz