

Spirituální potřeby a jejich hodnocení v praxi

Kateřina Tvarůžková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina Tvarůžková**
Osobní číslo: **H21423**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetrovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Spirituální potřeby a jejich hodnocení v praxi**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti spirituálních potřeb.

Příprava metodiky k informativní přehledové studii.

Formulace kritérií pro výběr hodnotících nástrojů.

Realizace výzkumu technikou analýzy nástrojů.

Příprava přehledu hodnotících nástrojů v oblasti spirituálních potřeb.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků šetření.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BAŠTECKÁ, B. a J. MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. 759 s. ISBN 978-80-262-0617-0.
- MASLOW, A. H. *Religions, Values, and Peak-Experiences*. USA: Important Books, 2014. 118 p. ISBN 978-8087888841.
- O'BRIEN, M. E. *Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground*. USA: Jones & Bartlett Learning, 2021. 500 p. ISBN 9781284225044.
- OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. 176 s. ISBN 978-807-4652-691.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2022. 144 s. ISBN 978-80-271-3242-3.
- TIMMINS, F. & S. CALDERIA. *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*. Switzerland: Springer, 2019. 223 p. ISBN 978-3-030-04419-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou spirituálních potřeb a jejich hodnocením sestrou v nemocničním i domácím prostředí. První kapitola se zabývá obecnou teorií potřeb, jsou zde vysvětleny pojmy potřeba a motivace a uvedeni nejznámější autoři, kteří se touto problematikou zabývají. Zvláštní pozornost je věnována lidským potřebám v oblasti spirituality a duchovna. Je uvedena terminologie slova spiritualita, religiozita a duchovno. Druhá kapitola se zabývá rolí sestry v péči o spirituální potřeby pacienta. Jsou uvedeny možnosti zjišťování spirituální anamnézy a techniky sběru informací. Druhá kapitola také obsahuje informace o saturaci spirituálních potřeb ve vztahu k věku a mentální zralosti pacienta. Práce dále uvádí cíle péče o spirituální potřeby pacientů, kterých se sestry snaží během poskytování péče docílit. V závěru teoretické části jsou uvedeny možnosti hodnocení péče o spiritualitu nejen z pohledu pacienta, ale zejména možnosti sebereflexe sestry jako člena týmu, který poskytuje duchovní péči. Praktická část se zabývá nástroji hodnotícími oblast spirituality, které jsou dostupné pro praxi. Jsou uvedena vyhledávací kritéria pro výběr nástrojů. Dále je uveden přehled vyhledaných nástrojů. Získané informace jsou zpracovány do přehledu nástrojů vhodných pro použití v praxi.

Klíčová slova: spiritualita, hodnocení potřeb, duchovní péče

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the issue of spiritual needs and their assessment by nurses in hospital and home settings. The first chapter deals with the general theory of needs, the concepts of need and motivation are explained and the most well-known authors dealing with this issue are listed. Special attention is given to human spiritual needs and spirituality. The terminology of spirituality, religiosity and spirituality is given. The second chapter deals with the role of the nurse in caring for the spiritual needs of the patient. Options for taking a spiritual history and techniques for gathering information are presented. The second chapter also includes information on the saturation of spiritual needs in relation to the age and mental maturity of the patient. The thesis also outlines the goals of caring for patients' spiritual needs that nurses strive to achieve during the provision of care. The theoretical section concludes with the possibilities of evaluating spirituality care not only from the patient's perspective, but especially the possibilities of self-reflection of the nurse as a member of the team, who is providing spiritual care. The practical section looks at the tools available for practice to assess the area of spirituality. Search criteria for the selection of tools are given. An overview of the tools retrieved is also provided. The information gathered is compiled into an overview of tools suitable for use in practice.

Keywords: spirituality, needs assessment, spiritual care

Tímto bych ráda poděkovala paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, trpělivost, čas, cenné rady a připomínky, které mi během zpracování práce poskytla.

Děkuji mým milujícím rodičům, a nejbližší rodině, od kterých se mi během studia dostalo obrovské podpory.

Dále děkuji mému příteli, který mi byl také velkou oporou při psaní této práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	12
1.1 POTŘEBY ČLOVĚKA	12
1.1.1 Klasifikace lidských potřeb a teorie motivace	13
1.1.2 Potřeby člověka v nemoci	17
1.2 SPIRITUALITA A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	19
2 ROLE SESTRY PŘI PÉČI O SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY KLIENTA.....	21
2.1 POSOUZENÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB	21
2.2 SATURACE SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB	23
2.3 CÍLE PÉČE O SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	26
2.4 HODNOCENÍ PÉČE O SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	28
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
3 PŘEHLEDOVÁ STUDIE.....	31
3.1 CÍLE PRÁCE	31
3.2 KRITÉRIA PRO VÝBĚR NÁSTROJŮ DO PŘEHLEDOVÉ STUDIE	31
3.3 VYHLEDÁVÁNÍ ZDROJŮ	31
3.4 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	34
3.5 VÝSLEDKY	39
4 VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ V PRAXI.....	40
5 DISKUSE	43
ZÁVĚR	45
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	46
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	52
SEZNAM OBRÁZKŮ	53
SEZNAM TABULEK.....	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	55

ÚVOD

Péče o spirituální potřeby pacientů je v současnosti stále více zdůrazňována. Spiritualita a duchovní pohodlí má bezprostřední vliv na prožívání nemoci. Je všeobecně známo, že psychické rozpoložení může mít vliv na průběh a výsledek léčby. Proto je velmi důležité, aby se sestra během péče o pacienta zajímala nejen o fyzický stav, ale také o jeho spiritualitu. Spirituální pohodlí pacienta ovlivňuje jeho postoj k nemoci, hospitalizaci, závislosti na péči a také k samotným členům zdravotnického týmu. Je tedy velmi důležité, aby bylo o spiritualitu pacienta pečováno s co největší profesionalitou zahrnující empatii, ochotu naslouchat, ochotu hledat řešení osobních problémů, diskrétnost, důvěryhodnost aj. Tato práce se zabývá lidskými potřebami, zejména spirituálními, a možnostmi, jakými k nim sestra v praxi může přistupovat, od diagnostiky, až po hodnocení péče. Cílem teoretické části této práce je předložit teoretická východiska týkající se lidských potřeb se zaměřením na spirituální potřeby a roli sestry při péči o spiritualitu pacienta. Cílem praktické části této práce je zjistit nástroje dostupné k hodnocení spirituálních potřeb sestrou v praxi a vytvořit přehled těchto nástrojů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

„Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka.“ (Trachtová, 2018, s. 9) Současné ošetrovatelství vnímá člověka jako bio-psycho-sociální bytost se všemi jeho aspekty. Tento přístup se nazývá holistický. Holistická teorie vidí člověka jako celek složený z více malých částí, které se navzájem ovlivňují. Znamená to tedy, že porucha jedné části může způsobit nebo ovlivnit poruchu jiné části, či celého organismu.

1.1 Potřeby člověka

Pojem potřeba se pokusilo definovat mnoho autorů. Slovo potřeba může být chápáno jako odpověď na otázku „Proč děláme to, co děláme?“ Potřeba člověka je stav, motivující daného jedince k činnosti, která následně ovlivní stav konkrétní potřeby. Jedinci, kteří mají z důvodu nemoci omezenou soběstačnost, jsou v naplňování svých potřeb závislí na svém okolí.

Podle H. A. Murray je potřeba „konstrukt označující sílu v oblasti mozku, která organizuje rozličné psychické procesy (vnímání, myšlení, cítění) s cílem změnit nastávající neuspokojivou situaci.“ (Baštecká a Mach, 2015, s. 432)

Krátká (2018, s. 14) definuje potřebu jako „projev nedostatku nebo nadbytku něčeho v oblasti biologické, psychické nebo sociální.“ Potřeba je vnímána jako stav jednotlivce, který narušuje stav životní rovnováhy.

Podle Trachtové (2018, s. 10) potřeba „pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá.“

Potřeba je tedy subjektivně vnímaný pocit deficitu či přebytku v různých oblastech prožívání a vnímání. Pokud se potřeba u člověka objeví, může vést ke změně myšlení a vnímání okolního světa. Potřeby, které jsou vnímány jako nezbytné, či život ohrožující, často vedou k okamžité změně chování. Vnější pozorovatel tak může zjistit existenci potřeby a její vývoj pozorováním chování daného člověka. Potřeby jsou nezbytným jevem při zjišťování osobního komfortu člověka.

Naplnění potřeb

V souvislosti s naplněním potřeb používá odborná literatura výraz *saturace*. Slovo saturace pochází z latiny (*saturare* = nasýtit, utišit). Jedná se tedy o naplnění něčeho, co je prázdné (Nakonečný a Nešpor, 2018).

Nenaplnění aktuální potřeby může vést k nežádoucím vlivům na myšlení, vnímání a chování jedince. Obecně můžeme nežádoucí příznaky nenaplněných potřeb rozdělit na psychické a fyzické. Mezi psychické nežádoucí příznaky patří nervozita, stres, nesoustředěnost, pocit úzkosti atd. Fyzické příznaky mohou být závažnější, podle druhu a urgency dané potřeby. Nejčastěji je uváděna nespavost, trávicí obtíže, pocit bušení srdce, pocení atd. Tyto příznaky se vyskytují zejména u nenaplnění základních potřeb. Pokud nedojde ke včasnému naplnění potřeby, stupňující se stres vyrostě až do frustrace.

Mezi následky nenaplnění potřeb je možné zařadit: stres, distres, pocit frustrace, deprivaci a depresi (Šamánková, 2011).

Motivace

Z výše uvedeného je zřejmé, že s lidskými potřebami je úzce spojen i pojem motivace. Slovo motivace je odvozeno od slova motiv, převzatého z latiny: *motus* znamená pohyb. Motiv je tedy něco, co uvádí do pohybu, co vede k aktivitě. Často je pojem motiv používán jako synonymum pro slovo potřeba (Říčan, 2010). Obecně platí, že bez potřeby není motivace. Motivace je jakousi hybnou silou lidského chování. Naplnění potřeby je přímo závislé na síle motivace. Šamánková (2011, s. 16) udává, že „Motivace je psychický proces, vedoucí k energetizaci organismu.“ Motivace usměrňuje chování člověka k dosažení určitého cíle, jehož dosažení představuje naplnění potřeby, a tudíž i uspokojení. Motivace může být vnímána na základě nedostatku, kdy je přítomen pocit prázdnoty toužící po naplnění. Dále může být motivace vnímána na základě pocitu přeplnění, přetlaku. Jedná se o situace, kdy k uspokojení dojde, pokud ze sebe tělo něco vydá, než aby přijímalo. Příkladem může být snaha o vybití vzteku. Na základě modelu nedostatku a nadbytku je zřejmé, že pokud jsou uspokojeny oba aspekty – nedostatek i přebytek, dochází ke stavu rovnováhy (Říčan, 2010). Klasifikací potřeb a otázkou teorie motivace se zabývalo mnoho autorů. Některými významnými autory a jejich dílem se zbývá následující podkapitola.

1.1.1 Klasifikace lidských potřeb a teorie motivace

Abraham Maslow

Abraham Maslow se narodil v roce 1908 v Brooklynu v New Yorku. Vystudoval psychologii na University of Wisconsin. Zpočátku své kariéry byl obdivovatelem Sigmunda Freuda, dospěl však k názoru, že jeho myšlenky poskytují poněkud nevyvážený pohled. Na rozdíl od Freudovy snahy zabývat se příčinami neuróz, se Maslow začal zabývat tím, co funguje pozitivně (Joseph, 2018).

Maslow sestavil potřeby na základě pořadí, v jakém se projevují během lidského vývoje. Základem Maslowovy hierarchie potřeb (viz. příloha č. 1) jsou biologické potřeby. Jsou to potřeby nezbytné k zachování lidské existence: hlad, žízeň, sexuální pud, potřeba kyslíku, odpočinek atd. Druhé místo v hierarchii potřeb zaujímá potřeba bezpečí. Na třetím místě se nachází potřeba přijetí okolím, být milován. Na potřebu sounáležitosti navazuje potřeba uznání, úcty a respektu. Na pátém místě v hierarchii potřeb Maslow zařadil potřebu poznání. Na šestém místě potřebu seberealizace a transcendence.

Pokud nejsou uspokojeny potřeby z nižších úrovní hierarchie, dle Maslowa není možné uspokojit ty vyšší. V případě, že jsou uspokojeny základní biologické potřeby, vchází do popředí potřeba bezpečí a jistoty. Pokud se člověk cítí v bezpečí, dostává potřebu milovat a být milován. Pokud je i tato potřeba naplněna, přichází do popředí potřeba úcty a sebeúcty. Pokud jsou všechny tyto potřeby pravidelně naplňovány, nastupuje potřeba poznání, estetičnosti a harmonie. Při naplnění i těchto potřeb nastává nejvyšší potřeba z Maslowovy hierarchie, a to potřeba seberealizace a transcendence (Říčan, 2010).

H. A. Murray

Henry Alexander Murray se narodil v New Yorku v roce 1893 a zemřel v roce 1988 v Cambridge, Massachusetts. Zajímal se o psychologii C. Junga a S. Freuda. Vyučoval psychologii na Harvardské univerzitě a také vykonával práci ředitele Harvardské psychologické kliniky (Britanica, © 2023).

Murrayho teorie osobnosti spočívá v předpokladu, celek je utvářen potřebou a tlakem. Tlak je chápán jako to, co prostředí po jedinci požaduje, aby splnil. Murray dále tlak dělí na alfa tlak a beta tlak. Alfa tlak představuje objektivní okolnosti, to, co na jedince působí zvenčí. Způsob, jakým je jedincem vnímán alfa tlak, nazýváme beta tlak. Beta tlak je důležitý pro jednání jedince. Potřebu Murray chápe jako to, co jedinec sám chce a co je jeho cílem (Šamánková, 2011).

Murray rozdělil lidské potřeby na viscerogenní a psychogenní, pozitivní a negativní, zjevné a skryté. Viscerogenní potřeby zahrnují organické procesy. Patří k nim např. potřeba dýchání, vyprazdňování, příjmu potravy, sexuální potřeby, bolest atd. Mezi psychogenní potřeby Murray zařadil např. potřebu pořádku, zábavy, řízení, obrany, porozumění, předvádění se, ponižování atd. (Plevová, 2019)

Viktor Emanuel Frankl

Viktor Emanuel Frankl se narodil v roce 1905 a zemřel v roce 1997 ve Vídni. Byl profesorem na neurologické klinice vídeňské polikliniky. Založil *Třetí vídeňskou školu*

psychoterapie, napsal celkem 39 knih, které byly přeloženy do 50 jazyků. Během druhé světové války byl vězněn v několika koncentračních táborech, kde získal inspiraci k přemýšlení, nad samotným jádrem člověka a tím, co ho tvoří.

Za jádro člověka Frankl považoval „jáství“, se kterým se člověk setkává, až ve chvíli, kdy mu je všechno odebráno – stejně jako vězňům v koncentračních táborech. Současná doba poskytuje spoustu možností k rozptýlení a útěku před vlastním „jástvím“, protože setkání s ním je mnohdy pro člověka nepříjemné až nesnesitelné (Frankl, 2022).

Stephen Covey

Stephen Covey se narodil v roce 1932 v Utahu a zemřel v roce 2012. Získal čestný doktorát z náboženství na Brigham Young University, kde se stal vyučujícím. Jednou z jeho nejznámějších knih je *The Seven Habits of Highly Effective People*, kterou napsal v roce 1989. I ve svých dalších dílech se věnoval problematice lidského chování v souvislosti se snahou dosáhnout úspěchu v životě (Famous authors, © 2024).

Coveyův model (viz. příloha č. 2) sestává ze čtyř základních lidských potřeb: sociální, fyzické, mentální a duchovní (Šamánková, 2011). Smyslem modelu je harmonicky uspokojovat všechny potřeby průběžně (Doležal, 2023).

Victor Vroom

Victor Vroom se narodil v roce 1932 v Montrealu a zemřel v roce 2023. Působil jako vysokoškolský profesor na Yale University (Library of congress, © 2023).

Victor Vroom založil svou teorii motivace na myšlence predikce budoucnosti. Pokud je člověk přesvědčen, že cíl je dostatečně atraktivní a dosažitelný, má motivaci o ten cíl usilovat (Šamánková, 2011). Člověku, který si je jistý ve svých schopnostech dosáhnout svého cíle, se s větší pravděpodobností podaří cíle dosáhnout snáz než člověku přesvědčenému, že na dosažení cíle schopnosti nemá. Atraktivita cíle je přímo úměrná motivaci ho dosáhnout.

D.C. McClelland

David McClelland se narodil v roce 1917 a zemřel v roce 1998. Působil jako profesor výzkumu psychologie na univerzitě v Bostonu a také na Harvard University v Cambridge (Mcclellandmedia.com, © 2023).

McClellandova teorie motivace je známa také pod pojmem *Teorie tři potřeb*. Podle této teorie mají lidé potřebu někam patřit, něčeho dosáhnout a mít moc. Jediný rozdíl mezi nimi tvoří jejich vnitřní žebříček potřeb. McClelland vytvořil 3 hlavní potřeby a specifikoval to, podle čeho lidé jednají a co je pro ně prioritní. Patří mezi ně: Achiever –

potřebuje něčeho dosáhnout; Affiliation seeker – potřebuje někam patřit; Power seeker – touží po moci (Šamánková, 2011).

E.P. Fromm

Erich Fromm se narodil v roce 1900 a zemřel v roce 1980. Byl to německý sociolog a humanista. Byl jedním z následovatelů Sigmunda Freuda. Na lékařské fakultě univerzity v Mexiku založil oddělení pro psychoanalýzu (Slovenské literárne centrum, © 2003 - 2024).

Fromm považoval za nejdůležitější potřeby ty, které bezprostředně souvisejí s existencí člověka. Mimo jiné uvedl i potřeby, které odpovídají sociálnímu vymezení jedince:

- Potřeba sociálního začlenění
- Potřeba transcendence
- Potřeba zakořenění
- Potřeba individuální identity
- Potřeba racionality (Šamánková, 2011, s. 30)

Edvard Deci a Richard Ryan

Teorie E. Deciho a R. Ryana klade důraz na potřebu seberealizace. V rámci seberealizace je kladen důraz na potřebu autentického rozvoje osobnosti. Deci a Ryan vytvořili tzv. Teorii sebedeterminace, podle které má každý člověk tendenci jednat na základě svých potřeb. Toto jednání je však ovlivněno vnějšími tlaky, které mohou vnitřní motivy ovlivnit pozitivně i negativně. Pokud člověk jedná na základě své autonomie a přesvědčení o prospěšnosti věci, cítí se mnohem lépe než člověk, jehož chování vychází z vlivů a očekávání jeho okolí. Jako základní tři potřeby označili Deci a Ryan potřebu kompetentnosti, potřebu autonomie a potřebu sounáležitosti. Lidské chování se tedy odvíjí na základě snahy o kontrolu okolního dění a možnosti do něj zasahovat, samostatně jednat v souladu se svými vlastními hodnotami a snahy udržet si dobré vztahy s ostatními lidmi. Rozdíl je kladen také na zdroj motivace, ten může být vnější nebo vnitřní. Lidé motivovaní vnějšími stimuly nemusí být zcela přesvědčeni o správnosti svého jednání, může se stát, že nebudou s danou situací ztotožnění, protože nemusí odpovídat jejím potřebám. Dochází k potlačení autentických projevů daného jedince a ten se často cítí bezmocně či méněcenně z důvodu ztráty vlastní autonomie. Lidé, kteří jsou naopak motivovaní vnitřně, jsou sami osobně přesvědčeni o správnosti svého cíle, a tudíž i chování. Takoví jedinci se nenechají ovlivnit, necítí se ohroženi, udržují vyvážené vztahy s ostatními a nemají potřebu někoho ovládat (Vágnerová, 2016).

1.1.2 Potřeby člověka v nemoci

Zdravý člověk je schopen zajistit si naplnění svých potřeb. Pokud je zdraví člověka narušeno, je pravděpodobné, že ztratí schopnost uspokojovat některé či všechny své potřeby. V závislosti na závažnosti onemocnění ztrácí člověk schopnost sebepečení a stává se tak závislý na druhých. Pečující osoba se musí učit vyhledávat a uspokojovat potřeby nemocného člověka, ať už se jedná přímo o zdravotníka, či člena rodiny kdo pečuje. Často je vyhledávání potřeb komplikováno stavem pacienta, či nějakou z komunikačních bariér mezi pacientem a pečujícím. Tento problém je nejvíce znatelný u pacientů s poruchou kognitivních funkcí, kteří schopnost soběstačnosti lehce ztrácejí.

Abychom byli schopni naplnit potřeby nemocného člověka, musíme kromě nemoci samotné vzít v úvahu i jiné faktory. Mezi tyto faktory může patřit: pohlaví, osobnost, temperament nemocného, pohlaví, věk, vzdělání, hierarchie hodnot, sociální vazby atd. (Šamánková, 2011) Je tedy zřejmé, že vnímání nemoci a faktu, že je člověk odkázán na pomoc druhého, prožívá každý individuálně na základě svých osobnostních rysů a předchozích zkušeností. Je proto nutné, přistupovat při péči o nemocného výhradně individuálně. Pečující osoba musí mít dostatečně vyvinutý smysl pro vyhledávání potřeb nemocného a pro jejich uspokojování.

Sestry pečující o pacienty ve zdravotnickém zařízení pracují formou tzv. ošetrovatelského procesu. Ten zahrnuje tyto činnosti: posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci péče a vyhodnocení (Kudlová, 2016). Je to tedy vhodný nástroj k péči o potřeby nemocného.

Ačkoli může být Maslowovo řazení potřeb během života individuálně upravováno (v určitém období života jsou některé z vyšších potřeb upřednostňovány před nižšími), v nemoci je často potřeba začít nejprve pečovat o potřeby ze spodních částí pyramidy.

Základní tělesné, fyziologické potřeby

Na základní fyziologické potřeby se ošetrovatelská péče zaměřuje nejvíce. Nenaplněné základní potřeby mohou vést k narušení zdraví. Uspokojování základních potřeb je cestou k udržení či navrácení zdraví a podporuje vývoj jedince (Maslow, 2021). Základní potřeby jsou potřeby, motivující jedince ke snaze udržet a zachovat život. Člověk základní potřeby nejčastěji uspokojuje automaticky, předtím, než se stanou aktuální. Např. udržování denního rytmu, pohybu, spánku apod. (Trachtová, 2018)

Potřeba bezpečí, jistoty

Potřeba bezpečí a jistoty je velmi důležitá i pro pacienty hospitalizované, i pro ty v domácí péči. Trachtová (2018) uvádí: „Jistota a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu, potřebu ochránce, ekonomického zajištění apod.“ Pacient udělující souhlas s výkonem a hospitalizací, projevuje svým souhlasem důvěru ve zdravotnické zařízení i zdravotníky, kteří v něm pracují. Tuto důvěru zdravotníci získávají podáním potřebných informací pacientovi a doplněním jeho znalostí o svém aktuálním stavu a nemoci (Šamánková, 2011). Důvěra pacienta může být velmi křehká a může být narušena nevhodným chováním personálu, špatným vybavením zařízení, dlouhým čekáním na vyšetření atd.

Potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti

Se schopností lásky se rodí každý člověk. Každý člověk prožije během života lásku a jeho potřebou je, být milován (Opatrný, 2017). I nemocný člověk potřebuje cítit přijetí od ostatních, potřebuje vědět, že na svoji situaci není sám.

Potřeba uznání, úcty

Na nemocničním lůžku je velmi jednoduché cítit se méněcenný. Nenaplnění potřeby uznání a úcty se může projevovat zvýšenou snahou o dosažení samostatnosti, potřebou pozornosti či touhou po pochvale. Při plně saturovaných potřebách uznání a úcty dochází ke zvýšení sebevědomí pacienta (Malíková, 2011).

Potřeba seberealizace a transcendence

Potřeba seberealizace a transcendence jsou v praxi často jedny z nejopomíjenějších potřeb. Spousta pacientů během hospitalizace výrazně neprojevují potřebu se realizovat, či bádát nad něčím, co je přesahuje. To ovšem neznamená, že tuto potřebu mít nemohou. Postavení žebříčku hodnot je přísně individuální a pro některé pacienty může být určitý prvek seberealizace zásadní bod v léčebném procesu.

Zásadním aspektem při péči o potřeby nemocného člověka je komunikace. Každý člověk se s nemocí vyrovnává jinak. Je proto nutné, aby zdravotničtí pracovníci ovládali komunikaci s pacientem s ohledem na zátěž, kterou nemoc pro pacienta představuje. Profesionál má být vybaven odbornými znalostmi, schopností efektivně komunikovat, jednat na určité úrovni a v neposlední řadě schopností empatie (Trachtová, 2018).

1.2 Spiritualita a spirituální potřeby

Spiritualita je v ošetrovatelství často používaný pojem. Slovo spiritualita pochází z latinského slova *spiritualitas*, což znamená *duchovno*. Jedná se o pojem abstraktní, a tudíž i individuální pro každého člověka. Definice spirituality není v ošetrovatelství jednoznačná. Autoři považují spiritualitu často za soubor pojmů, které zahrnují např. náboženství, podstatu bytí, transcendenci, Boha atd. (Sováriová Soósová, 2022)

Historicky spiritualita představovala v rámci křesťanské víry působení třetí božské osoby – Ducha svatého. V druhé polovině 20. století se začal tento pojem rozšiřovat i mimo oblast křesťanské víry, kdy začal zahrnovat i prožívání duchovního zážitku nezávisle na příslušnosti k organizované církevní instituci. Postupně se pojem spiritualita oddělil od křesťanského základu a v současnosti spíše zahrnuje mimokřesťanské prožívání duchovna (Vojtíšek et al., 2012).

Opatrný (2017, s. 54) definuje obecnou spiritualitu jako „nitro člověka: to obsahuje nejhlubší a nejdůležitější vztahy a vzpomínky, které jsou pro jeho život nosné.“ V souvislosti s touto definicí autor považuje za základní aspekty lásku a odpuštění. Láska je vnímána jako důkaz transcendence skutečnosti, kterou má každý člověk vrozenou.

Spiritualita může být chápána jako něco, co dává smysl životu a spojení s dalšími lidmi. Významově se liší od religiozity, avšak u některých lidí může představovat i hodnotu náboženského přesvědčení (Timmins a Calderia, 2019).

Spiritualita může být vnímána jako dimenze člověka, která je orientována na konečné cíle a hodnoty. Představuje to, co člověka motivuje překročit hranice materiálního světa. Zahrnuje hodnoty, lásku, moudrost, soucit, představitivost, zkoumání existence vyšší duchovní autority, a může i nemusí představovat organizované náboženství. Pro mnoho lidí hlásících se k západním náboženským tradicím, představuje spiritualita zejména víru v Boha. Spiritualita však není orientována pouze na organizované náboženství. Spirituálním zážitkem může pro mnohé být poslech hudby nebo procházka přírodou (O'Brien, 2017).

Podle A. H. Maslowa jsou oblasti spirituální a materiální velmi úzce spojeny. Maslow považuje právě organizované náboženství za riziko vrcholného transcendentního zážitku. Spirituální zážitek z náboženského úkonu se může stát bezvýznamným v případě, že je prováděn automatizovaně, bezmyšlenkově, jen podle návyku. Symbolické úkony

obecně mohou ztrácet význam, pokud jejich smysl neosloví člověka do hloubky. Postrádají tedy schopnost zprostředkovat vrcholný transcendentní zážitek (Maslow, 2014).

Z výše uvedeného vyplývá, že pojem spiritualita není jednoduché definovat, a to, co představuje se velmi často odvíjí od individuality, hodnot a výchování člověka. Spiritualita může být chápána jako náboženská ideologie církvi, jako něco nadlidského, přesahujícího a fascinujícího. Každá lidská bytost má schopnost a potřebu spirituálního prožívání či určité úrovně transcendence. Jedná se však o tak individuální potřebu, že je často obtížné o ní s pacienty mluvit. Zejména v této oblasti je velmi nezbytná schopnost komunikace na profesionální úrovni, naslouchání a empatie. Oblast spirituality může být pro mnohé citlivým tématem zejména v období stresu a strachu z nemoci.

Pojem spiritualita bývá často spojován s pojmem religiozita. Etymologie slova religiozita odkazuje na opětovné spojení něčeho, co bylo přerušeno (re – znovu, ligare – spojit). Religiozita představuje návrat člověka k něčemu, od čeho byl odtržený a snaží se k tomu opět připojit (Suchomelová, 2016).

Štampach (2008, s. 45) definuje religiozitu jako „...přítomnost náboženství v populaci.“ Dále rozdělil religiozitu ze dvou pohledů: kvantitativní, kdy jsou sledována náboženství a náboženské prvky v populaci, a na kvalitativní, kdy je religiozita zkoumána obsahově – jakým způsobem je prožívána a jak ovlivňuje lidský život.

2 ROLE SESTRY PŘI PÉČI O SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY KLIENTA

Sestra hraje klíčovou roli při péči o potřeby pacienta. Je to zásadní aspekt její práce jak už v nemocničním zařízení, tak i v domácí péči. Všeobecná sestra by měla mít zájem, vzdělání a schopnosti k vyhledávání a uspokojování různých potřeb svých pacientů, včetně vyšších potřeb, jako je oblast spirituality a duchovna.

2.1 Posouzení spirituálních potřeb

Prvním krokem sestry při péči o pacienta je posouzení jeho stavu a aktuálních potřeb. V praxi jsou časté případy, kdy sestry neprovádějí posouzení spirituality pacienta. Často udávané důvody jsou nedostatek času, znalostí, dovedností či podceňování významu stavu spirituality na celkový stav pacienta (Sovářiová Soosová, 2022).

Posouzení spirituálních potřeb by mělo být součástí jakéhokoli odebrání anamnézy. Sestra by měla brát ohled na fakt, že prožívání spirituality se může v průběhu péče dynamicky měnit (O'Brien, 2017).

V souvislosti s posuzováním spirituálních potřeb jsou uváděny pojmy jako spirituální screening, spirituální anamnéza a hloubková spirituální anamnéza. Spirituální screening se nejčastěji provádí formou rozhovoru sestry s pacientem nebo krátkým písemným dotazníkem. Při rozhovoru je důležitá schopnost sestry kvalitně komunikovat s pacientem o jeho spiritualitě a duchovním prožívání. Důležitý je výběr pokládaných otázek. Často užívaná otázka zní: „Jste věřící?“ Slovo *věřící* může mít pro různé lidi různý význam. Vhodné je použití otázek, které podněcují pacienta k volné odpovědi (Sovářiová Soosová, 2022). Během spirituálního screeningu sestra pátrá po nenaplněných spirituálních potřebách pacienta. Otázky pokládané v rozhovoru musí být dostatečně pestré pro zachycení co nejvíce problémů, které pacient může prožívat. Screening spirituálních potřeb nemusí být nutně zaměřen na náboženské vyznání pacienta. Otázky mohou být zaměřeny například na pocit vnitřního klidu a míru nebo pocit prožívané radosti či smutku v životě. Zjištění informace o náboženském vyznání pacienta je však také velmi důležité. Náboženství v životě mnoha lidí hraje zásadní roli, zejména v situaci narušeného a ohroženého zdraví. Sestra provádějící spirituální screening musí umět vycítit, jaký druh otázek je vhodné konkrétnímu pacientovi pokládat. Duchovno, víra a celkové spirituální prožívání může být pro pacienta velmi citlivým tématem. Pacient se často zdráhá o tak osobních prožitcích mluvit s neznámým člověkem. Proto by sestra neměla omezit spirituální screening pouze na období při příjmu pacienta. Měla by v průběhu péče neustále

naslouchat a pozorovat, jak pacient prožívá každodenní situace a snažit se odhalit případný problém. Je důležité, aby byla sestra při screeningu aktivním činitelem. Základem je nabídnout pacientovi pocit bezpečí při vzájemné komunikaci. Pacient může mít nepříjemnou zkušenost s nezájmem personálu o jeho osobní pocity nebo strach z projevení duchovního diskomfortu obecně. Pacient, který vycítí nezájem či zlehčování jeho potíží ze strany personálu, se může uzavřít. Tento stav může často vyústit v non compliance pacienta.

Během získávání informací by sestra neměla zlehčovat problémy pacienta. V oblasti spirituality je toto téma ještě výraznější, protože každý jedinec spiritualitu vnímá jinak a také je zde velmi zřetelné pravidlo, že „sytý hladovému nevěří.“ Pokud je pacient například přesvědčen, že jeho nemoc je trest od Boha za jeho hříchy, neměla by mu sestra jeho přesvědčení vyvracet. V takové situaci by se měla pokusit, nejlépe ve spolupráci s duchovním pracovníkem, pomoci pacientovi nalézt odpovědi na otázky proč to tak je, a jaké kroky je vhodné podniknout k napravení situace (Lazárková, 2009).

Spirituální anamnéza posuzuje spiritualitu pacienta do větší hloubky než spirituální screening. Mezi cíle odběru spirituální anamnézy patří rozlišení duchovního diskomfortu pacienta, identifikace potřeb v oblasti spirituality a určení náboženských zdrojů. Spirituální anamnéza je v praxi nejčastěji získávána rozhovorem. Pro získání spirituální anamnézy byly však v poslední době vytvořeny také hodnotící nástroje. Otázku hodnotících nástrojů spirituality používaných v praxi rozebírá praktická část této bakalářské práce. Důležitou roli v rámci získávání spirituální anamnézy hraje také pozorování pacientova chování. Pacient poskytuje informace o svém vnitřním prožívání verbálně nebo neverbálně. Vypovídající hodnotu o duchovním prožívání může mít také stav vztahů mezi pacientem a jeho rodinou nebo mezi spolupacienty navzájem (Sovářiová Soosová, 2022).

Hlubková spirituální anamnéza má poskytovat celistvý pohled na spirituální dimenzi pacienta se zaměřením na riziko spirituální tísně. Nejvhodnějším členem zdravotnického týmu pro odběr hlubkové spirituální anamnézy je kněz. Kněží, nemocniční kaplani a osoby zaměřené pouze na duchovní potřeby mají více zkušeností a času k získání informací od pacienta a identifikaci spirituálních potřeb (Sovářiová Soosová, 2022). Je však důležité, aby nebyl rozhovor zaměřen pouze na oblast religiozity, ale i na nenáboženská témata. Osoba odebírající hlubkovou spirituální anamnézu by měla být vybírána podle základní preference pacienta. Pokud pacient upřednostňuje radši rozhovor s psychologem než s knězem, mělo by mu být vyhověno.

Spirituální screening a sbírání spirituální anamnézy začíná již při příjmu pacienta do péče. Získávání informací však nekončí vyplněním dotazníku či zaškrtnutím kolonky v dokumentaci. Ke sběru dat a informací o pacientově prožívání a riziku spirituální či duchovní tísně by mělo docházet v průběhu celé péče, ať už při hospitalizaci nebo péči v domácím prostředí. Potřeby pacienta se v průběhu péče mohou měnit, a proto by si měla sestra neustále ověřovat stav pacientových potřeb. Pacient může i sám od sebe verbalizovat spirituální tíseň. Může se tak stát např. během terapeutických či ošetrovatelských výkonů. Pacienti často pokládají otázky a věty typu: *Proč se toto děje zrovna mně? Co jsem komu udělal? Můj život už nemá smysl. Toto trápení je k ničemu.* Pokud se pacient sestře svěřil s takovými pocity, měla by to pro ni být alarmující informace o spirituálním diskomfortu pacienta (Sováriová Soósová, 2022).

Na základě získaných informací sestra určuje ošetrovatelskou diagnózu. Taxonomie NANDA uvádí několik diagnóz spojených s duchovní tísní a spiritualitou: 00068 Připravenost zlepšit spirituální well-being, 00169 Zhoršená religiozita, 00171 Snaha zlepšit religiozitu, 00170 Riziko zhoršené religiozity, 00066 Spirituální strádání, 00067 Riziko spirituálního strádání (Herdman et al., 2021).

2.2 Saturace spirituálních potřeb

K saturaci spirituálních potřeb je nezbytný úzký vztah mezi pacientem a sestrou. Spirituální potřeby jsou velmi osobní a citlivou oblastí každého člověka a k jejich uspokojování je nezbytná důvěra pacienta v sestru. Spirituální péče by se měla prolínat celým léčebným procesem a měla by být samozřejmou součástí péče o pacienta (Timmins a Calderia, 2019).

Specifika saturace spirituálních potřeb jsou odlišná v závislosti na pohlaví, kultuře, věku, zkušenostech pacienta apod. Spiritualita a víra se vyvíjí už od dětství. Jednou z nejznámějších teorií vývoje spirituality je Fowlerova teorie vývoje víry. Fowler rozdělil stadia víry na primární víru, intuitivně projektivní víru, mysticko-doslovnou víru atd. Primární víra je dle Fowlera charakteristická pro kojenecké období a rané dětství. Toto období je charakteristické budováním důvěry dítěte v rodiče a blízké okolí. Důvěra mezi rodičem a dítětem je základním kamenem v budování víry (Sováriová Soósová, 2022). Víra v tomto smyslu nemusí být chápána pouze jako náboženská. Víra a důvěra se během života formuje na základě lásky a odpuštění, které člověk zakouší v rodině a blízkém okolí. Láska, ať už rodičovská či partnerská je transcendentní zkušeností

(Opatrný, 2017). Dalším stadiem je intuitivně projektivní víra. Ta se formuje během předškolního věku. V tomto období dítě dokáže rozlišovat co je dobré a co je špatné. Na základě trestu si děti budují pocit lítosti a studu. Důležitým nástrojem pro vývoj víry v tomto období je představivost. Dítě si náboženskou víru osvojuje pomocí her, čtením, zpěvem či náboženskými rituály (Sovářiová Soosová, 2022). Při hospitalizaci dítěte je stejně jako u dospělého pacienta důležité získat informace o jeho prožívání víry a spirituality a pokusit se o jejich rozvoj nebo alespoň udržení. Z výše uvedeného vyplývá, že základem péče o spiritualitu dítěte je láska a odpuštění, ke kterým by děti měly být vedeny již od narození.

Pro školní věk je podle Fowlera charakteristická mysticko-doslovná víra. Děti se v tomto věku učí pečovat a udržovat vztahy. Přejímají vzorce chování a myšlení od rodičů a svého okolí. Může se dostavit první krize víry, kdy dítě díky kritickému uvažování přehodnocuje přijaté vzorce víry od svého okolí. V období adolescence se vyskytuje synteticko-konvenční víra. Adolescenti se během svého dospívání snaží vybudovat vlastní identitu. Pokládají existenciální otázky o smyslu života a hledají odpovědi. Pro adolescenty je důležité duchovní vedení ať už ze strany rodičů či duchovní osoby z důvodu formování morálky a svědomí během dospívání. Vliv rodičů je upozaděn před vlivem okolí a přátel. Adolescenti jsou také více náchylní ke zkoušení různých alternativních směrů. Jsou ve zvýšeném riziku vstupu do sekt či naklonění se k extremismu. Během rané dospělosti se vyvíjí individuálně-reflektivní víra. Dospělý jedinec přehodnocuje svoji víru v souvislosti s přijetím zodpovědnosti za svůj osobní život. Konjunkční víra charakterizuje člověka, který uznává, že pravda není pouze jedna a že je důležité k víře přistupovat z několika hledisek (Fowler, 1995).

Spirituální péče o nemocné dítě vyžaduje vysokou úroveň odbornosti a zkušeností. Nezbytný je individuální přístup ke každému dítěti a snaha o navázání co nejužšího důvěrného kontaktu. Ve spolupráci s rodičem by mělo být dítě usměřováno v morálních zásadách a pokud je to přání rodiče, i ve víře, kterou se mu rodič snaží předat. Pokud je rodič hospitalizován s dítětem, měla by péče o duchovní potřeby dítěte spočívat zejména na něm. Pro dítě je hospitalizace zátěžovou situací a potřebuje, aby kolem něj byla vytvořena atmosféra lásky a bezpečí (O'Brien, 2017). I vážně nemocné a umírající děti se dotazují na otázky smyslu života, nemoci a utrpení. Na tyto otázky je obzvláště dětem těžké odpovědět. Pokud jsou rodiče bezradní v odpovídání na existenciální otázky dítěte, obrací se na odborníky. Sestra zhodnotí stav potřeb dítěte a může doporučit služby

psychologa, kněze či jiného duchovního podle vyznání rodiny kde dítě vyrůstá. S péčí o nemocné či umírající dítě je úzce spjatá i péče o jeho blízké okolí. Dítě přejímá vzorce chování od svých blízkých. Proto je nutné nezapomínat ani na spirituální pohodu rodiče nebo i jiné osoby o dítě pečující. Sestra může zajistit i některé náboženské rituály.

Péče o spirituální potřeby dospívajícího člověka má svá specifika v souvislosti s věkem pacienta. Děti v pubertálním věku si prochází snahou osamostatnit se od rodičů. Spirituální péče může mít pro chronicky nemocného dospívajícího pacienta zásadní význam. Pro dospívajícího člověka vychovaného v duchu nějakého náboženství může být přínosem přítomnost náboženských předmětů na pokoji. Může se jednat o obrázek na stolečku, kříž nebo oblíbenou náboženskou knihu. Zejména pro starší děti může být důležitá přítomnost na bohoslužbě, či provádění dalších náboženských rituálů. Pokud pacient svými náboženskými činnostmi nenarušuje chod oddělení, měl by mu zdravotnický personál maximálně vyjít vstříc (O'Brien, 2017).

V dospělosti se spiritualita stává součástí identity jedince. Stále větším trendem je považovat se za spirituální osobu bez příslušnosti k nějaké církvi. Náboženské praktiky mohou pozitivně ale i negativně ovlivnit léčebný proces (Sovářiová Sošová, 2022). Sestra během péče efektivně komunikuje s pacientem o jeho potřebách a přáních. Jakékoli přání pacienta je nutné respektovat i přes odlišné osobní přesvědčení zdravotníků (např. problematika podávání transfuzí, transplantace, interrupce apod.).

Podle Novotné a Kaly (2015) má péče o spirituální potřeby několik podob: v první řadě je to přítomnost u lůžka pacienta. V tomto smyslu může být dostačující samotné mlčení s mlčícím, dotek ruky, či využití konceptu bazální stimulace. Péče o spiritualitu také zahrnuje edukaci pacienta o spiritualitě a toho, co představuje. Sestra také může saturovat spirituální potřeby metodou podpůrného či poradenského rozhovoru. Pacient může být sestrou podpořen, dostat zpětnou vazbu ke svým rozhodnutím anebo svá rozhodnutí a postoje přehodnotit. V rámci terapeutického rozhovoru může sestra pacientovi pomoci řešit existenciální otázky podle jeho aktuálních požadavků. Sestra také může podle svých možností poskytovat službu svátostnou, kdy pacientovi zprostředkuje svátosti, četbu duchovní literatury či společnou modlitbu. Další formou poskytování spirituální péče je bohoslužba. Ačkoli sestra nemůže sloužit bohoslužebné obřady, může iniciovat jejich uskutečnění ať už přímo na oddělení nebo v nemocniční kapli. Sestra by se měla ve spirituální péči neustále vzdělávat. K tomu může sloužit konzultace s kolegy např. v rámci supervize.

Při poskytování péče o spirituální potřeby by měla sestra pamatovat na tyto zásady: pochopit, že spiritualita není totéž, co religiozita, snažit se vyhledávat duchovní úzkost pacienta a pečlivě dokumentovat spirituální anamnézu, hodnotit spiritualitu v průběhu celé péče, ne jenom při přijetí pacienta a používat všechny možné dostupné techniky k získání informací od pacienta (Taylor, 2020).

Potřeba spirituální péče je více vnímána s narůstajícím věkem. Zvláštní skupinou, které by měla sestra v souvislosti s péčí o spiritualitu věnovat pozornost, jsou senioři. V současné době je vysoké procento seniorů v péči jak nemocniční, tak i v domácí. K procesu stárnutí patří úbytek svalové síly, zhoršení kognitivních funkcí, sociální izolace, vyšší výskyt nemocí atd. V souvislosti s takto závažnými změnami v tělesné a sociální oblasti logicky narůstá potřeba duchovní podpory a jistoty v životě. Pro mnoho seniorů žijících v domácím prostředí je velmi důležitá účast při náboženských rituálech (bohoslužby, modlitební skupiny apod.). Hospitalizace je pro seniora stresová situace, kdy se ocitá sám v cizím prostředí bez možnosti vykonávat činnosti podle svých návyků. Sestra by měla umožnit dle konkrétních požadavků seniora vykonávat náboženské rituály, přijmout návštěvu duchovního pracovníka, účastnit se bohoslužby ať už osobně, nebo pomocí přímého přenosu. Je možné využít náboženské stanice jako je TV Noe, TV Lux nebo rádio Proglas apod.

Duchovní potřeby jsou často spojovány s koncem života. Tváří v tvář smrti si pacient uvědomuje křehkost vlastní existence a hledá něco, co ho přesahuje a zachrání. Vystávají otázky na smysl života a vlastního utrpení. Spirituální péče o umírajícího pacienta by měla být co nejvíce citlivá a odborná. V závěru života by měla být prioritou vedle léčby symptomů nemoci také duchovní pohoda, smíření a odpuštění. Na duchovní stránku starého člověka dobře působí možnost rozhovoru, kde se může svěřit a „vypovídat“ ze svých obav a myšlenek, které ho tíží. Umění naslouchat pacientovi je nepostradatelnou vlastností sestry. Sestra by měla umět pacientovi nabídnout pocit bezpečí a respektu. Respekt ze strany sestry je v oblasti péče o spirituální potřeby nepostradatelný. Sestra by neměla pacientovi vnučovat své vlastní duchovní přesvědčení, ale respektovat a snažit se pochopit jeho vlastní (Svatošová, 2012).

2.3 Cíle péče o spirituální potřeby

Mezi obecné cíle ošetrovatelské péče patří dosažení co největšího komfortu pacienta. Sestra nesmí zapomínat na všechny potřeby, které pacient má, a měla by se snažit o jejich

saturaci. Spirituální péče je zaměřena zejména na vzájemné propojení se s vlastním nitrem, Bohem, zesilování duchovních prožitků, naděje, prožívání odpuštění, vděčnosti, zmírnění utrpení, strachu a beznaděje (Sovářiová Soosová, 2022).

Pacient by neměl mít možnost pociťovat duchovní bolest či spirituální tíseň. Pocit duchovní tísně je často spojován s pocitem deprese a méněcennosti, horší kvalitou života a zvýšením úmrtnosti. (Timmins a Calderia, 2019).

Podle výsledků výzkumu spirituálních potřeb seniorů v institucionální péči Lékařské fakulty Ostravské univerzity z roku 2014 jsou jako nejdůležitější faktory v oblasti spirituálních potřeb seniorů vnímány oblasti nesouvisející s náboženstvím. Je to zejména možnost být v přírodě a vnímat její krásu, dávat a přijímat lásku, prožívat vděčnost a klid, poslouchat a ocenit hudbu, držet se morálních zásad a mít zajištěnou důstojnou péči. Nenaplněné potřeby, které senioři ve výzkumu uvedli, korelují s potřebami, které vnímali jako nejdůležitější. Potřeba být v přírodě a vnímat její krásu byla uváděna na prvním místě v obou případech. Velmi často byly uváděny v oblasti nenaplněných potřeb potřeba mít možnost mluvit o smrti a umírání, řešit své obavy co se děje po smrti, být užitečný pro společnost, číst náboženský materiál a potřeba být naplněn klidem (Cieslarová a Bužgová, 2014). Potřeby, které senioři ve výzkumu uvedli, se mohou zdát samozřejmé. Pokud je však člověk upoután na lůžko a odkázán na péči jiné osoby, stává se bezmocným i v tak jednoduchých činnostech jako je vyjít na zahradu a poslouchat zpěv ptáků. V nemocničním provozu často není možné pečovat o spirituální potřeby pacienta, které ke svému uspokojení vyžadují delší časové rozpětí. Není to však ani zakázáno. Pokud pacient projeví zájem např. o procházku v nemocničním parku, navštívení nemocniční kaple či jenom cestu do bufetu, může mu sestra zajistit např. služby dobrovolníků, studentů nebo pracovníka duchovní péče. Každé zdravotnické zařízení má jiné možnosti. Pokud není k dispozici dobrovolník či jiná osoba pracující v zařízení, která má možnost věnovat pacientovi více času, je vhodné oslovit rodinu pacienta. Kontakt s rodinou během hospitalizace nebo pobytu v jiném zařízení může být pro pacienta nejvíce přínosný. Může spojit pocit blízkosti a lásky s procházkou po zahradě a v rozhovoru se svěřit blízké osobě se svými radostmi a obavami.

2.4 Hodnocení péče o spirituální potřeby

Hodnocení péče o spirituální potřeby je uskutečňováno v jejím průběhu a končí odchodem pacienta ze zařízení. Jedná se o neustále opakovaný proces, který má za úkol odhalit nedostatky v péči a pomocí plánování tyto nedostatky nadále eliminovat.

Sestra hodnotí péči pomocí vyhodnocovacího procesu. Určuje, jakých výsledků bylo dosaženo a zda jsou měřitelné. Sestra také získává informace od pacienta a porovnává je se záznamy poskytnuté péče. Hodnotí, zda bylo vytýčených cílů dosaženo, ať už částečně, úplně nebo vůbec. Sestra se také snaží analyzovat, zda problém, který pacient měl na začátku péče vymizel, zhoršil se nebo zůstává stejný. Na základě získaných informací pak sestra modifikuje plán další péče (Kudlová, 2016). Hodnocení péče je závislé na kvalitě prováděného posuzování potřeb, plánování péče a její realizace.

Hodnocení se podle doby jeho provedení rozděluje na 3 typy: termínované, průběžné a závěrečné. Termínované hodnocení slouží ke zhodnocení dosažení krátkodobých cílů, které byly stanoveny po odebrání vstupní anamnézy pacienta. Sestra pro dosažení výsledků používá měřicí techniky a škály, zkoumá, zda bylo dosaženo očekávaných cílů a snaží se najít nedostatky, které je možné v příští péči ovlivnit. Závěrečné hodnocení prováděné při propuštění pacienta ze zařízení obsahuje celkový pohled sestry na péči a hodnocení všech cílů. Sestra hodnocení provádí samostatně a také ve spolupráci s pacientem. Při překladech pacienta do jiné instituce hodnotí sestra stav splnění ošetrovatelských cílů písemně, a to v ošetrovatelské překladačské zprávě (Kudlová, 2016).

V rámci hodnocení efektivity ošetrovatelské péče by měla sestra hodnotit i přístup celého zdravotnického týmu, včetně reflexe svých vlastních postupů v péči. Vhodnou metodou k sebereflexi je supervize. Supervize je proces, který je zaměřen na reflexi pracovní role, aktivit a činností spjatých s pracovní pozicí. Sestra při konzultaci se zkušeným supervizorem odhaluje své silné a slabé stránky při poskytování péče, analyzuje kritická místa a snaží se najít lepší postupy pro další péči (Venglářová, 2013). Důležitým tématem sebereflexe je hodnocení schopnosti zvládnutí vlastních postojů a přesvědčení ve vztahu k pacientům jiného vyznání a kultury (Sovářiová Soosová, 2022). Supervize nezahrnuje pouze oblast péče o spirituální potřeby, ale jejím předmětem je péče jako celek. Své osobní schopnosti a dovednosti sestra reflektuje buď v individuální nebo týmové supervizi. Výhoda týmové supervize spočívá v tom, že dochází k rozvoji vztahů mezi supervidovanými členy, a tím i větší vzájemné důvěře v týmu (Venglářová, 2013).

Sestra může v průběhu péče hodnotit změny spirituálních potřeb pomocí pozorování, rozhovoru či za použití měřících a hodnotících technik. Pacient komunikuje, aniž by si to mnohdy uvědomoval, pomocí nonverbálních projevů. Mezi nejčastější projevy patří smutný výraz v obličeji, nepřítomný pohled z okna, zamlklost, pláč, snížení aktivity, apatie atd. Sestra by měla tyto projevy pečlivě sledovat a včas reagovat pomocí ošetrovatelských intervencí. V návaznosti na nonverbální projevy se nabízí zavedení hovoru na tíseň, kterou pacient projevuje. Rozhovor může být první a také i dostačující intervencí ke zhodnocení a saturaci potřeb pacienta. Na základě informací získaných od pacienta sestra upravuje plán péče tak, aby bylo dosaženo co nejlepší kvality života pacienta.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 PŘEHLEDOVÁ STUDIE

3.1 Cíle práce

Cílem praktické části této bakalářské práce je zjistit, jaké nástroje pro hodnocení spirituálních potřeb jsou dostupné pro současnou praxi všeobecné sestry.

Výzkumná otázka č. 1:

Jaké nástroje jsou dostupné k hodnocení spirituálních potřeb pacientů/klientů sestrou v praxi?

Výzkumná otázka č. 2:

Jaké jsou možnosti využití těchto nástrojů sestrou v praxi?

3.2 Kritéria pro výběr nástrojů do přehledové studie

Kritéria pro zařazení:

- Použité vyhledávací zdroje: Web of Science, EBSCO, Taylor and Francis online, Scopus, PubMed a MEDLINE.
- Klíčová slova využitá pro vyhledávání nástrojů: posouzení spirituálních potřeb, hodnotící nástroje, spirituální péče v ošetrovatelství, dotazník.
- Práce zahrnující využití hodnotících nástrojů.
- Práce ne starší než r. 2010, dostupné zdarma, s dostupností v plném textu.
- Práce o validizaci nástrojů pro různé skupiny pacientů.
- Nástroje dohledatelné v českém, slovenském a anglickém jazyce.

3.3 Vyhledávání zdrojů

Pro vyhledávání nástrojů používaných k hodnocení spirituálních potřeb v praxi všeobecné sestry byly použity databáze EBSCO, Web of Science, Taylor and Francis online, Scopus, PubMed a MEDLINE.

3.3.1 Databáze EBSCO

V databázi EBSCO bylo vyhledáváno pouze v anglickém jazyce. Požadavkem vyhledávání byla dostupnost plného textu. Zařazeny byly pouze zdroje publikované od roku 2010.

Při vyhledávání v databázi EBSCO byl stanoven požadavek, aby vyhledaný příspěvek obsahoval buď přímo konkrétní nástroj, nebo hodnocení jeho použití v praxi. Počet vyhledaných výsledků a počet výsledků splňujících zadaná kritéria je uveden v tabulce č. 1.

Tabulka 1 - Přehled výsledků z databáze EBSCO

Použitá klíčová slova	Počet výsledků	Výsledky splňující zadaná kritéria
spiritual needs assessment assessment tools spiritual care in Nursing questionnaire	11	2

3.3.2 Databáze Web of Science

Pro vyhledávání v databázi Web of Science byly použity stejné požadavky jako pro databázi EBSCO. Počet vyhledaných výsledků a počet výsledků splňujících zadaná kritéria je uveden v tabulce č. 2.

Tabulka 2 - Přehled výsledků z databáze Web of Science

Použitá klíčová slova	Počet výsledků	Výsledky splňující zadaná kritéria
spiritual needs assessment assessment tools spiritual care in Nursing questionnaire	22	1 9 (duplicity se Scopus)

3.3.3 Taylor and Francis online

Pro vyhledávací databázi Taylor and Francis byly použity stejné požadavky jako pro databázi EBSCO a Web of Science. Vyhledávání bylo navíc omezeno tak, aby výsledek v názvu obsahoval frázi *spiritual needs assessment*. Počet vyhledaných výsledků a počet výsledků splňujících zadaná kritéria je uveden v tabulce č. 3.

Tabulka 3 - Přehled výsledků z databáze Taylor and Francis online

Použitá klíčová slova	Počet výsledků	Výsledky splňující zadaná kritéria
spiritual needs assessment assessment tools spiritual care in Nursing questionnaire	1	1

3.3.4 Scopus

Pro vyhledávací nástroj Scopus byly použity takové požadavky aby: vyhledané zdroje nebyly starší než r. 2010, byl dostupný plný text a zdroje byly dostupné v českém a anglickém jazyce. Obor byl zúžen pouze na oblast ošetrovatelství. Počet vyhledaných výsledků a počet výsledků splňujících zadaná kritéria je uveden v tabulce č. 4.

Tabulka 4 - Přehled výsledků z databáze Scopus

Použitá klíčová slova	Počet výsledků	Výsledky splňující zadaná kritéria
spiritual needs assessment assessment tools spiritual care in Nursing questionnaire	26	10

3.3.5 PubMed

Pro databázi PubMed byla použita stejná kritéria jako pro výše uvedené databáze. Po zhodnocení vhodnosti vyhledaných prací byly nalezeny pouze duplicity s databázemi Scopus a Web of Science. Počet vyhledaných výsledků a počet výsledků splňujících zadaná kritéria je uveden v tabulce č. 5.

Tabulka 5 - Přehled výsledků z databáze PubMed

Použitá klíčová slova	Počet výsledků	Výsledky splňující zadaná kritéria
spiritual needs assessment assessment tools spiritual care in Nursing questionnaire	22	8 (duplicity se Scopus a Web of Science)

3.3.6 MEDLINE

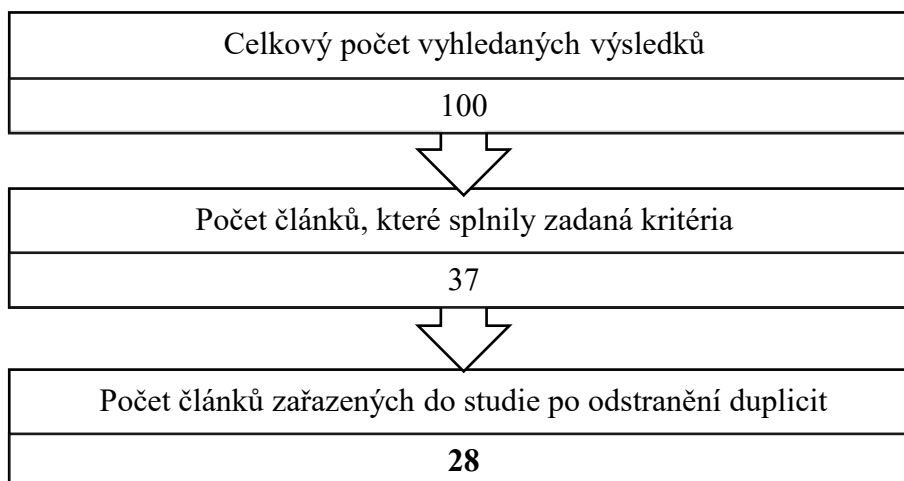
Databáze MEDLINE obsahovala duplicity s výše uvedenými zdroji. Počet vyhledaných výsledků a počet výsledků splňujících zadaná kritéria je uveden v tabulce č. 6.

Tabulka 6 - Přehled výsledků z databáze MEDLINE

Použitá klíčová slova	Počet výsledků	Výsledky splňující zadaná kritéria
spiritual needs assessment assessment tools spiritual care in Nursing	18	6 (duplicity se Scopus a Web of Science)

questionnaire		
---------------	--	--

Celkový počet článků vyhledaných v uvedených databázích byl 100. Článků, které byly na základě analýzy vyhodnoceny jako vhodné k zařazení do přehledové studie bylo 37. Po odstranění duplicitních článků jich bylo do studie zařazeno 28 (obrázek č. 1).



Obrázek 1 - Přehled výsledků

3.4 Analýza a zpracování získaných informací

Vyhledané výsledky byly analyzovány na základě názvu, dále došlo ke kritickému hodnocení abstraktu, výsledků a cílů práce. Byly vyloučeny bakalářské a diplomové práce. Knihy byly hodnoceny na základě názvu a analýzy obsahu publikace. Nástroje použité do přehledové studie byly zařazeny na základě využití v praxi v odborných výzkumech. Dále byly zařazeny nástroje, které byly revidovány a validovány na základě odborných výzkumů.

3.4.1 Databáze EBSCO

V databázi EBSCO byly nalezeny 2 odborné články obsahující referenci na použití nástroje k hodnocení spirituálních potřeb pacientů a klientů. Celkový počet vyhledaných zdrojů byl 11. Z výzkumu byly vyřazeny zdroje neobsahující nástroje pro hodnocení oblasti spirituálních potřeb.

3.4.1.1 *Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)*

V odborném článku nesoucím název Assessment of spiritual needs in cancer patients: A cross-sectional study od autorů Nejat et al. (2023) byl pro posouzení spirituálních potřeb pacientů s onkologickým onemocněním použit nástroj *Spiritual Needs Questionnaire* (viz.

příloha č. 3), který vytvořil A. Büssing et. al. Tento dotazník se skládá ze čtyř podkategorií: potřeby náboženské (6 položek), potřeby vnitřního klidu (5 položek), potřeby existenciální (5 položek) a potřeby dávat (3 položky). Potřeby jsou hodnoceny pomocí Likertovy stupnice od 0 do 3, kdy 0 znamená žádnou potřebu a 3 znamená velkou potřebu. Skóre získané na této škále má rozpětí od 0 do 57 bodů. Celkový počet bodů je vypočítáván na základě počtu bodů z již zmíněných dílčích podkategorií. Náboženské potřeby max. 18 bodů, potřeby vnitřního klidu max. 15 bodů, existenciální potřeby max. 15 bodů a potřeby dávat max. 19 bodů (Nejat et al., 2023).

3.4.1.2 *The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP)*

Nástroj nesoucí název *The Spiritual Needs Assessment for Patients* (viz. příloha č. 4), byl vytvořen v roce 2012. Vytvořili ho Sharma et al. (Seddigh et al., 2016). Dotazník obsahuje celkem 23 položek, zabývajících se těmito oblastmi: psychosociální (5 položek), duchovní (13 položek) a náboženská (5 položek) (Sharma et al., 2012). Bodové rozmezí nástroje SNAP je od 23 do 89 bodů, kdy čím více bodů, tím je vyšší potřeba (Seddigh et al., 2016). Nástroj SNAP se dle studie, kterou provedli Sharma et al. (2012) jeví jako vhodný a spolehlivý pro měření spirituálních potřeb u různých pacientů v populaci. Podle výzkumu, který provedly Mráčková a Kisvetrová (2020), je nástroj SNAP vhodný k hodnocení spirituálních potřeb, zejména v oblasti akutní péče. Nástroj byl dále modifikován a přeložen do čínštiny, protože bylo zjištěno, že některé spirituální potřeby nebyly stejně chápány čínskými pacienty tak, jako pacienty v USA (Seddigh et al., 2016).

3.4.2 Databáze Web of Science

Z celkového počtu vyhledaných výsledků v databázi Web of Science byl po vyřazení duplicit a nesouvisejících článků do této přehledové studie vybrán 1.

3.4.2.1 *FICA dotazník*

Dotazník FICA (viz. příloha č. 5) byl vytvořen Americkou lékařkou Christinou Puchalski. Pomocí tohoto nástroje je možné získávat duchovní anamnézu pacienta a současně sloužit jako vodítko při duchovním rozhovoru v klinické praxi. FICA dotazník je jediným nástrojem, který je validizovaný i v České republice. Dle autorky dotazníku je jeho použití vhodné napříč kulturami, protože položky v něm obsažené vychází z obecných principů (Novotná a Kala, 2015). Borneman et al. (2010) provedl validaci FICA dotazníku v souvislosti s nástroji určenými pro měření kvality života. Studie potvrdila vhodnost

FICA dotazníku pro klinickou praxi. Dotazník se skládá ze čtyř podkategorií: F – faith (víra); I – importance (důležitost); C – community (společnost); A – address in care (zařazení do péče). Dotazník obsahuje otevřené otázky, jejichž nevýhodou může být vyvolání těžce zvládnutelné reakce pacienta (Novotná, Kala, 2015).

3.4.3 Taylor and Francis online

V databázi Taylor and Francis online byl nalezen 1 výzkum obsahující aktuální nástroje vhodné k hodnocení spirituálních potřeb sestrou. Z výzkumu, který provedli Perry et al. (2022), byly vybrány 3 nástroje. Nástroje, které byly zařazeny pro vytvoření přehledové studie, nejsou starší než z roku 2010.

3.4.3.1 *Spiritual distress assessment tool SDAT*

Nástroj Spiritual distress assessment tool (SDAT) (viz. příloha č. 6), zahrnuje čtyři oblasti související se spiritualitou. Jsou to: životní smysl (hledání životní rovnováhy), transcendence (potřeba propojení, estetičnosti), hodnoty (potřeba cítit respekt k osobním hodnotám pacienta ze strany zdravotníků, potřeba mít účast na rozhodování se a spolupracovat se zdravotníky) a psychosociální identita (potřeba být milován, milovat sám sebe a necítit vinu). Ke každé oblasti jsou definovány konkrétní potřeby. Na základě výzkumu, který provedl Monod et al. (2010), se nástroj SDAT jeví jako vhodný k posuzování spirituality u hospitalizovaných geriatrických pacientů.

3.4.3.2 *GES questionnaire*

Nástroj GES questionnaire (viz. příloha č. 7) obsahuje šest otevřených otázek, které pacientovi mají pomoci odhalit jeho vnitřní svět a navodit pocit důvěry a bezpečí. Dále je v dotazníku osm položek, které hodnotí interpersonální, intrapersonální a transpersonální spiritualitu. Bodové hodnocení jednotlivých položek se hodnotí na základě Likertovy stupnice, kdy 0 značí žádnou potřebu a 4 značí vysokou potřebu (Benito et al., 2014). Nástroj je určen pro pacienty v paliativní péči (Perry et al. 2022).

3.4.4 Scopus

Z databáze Scopus bylo vybráno 11 zdrojů pracujících se škálami hodnotícími spirituální potřeby.

3.4.4.1 *Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT)*

Velmi obsáhlý nástroj nesoucí název Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT) (viz. příloha č. 8) je určen pro pacienty s onkologickým onemocněním a obsahuje celkem 59 položek. Osm položek se zabývá otázkami souvisejícími se vztahem pacienta ke zdravotnickému personálu. Tyto položky řeší oblasti komunikace a spolupráce lékařů a sester s pacientem. Deset položek se zabývá psychickými problémy, jako je např. deprese, pocit samoty, strachu nebo úzkosti. Další dvanáct položek se zabývá fyzickými změnami, které mohou působit na spirituální prožívání pacienta. Jsou to např. bolest, problémy v sexuální oblasti, nauzea, snížení chuti k jídlu atd. Deset položek řeší informovanost pacienta o léčbě, vyšetřeních, dietě apod. Pět položek je věnováno spiritualitě a religiozitě, kde je zkoumána podpora pacienta s onkologickou diagnózou. Zahrnuje duchovní pomoc, možnou přítomnost blízké osoby nebo pomoc v interpersonálních problémech po zjištění diagnózy. Posledních osm položek se zabývá praktickými oblastmi souvisejícími s léčbou. Jsou to např. délka čekací doby od objednání do vyšetření, využití domácí péče, profesionálnost psychologické péče či pomoc při finanční rehabilitaci po narušení příjmu z důvodu nemoci (Shim et al., 2011).

3.4.4.2 *SpIRIT*

Spiritual Interests Related to Illness Tool (SpIRIT) je určen k měření subjektivních spirituálních potřeb pacienta. Nástroj obsahuje 42 položek a skládá se z 8 podkategorií: vztah k Bohu, láska k druhým, přijetí lásky a spirituální podpory, nalezení smyslu, příprava na umírání, přehodnocování vlastního přesvědčení a dosavadního života a dotazování se na otázku „proč?“ Položky jsou hodnoceny pomocí Likertovy stupnice od 0 do 5, kdy 0 znamená žádnou potřebu a 5 vysokou potřebu (Mamier et al., 2021). Podle studie, kterou provedli Mamier et al. (2021), jsou zřejmé rozdíly ve vnímání různých významů v oblasti spirituality u západních a východních pacientů. Nástroj SpIRIT byl tedy modifikován i pro pacienty z Číny (C-SpIRIT) (Lin et al., 2015). Samotný nástroj nebylo možné dohledat, tudíž byl vyřazen z výzkumu.

3.4.4.3 *Nursing Care and Religious Diversity Scale (NCRDS)*

Nástroj Nursing Care and Religious Diversity Scale (NCRDS) obsahuje 25 položek a je určen pro měření ošetrovatelské péče a rozmanitosti náboženství v ošetrovatelství. Nástroj byl ověřen pouze v Itálii, tudíž není zcela jistá jeho validita v jiném kulturním kontextu. Kontext Italského ošetrovatelství má však spoustu podobností s ostatními

evropskými státy (Murgia et al., 2023). Samotný nástroj nebylo možné dohledat, tudíž byl vyřazen z výzkumu.

3.4.4.4 *Spiritual care needs scale*

Nástroj nazvaný *Spiritual care needs scale* byl vytvořen v roce 2016 k hodnocení spirituálních potřeb u dospělých pacientů. Nástroj se skládá z 21 položek, které hodnotí spiritualitu pomocí Likertovy stupnice (1 – nízká potřeba; 5 – vysoká potřeba). Položky se dělí do dvou subkategorii. První subkategorie je nazvána *smysl a naděje* a zabývá se zkoumáním spirituálního well-beingu ve vztahu pacienta k sobě, přírodě a environmentálním faktorům. Druhá subkategorie nese název *péče a úcta* a zabývá se vztahy k ostatním lidem (Özdemir et al., 2024). Samotný nástroj nebylo možné dohledat, tudíž byl vyřazen z výzkumu.

3.4.4.5 *Spiritual needs distress scale*

Nástroj nesoucí název *Spiritual needs distress scale* (viz. příloha č. 9) obsahuje 30 položek, které jsou rozděleny do čtyř subkategorii. Čtrnáct položek se zabývá vztahem k sobě samému, pět položek řeší vztahy s ostatními lidmi, sedm položek se zabývá vztahem k Bohu a čtyři položky jsou zaměřeny na vnímání smrti a umírání. Každá položka je hodnocena na stupnici od 1 do 4 a celkové skóre se pohybuje od 30 do 120 bodů. Vysoké skóre značí vysokou spirituální tíseň (Martins et al., 2019).

3.4.4.6 *The spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS)*

The *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (viz. příloha č. 10) se skládá ze dvou částí. Tento nástroj byl validizovaný pro Itálii a Polsko. První část italské verze nástroje se zabývá hodnocením spirituality a spirituální péče, skládá se ze sedmnácti položek, které jsou rozděleny do čtyř podkategorii. Podkategorie zahrnují: spiritualitu, spirituální péči, religiozitu a individuální péči (Parozzi et al., 2023). Polská verze SSCRS se omezuje pouze na 3 části. Jsou to: spirituální péče zaměřená na aktivity, spirituální péče zaměřená na emocionální podporu a religiozita (Panczyk et al., 2023). Odpovědi jsou hodnoceny pomocí Likertovy stupnice, 1 = naprosto nesouhlasím, 10 = naprosto souhlasím. Druhá část nástroje řeší socioekonomické informace jako je věk, pohlaví, náboženské vyznání a informace o zaměstnání (Parozzi et al., 2023). Do této bakalářské práce byla zařazena polská verze nástroje podle Panczyk et al. (2023), z důvodu prioritizace geograficky nejbližšího státu, kde byl nástroj validizovaný.

3.5 Výsledky

Na základě vyhledávání byly zjištěny tyto nástroje:

- 1 Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)
- 2 Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP)
- 3 FICA dotazník
- 4 Spiritual distress assessment tool (SDAT)
- 5 GES questionnaire
- 6 Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT)
- 7 Spiritual needs distress scale
- 8 The spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS)

Na základě analýzy dostupných nástrojů bylo identifikováno 5 dimenzí souvisejících se spiritualitou. Tabulka č. 7 uvádí přítomnost jednotlivých dimenzí (označeny X) v konkrétních nástrojích, které jsou pro větší přehlednost uvedeny číselným označením.

Tabulka 7 - Přehled dimenzí spirituality v nástrojích

Nástroj	Dimenze spirituality				
	Religiozita	Transcendence	Interpersonální vztahy	Intrapersonální vztahy	Psychosociální potřeby
1	X	X	X		
2	X	X	X	X	X
3	X	X		X	X
4	X	X	X	X	X
5		X	X	X	X
6			X	X	X
10	X		X	X	X
11		X		X	

4 VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ V PRAXI

Přehled doporučených oblastí k využití nástrojů pro praxi všeobecné sestry je uveden v tabulce č. 8. Každý nástroj je komentován s odůvodněním k využití do konkrétní oblasti působení v praxi všeobecné sestry.

4.1.1 Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)

Vzhledem k oblastem obsaženým v nástroji SpNQ se nástroj jeví jako vhodný do nemocničního prostředí i prostředí pobytových zařízení sociálních služeb jako jsou např. domovy pro seniory či hospice. Nástroj je vhodný ke zjišťování spirituálních potřeb pacientů v paliativní péči, zejména z důvodu přítomnosti otázek směřujících ke konci života a řešení otevřených záležitostí v životě. Možné je také využití v domácí péči. Tento nástroj není vázán na pacienty s konkrétní diagnózou, tudíž je možné ho používat plošně, nezávisle na onemocnění pacienta.

4.1.2 Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP)

Nástroj SNAP je vhodný k použití v nemocničním prostředí i v pobytových zařízeních sociálních služeb. Dotazy obsažené v nástroji směřují zejména na nevyléčitelné onemocnění, proto je nástroj vhodný pro onkologické pacienty a pacienty v paliativní péči. Nástroj se dotazuje na míru pomoci, kterou pacient pocítuje u konkrétních oblastí, tudíž může inklinovat k použití i v domácí péči.

4.1.3 FICA

Ve vztahu k ostatním nástrojům obsahuje FICA méně otázek. Výhodou může být menší zátěž pro pacienta v akutním stádiu onemocnění. Pro hlubší diagnostiku spirituálních potřeb může být tento nástroj nedostačující a je vhodné ho následně doplnit obsáhlejšími dotazy. Díky obecným otázkám je dotazník vhodný i pro použití v transkulturním ošetrovatelství a může sloužit také jako podklad při rozhovoru s pacientem.

4.1.4 Spiritual distress assessment tool (SDAT)

Nástroj SDAT je vhodný k diagnostice spirituálních potřeb tam, kde je to z časového hlediska možné. Vzhledem ke konstruktivnímu nástroji jakožto návodu k rozhovoru s pacientem je vhodné jeho použití zejména při dlouhodobé hospitalizaci. Otázky obsažené v nástroji se vztahují nejčastěji k hospitalizaci, tudíž použití v domácí péči a v pobytových zařízeních sociálních služeb je méně vhodné.

4.1.5 GES questionnaire

Dotazník GES je na základě svého konstruktů vhodný pro klienty v dlouhodobé péči. Vzhledem k retrospektivním otázkám je vhodný zejména pro seniory a pacienty v terminálním stádiu nemoci. Přínosem pro onkologické pacienty mohou být zejména otevřené otázky v úvodu dotazníku.

4.1.6 Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT)

Nástroj CNAT je primárně určen pro onkologické pacienty. Využití nástroje pro pacienty s jiným onemocněním není příliš vhodné. Vzhledem k široké škále položek je možné využít některé i pro pacienty neonkologické. Do obecné praxe by měly být zejména implantovány položky související se vztahem pacienta ke zdravotnickému personálu, dostatku informací a péči po propuštění z nemocničního prostředí.

4.1.7 Spiritual needs distress scale

Spiritual needs distress scale je nástroj vhodný pro pacienty a klienty v paliativní péči, zejména z důvodu četnosti položek souvisejících se smrtí a umíráním. Výhodou tohoto nástroje jsou položky směřující k fázím vyrovnávání se se zátěžovou situací.

4.1.8 Spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS)

Nástroj SSCRS se zabývá spíše názory pacienta na význam slova spiritualita. Jeví se jako vhodný úvodní dotazník pro zjištění samotného postoje ke spiritualitě jako pojmu a názoru, jaké je postavení sestry v péči o spiritualitu. Vzhledem k nízkému počtu zkoumaných oblastí je vhodné tento nástroj doplnit obsáhlejším nástrojem.

Tabulka 8 - Přehled doporučených nástrojů pro dané oblasti

Oblast	Vhodné nástroje
Hospitalizace	Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) FICA Spiritual distress assessment tool (SDAT) GES questionnaire Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT) Spiritual needs distress scale Spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS)

Sociální služby a hospicová péče	Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) GES questionnaire Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT) Spiritual needs distress scale Spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS)
Domácí péče	Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) GES questionnaire Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT) Spiritual needs distress scale Spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS)
Paliativní péče	Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) Spiritual distress assessment tool (SDAT) GES questionnaire Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT) Spiritual needs distress scale
Onkologická péče	Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) Spiritual distress assessment tool (SDAT) GES questionnaire Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT) Spiritual needs distress scale

5 DISKUSE

Teoretická část této bakalářské práce předkládá teoretická východiska týkající se lidských potřeb se zaměřením na spirituální potřeby a roli sestry při péči o spiritualitu pacienta/klienta. Praktická část uvádí nástroje hodnotící spirituální potřeby, které jsou dostupné pro praxi všeobecné sestry. Dále je vytvořen přehled těchto nástrojů a na základě tohoto přehledu vznikl podpůrný materiál, který je využitelný pro sestry v praxi.

Odpovědi na výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1:

Jaké nástroje jsou dostupné k hodnocení spirituálních potřeb pacientů a klientů sestrou v praxi?

Celkem bylo zjištěno 8 nástrojů splňujících požadovaná kritéria. Sedm nástrojů bylo dostupných pouze v anglickém jazyce. Pro možnost jejich využití v české ošetrovatelské praxi byl proveden jejich překlad do českého jazyka.

Výzkumná otázka č. 2:

Jaké jsou možnosti využití těchto nástrojů sestrou v praxi?

Nástroje zjištěné v této přehledové studii jsou určeny zejména pro dospělé pacienty, pacienty s nevy léčitelným onemocněním a pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Byly identifikovány oblasti, do kterých jednotlivé nástroje nejsou určeny, ale nemusí být z těchto oblastí ani vyloučeny. Přehledová studie neobsahuje nástroje validizované pro pediatrické, psychiatrické a mentálně handicapované pacienty a klienty. Nebyly nalezeny informace, že by tyto nástroje byly ověřeny pro uvedené skupiny pacientů a klientů, jejich použití i pro tyto skupiny může být předmětem dalšího výzkumu.

Výsledky získané v praktické části této bakalářské práce jsou přínosem pro praxi všeobecných sester v nemocničním i domácím prostředí, zejména díky vytvořenému přehledu nástrojů, které může sestra během ošetrování pacienta využít, ať už v úvodu péče, nebo k průběžnému hodnocení stavu spirituálních potřeb.

Kritickou oblastí v souvislosti s problematikou nástrojů hodnotících spiritualitu pacienta je častá jazyková nedostupnost těchto nástrojů, kterou podporuje častá neznalost cizího jazyka ze strany sester. Výstupem této bakalářské práce je vytvoření nejen přehledu nástrojů, ale také jejich verzí v českém jazyce. Sestry tedy nemusí složitě vyhledávat nástroje a vybírat ten nejvíce vhodný či jazykově dostupný.

Ze získaných údajů je zřejmé, že ne v každém nástroji jsou obsaženy všechny oblasti spirituality tak, jak je pacient/klient v realitě subjektivně prožívá. Nástroje hodnotící

spirituální potřeby může sestra dle aktuální potřeby kombinovat tak, aby získala co nejkvalitnější poznatky o spirituálním prožívání pacienta.

Spirituálními potřebami pacientů a klientů se zabývalo mnoho autorů. Pro potřeby této bakalářské práce nebyla nalezena žádná práce obsahující přehledovou studii, týkající se nástrojů hodnotících spirituální potřeby. Z akademických prací se tematicky nejvíce přiblížila bakalářská práce od autorky Dohnákové (2021), která zkoumá srozumitelnost a akceptovatelnost metod spirituálního posouzení pro vybrané klienty z domovů pro seniory. Z výzkumu Dohnákové vyplynulo, že efektivním postupem pro získání informací o spirituálních potřebách klientů je neformální rozhovor. Vyšší efektivitu porozumění dotazovaným informacím zajišťuje používání více lidových výrazů, na rozdíl od výrazů odborných. Na základě těchto informací by měly sestry nakládat i s nástroji, které jsou uvedeny v této přehledové studii. Sestra by měla být schopna identifikovat jazykové a mentální schopnosti pacienta a uzpůsobit tomu kladené otázky. Vysokým rizikem při vyplňování uzavřeného dotazníku vztahujícího se ke spiritualitě je nepochopení jednotlivých položek a následné zkreslení požadovaných výsledků. Nástroji zaměřenými na spirituální potřeby se zabývají autoři Novotná a Kala (2015) v odborném článku pro časopis *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Autoři zde předkládají stručný popis sedmi nástrojů. Jsou to: Pražský dotazník spirituality (PSQ30), Dotazník spirituální pohody, Index spirituální zkušenosti, Dotazník spirituálních a religiózních témat, Škála spirituální transcendence a FICA dotazník. Jediným nástrojem, který je obsažen v práci Novotné a Kaly i v této bakalářské práci je FICA dotazník. Je tedy zřejmé, že FICA dotazník je nástroj, který se jeví jako univerzální a srozumitelný pro širokou škálu pacientů/klientů napříč kulturami. Jeho využití předkládají jak české, tak zahraniční zdroje. Ostatní nástroje, které jsou Novotnou a Kalou předloženy, nesplňovaly kritéria pro tuto přehledovou studii. Další dostupné práce zabývající se spirituálními potřebami a jejich hodnocením jsou zejména zaměřeny přímo na samotné potřeby pacientů a klientů, kvalitu samotné péče o tyto potřeby či vnímání spirituality z pohledu sester. Pro tyto práce byly většinou používány dotazníky vlastní konstrukce či kvalitativní postup pomocí rozhovorů. Hodnotících nástrojů vztahujících se ke spirituálním potřebám je velké množství. Pro potřeby této bakalářské práce byly stanoveny databáze, na kterých bylo provedeno vyhledávání stanovených klíčových slov. Nástroje uvedené v této práci jsou tedy ty, které byly nejčastěji ověřovány a používány v odborných výzkumech. Jejich upřednostnění v praxi je tedy více žádoucí než u nástrojů bez validizace.

ZÁVĚR

Ačkoli byla oblast spirituality v ošetrovatelské praxi často upozadovaným tématem, v současné době přichází opět do popředí. Na problematiku všech oblastí lidských potřeb je brán zřetel zejména v současném vzdělávání všeobecných sester. V teoretické části této bakalářské práce jsou uvedeny základní znalosti o lidských potřebách, jejich dělení, možnosti saturace a hodnocení. Je zřejmé, že sestra, jakožto člen zdravotnického týmu, který tráví s pacientem nejvíce času, je klíčovým faktorem k zachycení pacientova spirituálního diskomfortu. Sestry by se i nadále měly učit přistupovat ke spiritualitě pacientů individuálně, na základě kvalitně získané anamnézy a informací o preferencích konkrétního pacienta nebo klienta. Důležitost spirituality a její souvislost s aktuálním stavem pacienta a vlivem na jeho onemocnění byla nejvíce vnímána ve vztahu k nevléčitelně nemocným a nemocným v terminálním stádiu nemoci. Trend péče o spiritualitu však přestupuje čím dál více do nemocničního prostředí, a oprošťuje se i od zaměření spíše na geriatrické pacienty. Jako u všech oblastí lidských potřeb by neměl hrát roli věk či pohlaví. Na základě různých studií bylo potvrzeno, že spirituální a duchovní prožívání má vliv na průběh nemoci a compliance pacienta v jakékoli věkové skupině. Sestra by měla znát specifika jednotlivých věkových rozdílů v oblasti spirituálního prožívání a přistupovat ke svým pacientům s ohledem na tyto znalosti a zkušenosti. Z praktické části této bakalářské práce vyplývá dostupnost různorodých diagnostických nástrojů, které mohou sestru v praxi podpořit při sbírání spirituální anamnézy pacienta/klienta at' už v nemocničním, tak i v domácím prostředí. Nástroje uvedené v této práci poskytují sestram inspiraci k pokládání vhodných otázek jejich pacientům/klientům. Pro sestry v praxi byl na základě získaných informací při zpracování této bakalářské práce vytvořen pomocný materiál, který může sloužit jako návod k diagnostice spirituálních potřeb pacienta/klienta. Sestra by měla být schopna identifikovat postoj pacienta ke spiritualitě a jeho představy o ní. Na základě správně odebrané a pochopené anamnézy tak může poskytovat kvalitní a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, s maximálním profitem pacienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠTECKÁ, B. a J. MACH, 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.

BENITO, E., OLIVER, A., GALIANA, L., BARRETO, P., PASCUAL, A. et al., 2014. Development and Validation of a New Tool for the Assessment and Spiritual Care of Palliative Care Patients. Online. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 47, no. 6, pp. 1008-1018. Online. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>. [cit. 2024-04-13].

BORNEMAN, T., FERRELL, B. a PUCHALSKI, C. M., 2010. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. Online. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 40, no. 2, pp. 163-173. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019>. [cit. 2024-04-12].

BRITANICA, © 2023. *Henry Murray: American psychologist*. Online. BRITANICA. <https://www.britannica.com/>. Dostupné z: <https://www.britannica.com/biography/Henry-Murray>. [cit. 2024-04-04].

BÜSSING, A., BALZAT, H. J. and P. HEUSSER. 2010. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. Online. *European Journal of Medical Research*. Vol. 15, no. 6. ISSN 2047-783X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/2047-783X-15-6-266>. [cit. 2024-04-17].

CGA TOOLKIT PLUS: Spiritual Distress Assessment Tool. Online. Dostupné z: https://www.cgakit.com/_files/ugd/2a1cfa_b0566f4cd20248eca31b916f0ace5ee1.pdf. [cit. 2024-04-20].

CIESLAROVÁ, A. a R. BUŽGOVÁ, 2014. Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči. *Ošetrovatel'stvo*. Roč. 4, č. 2, s. 50-57. ISSN 1338-6263.

DOHNÁLKOVÁ, Z., 2021. *Spirituální posouzení v praxi – srozumitelnost a akceptovatelnost mezi klienty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://theses.cz/id/femnms/Dohnalkova_-_Spirituální_posouzení_v_praxi-srozumitelnostdocx.pdf. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra křesťanské sociální práce.

DOLEŽAL, J., 2023. *Projektový management*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-7136-193.

FAMOUS AUTHORS, © 2024. *Stephen R. Covey*. Online. Famous authors. Dostupné z: <https://www.famousauthors.org/stephen-r-covey>. [cit. 2024-04-04].

FOWLER, J. W., 1995. *Stages of Faith*. Harper & Row. ISBN 9780060628406.

FRANKL, V. E., 2022. *O smyslu života: v každé krizi se skrývá příležitost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3357-4.

HERDMAN, T. H., S. KAMITSURU a C. LOPES, 2021. *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. Twelfth edition. New York: Thieme. ISBN 978-1-68420-454-0.

JOSEPH, S., 2018. *Autenticita: Jak být sám sebou a proč na tom záleží*. Praha: Portál. ISBN 978-802-6213-611.

KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi: Studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-764-5.

KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-600-6.

LAZÁRKOVÁ, M., 2009. Citlivé téma – spiritualita pacientů. *Linkos.cz: Lékař a multidisciplinární tým*. Online. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/citlive-tema-spiritualita-pacientu/>. [cit. 2024-02-21].

LIBRARY OF CONGRESS, © 2023. *Vroom, Victor H. (Victor Harold), 1932-2023*. Online. Library of congress. Dostupné z: <https://id.loc.gov/authorities/names/n50013142.html>. [cit. 2024-04-04].

LIN, Y., RAU, K., LIU, Y., LIN, Y., YING, J. et al., 2015. Development and validation of the Chinese Version of Spiritual Interests Related Illness Tool for patients with cancer in Taiwan. Online. *European Journal of Oncology Nursing*. Vol. 19, no. 5, pp. 589-594. ISSN 14623889. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.005>. [cit. 2024-04-13].

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MAMIER, I., KIM, S. M., PETERSEN, D., BAE, H., TAYLOR, E. J. et al., 2021. Spiritual needs among Koreans and Americans with advanced chronic illnesses: A cultural comparison. Online. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 30, no. 23-24, pp. 3517-3527. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.15854>. [cit. 2024-04-13].

MARTINS, H., CALDEIRA, S., DOMINGUES, T. G., VIEIRA, M. and KU, Y., 2019. Validation of the Spiritual Distress Scale in Portuguese Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Methodological Study. Online. *Religions*. Vol. 10, no. 11. ISSN 2077-1444. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/rel10110599>. [cit. 2024-04-16].

MASLOW, A. H., 2014. *Religions, Values, and Peak-Experiences*. Important Books. ISBN 978-8087888841.

MASLOW, A. H., 2021. *Motivace a osobnost*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1728-2.

MCCLELLANDMEDIA.COM, © 2023. *David McClelland, Psychologist*. Online. Dave McClelland. Dostupné z: <https://mcclellandmedia.com/blog/other-pages/david-mcclelland-psychologist-no-relation/>. [cit. 2024-04-04].

MONOD, S. M., ROCHAT, E., BŮLA, C. J., JOBIN, G., MARTIN, E. et al., 2010. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. Online. *BMC Geriatrics*. Vol. 10, no. 1. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-88>. [cit. 2024-04-13].

MRÁČKOVÁ, L. a KISVETROVÁ, H., 2020. Psychometrická validizace dotazníku SNAP-CZ: pilotní studie. Online. In: Slezská univerzita. *Ošetrovatelské perspektivy*. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/pdfs/osp/2020/02/04.pdf>. [cit. 2024-04-17].

MURGIA, C., STIEVANO, A., ROCCO, G. and NOTARNICOLA, I., 2023. Development and Validation of the Nursing Care and Religious Diversity Scale (NCRDS). Online. *Healthcare*. Vol. 11, no. 13. ISSN 2227-9032. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare11131821>. [cit. 2024-04-13].

NAKONEČNÝ, M., NEŠPOR, Z. R., 2018. *Saturace*. Online. Sociologický ústav akademie věd české republiky. Sociologická encyklopedie. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Saturace>. [cit. 2024-04-04].

NEJAT, N., RAHBARIAN, A., SHYKHAN, R., EBRAHIMPOUR, S., MOSLEMI, A., et al., 2023. Assessment of spiritual needs in cancer patients: A cross-sectional study.

Online. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Vol. 12, no. 5, pp. 894-901. ISSN 2249-4863. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_989_22. [cit. 2024-04-12].

NOVOTNÁ, H. a KALA, M., 2015. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliativna medicína a léčba bolesti*. Roč. 8, č. 1, s. 23-25. ISSN 1337-6896.

O'BRIEN, M., 2017. *Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground*. 6th edition. USA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-284-12100-1.

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

ÖZDEMİR, E. Z., ÖZDEMİR, T. a BEKTAŞ, M., 2024. Psychometric Properties of the Spiritual Care Needs Scale for the 9–18 Age Group in Turkey. Online. *Journal of Religion and Health*. Vol. 63, no. 2, pp. 1596-1608. ISSN 0022-4197. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01920-6>. [cit. 2024-04-16].

PANCZYK, M., KWIEĆKOWSKA, L., DOBROWOLSKA, B., BOROWIAK, E., DYK, D. et al., 2023. Validation Study of the Revised Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS): A Cross-Sectional Survey in Poland. Online. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Vol. 16, pp. 1439-1453. ISSN 1178-2390. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S394941>. [cit. 2024-04-21].

PAROZZI, M., TERZONI, S., FERRARA, P., MISERONI, F., D'ANTUONO, A. et al., 2023. Validation of the Italian version of the spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS-ita). Online. *International Journal of Nursing Knowledge*. Vol. 34, no. 2, pp. 126-132. ISSN 2047-3087. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12385>. [cit. 2024-04-16].

PERRY, K. R., KING, H. A., PARKER, R. a STEINHAUSER, K. E., 2022. Coordinating assessment of spiritual needs: a cross-walk of narrative and psychometric assessment tools used in palliative care. Online. *Journal of Health Care Chaplaincy*. Vol. 28, no. 3, pp. 365-377. ISSN 0885-4726. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/08854726.2021.1904653>. [cit. 2024-04-12].

PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetřovatelství II*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0889-3.

RYBOVÁ, J., 2022. *Spiritualita v ošetřovatelství*. Praha: Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/117621/130278424.pdf?sequence=1>

&isAllowed=y . Univerzita Karlova. 2. lékařská fakulta, Ústav všeobecného ošetřovatelství.

ŘÍČAN, P., 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. rev. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.

SEDDIGH, R., KESHAVARZ-AKHLAGHI, A. and AZARNIK, S., 2016. Questionnaires Measuring Patients' Spiritual Needs: A Narrative Literature Review. Online. *Iranian Journal of Psychiatry*. Vol. 10, no. 1, pp. 1-8. ISSN 17358639. Dostupné z: <https://doi.org/10.17795/ijpbs-4011>. [cit. 2024-04-12].

SHARMA, R. K., ASTROW, A. B., TEXEIRA, K. and SULMASY, D. P., 2012. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): Development and Validation of a Comprehensive Instrument to Assess Unmet Spiritual Needs. Online. *Journal of Pain*. Vol. 44, no. 1, pp. 44-51. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.07.008>. [cit. 2024-04-04].

SHIM, E., LEE, K., PARK, J. and PARK, J., 2011. Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT): the development and validation. Online. *Supportive Care in Cancer*. Vol. 19, no. 12, pp. 1957-1968. ISSN 0941-4355. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00520-010-1037-0>. [cit. 2024-04-13].

SLOVENSKÉ LITERÁRNE CENTRUM, © 2003 - 2024. *Erich Fromm: Životopis autora*. Online. Slovenské literárne centrum. Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky. Dostupné z: <https://www.litcentrum.sk/autor/erich-fromm/zivotopis-autora>. [cit. 2024-04-03].

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3242-3.

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

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

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠTAMPACH, I. O., 2008. *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-384-0.

TAYLOR, E., 2020. Initial Spiritual Screening and Assessment: Five Things to Remember. *Hanguk Hosupisu Wanhwa Uiryo Hakhoe Chi*. Vol. 23, no. 1, pp. 1-4. DOI: 10.14475/kjhpc.2020.23.1.1. PMID: 37496889; PMCID: PMC10332711.

TIMMINS, F. a S. CALDERIA, 2019. *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practise*. Switzerland: Springer nature Switzerland. ISBN 978-3-030-04419-0.

TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3268-1.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.

VOJTÍŠEK, Z., P. DUŠEK a J. MOTL, 2012. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262v-0088-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AV	akademie věd
CNAT	comprehensive needs assessment tool in cancer
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis International
SDAT	spiritual distress assessment tool
SNAP	spiritual needs assessment for patients
SpNQ	spiritual needs questionnaire
SSCRS	spirituality and spiritual care rating scale

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Přehled výsledků	34
------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Přehled výsledků z databáze EBSCO.....	32
Tabulka 2 - Přehled výsledků z databáze Web of Science	32
Tabulka 3 - Přehled výsledků z databáze Taylor and Francis online	32
Tabulka 4 - Přehled výsledků z databáze Scopus	33
Tabulka 5 - Přehled výsledků z databáze PubMed	33
Tabulka 6 - Přehled výsledků z databáze MEDLINE.....	33
Tabulka 7 - Přehled dimenzí spirituality v nástrojích.....	39
Tabulka 8 - Přehled doporučených nástrojů pro dané oblasti.....	41

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha P II: Čtyři základní lidské potřeby podle S. Coveye

Příloha P III: Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)

Příloha P IV: Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP)

Příloha P V: FICA dotazník

Příloha P VI: Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT)

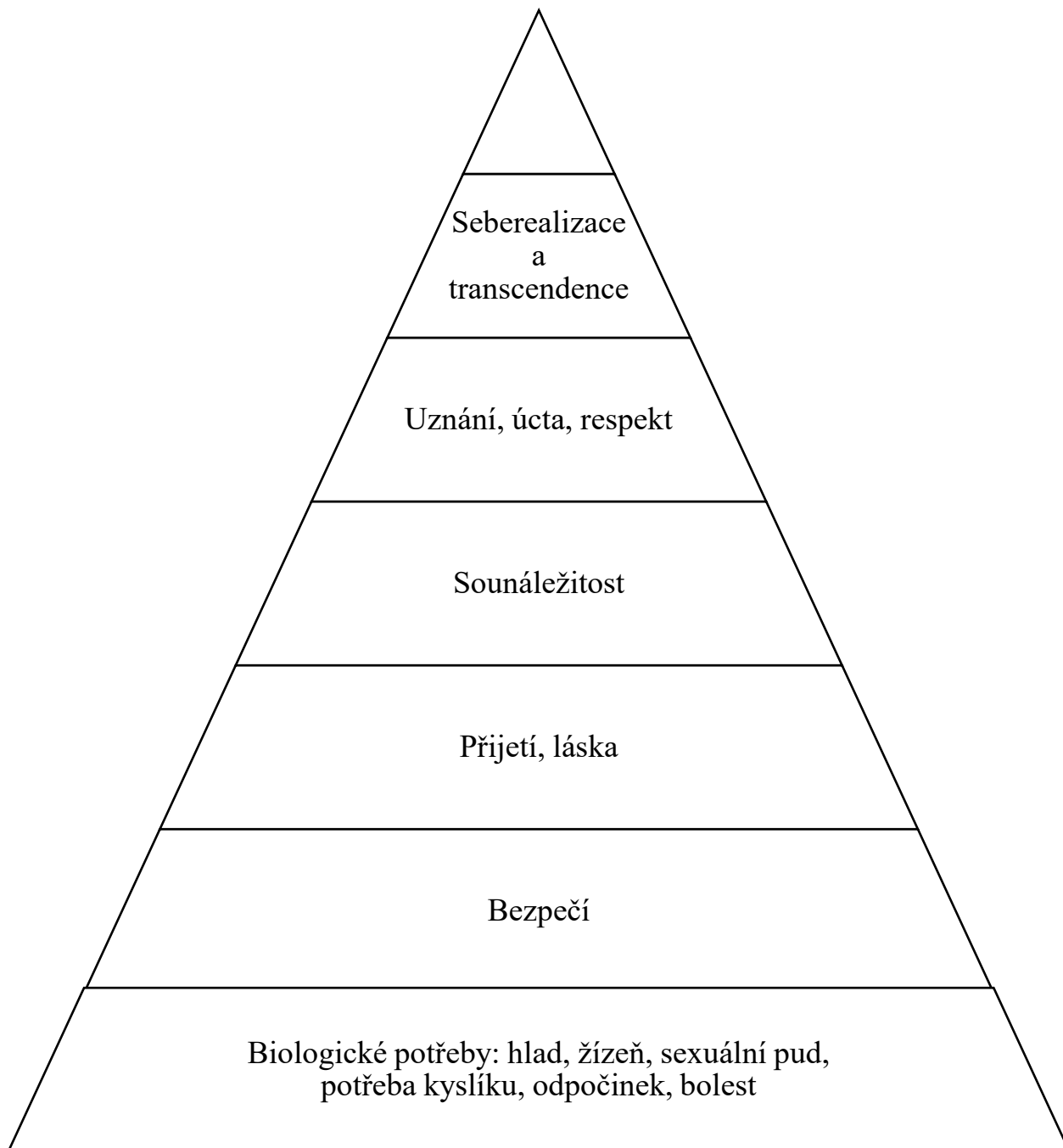
Příloha P VII: GES questionnaire

Příloha P VIII: Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT)

Příloha P IX: Spiritual Needs Distress Scale

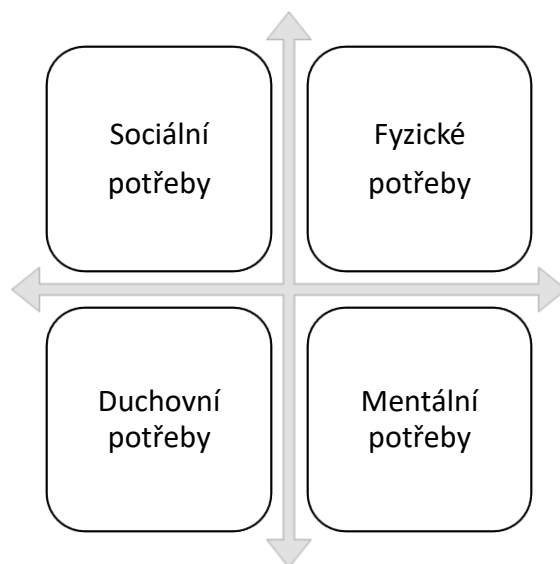
Příloha P X: Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)

PŘÍLOHA P I: MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB



(Zdroj: Vlastní zpracování)

**PŘÍLOHA P II: ČTYŘI ZÁKLADNÍ LIDSKÉ POTŘEBY PODLE
S. COVEYE**



(Zdroj: vlastní zpracování)

PŘÍLOHA P III: SPIRITUAL NEEDS QUESTIONNAIRE (SPNQ)

Náboženské potřeby				
Je pro mě důležité:	Naprostou souhlasím		Naprostou nesouhlasím	
Modlit se s někým	0	1	2	3
Modlit se za sebe	0	1	2	3
Když se za mě někdo modlí	0	1	2	3
Účastnit se náboženského obřadu (např. bohoslužby).	0	1	2	3
Číst náboženské / duchovní knihy	0	1	2	3
Obrátit se na vyšší přítomnost (např. na Boha, anděly.)	0	1	2	3
Potřeba vnitřního klidu				
Je pro mě důležité:				
Přebývat na místě klidu a míru	0	1	2	3
Mluvit s ostatními o svých obavách a starostech	0	1	2	3
Najít vnitřní klid	0	1	2	3
Ponořit se do krásy přírody	0	1	2	3
Vyšší oddanost druhých	0	1	2	3
Existenciální potřeby				
Je pro mě důležité:				
Reflektovat svůj předchozí život	0	1	2	3
Promluvit si s někým o otázce smyslu života	0	1	2	3
Vyřešit otevřené záležitosti v životě	0	1	2	3
Najít smysl v nemoci a/nebo utrpení	0	1	2	3
Promluvit si s někým o možném životě po smrti	0	1	2	3

(zpracováno podle Büssing et al., 2010)

PŘÍLOHA P IV: SPIRITUAL NEEDS ASSESSMENT FOR PATIENTS (SNAP)

Psychosociální potřeby				
<u>S jakou mírou pomoci byste chtěli pomoci s následujícím:</u>	Velmi	Spíše ano	Spíše ne	Vůbec ne
Navázání kontaktu s ostatními pacienty s podobným onemocněním	4	3	2	1
Relaxace nebo zvládání stresu	4	3	2	1
Učení se zvládat pocity smutku	4	3	2	1
Sdílení svých myšlenek a pocitů s blízkými lidmi	4	3	2	1
Obavy o Vaši rodinu	4	3	2	1
Duchovní potřeby				
<u>S jakou mírou pomoci byste chtěli pomoci s následujícím:</u>	Velmi	Spíše ano	Spíše ne	Vůbec ne
Nalezení smyslu ve vaší zkušenosti s nemocí	4	3	2	1
Hledání naděje	4	3	2	1
Překonání strachu	4	3	2	1
Osobní meditace nebo modlitba	4	3	2	1
Váš vztah s Bohem nebo něčím, co vás přesahuje	4	3	2	1
Sblížení se s komunitou, která sdílí vaše duchovní přesvědčení	4	3	2	1
Vyrovnaní se s utrpením, které můžete prožívat	4	3	2	1
Smysl a účel lidského života	4	3	2	1
Smrt a umírání	4	3	2	1
Nalezení duševního klidu	4	3	2	1
Řešení starých sporů, bolestí nebo záští v rodině nebo mezi přáteli	4	3	2	1
Nalezení odpuštění	4	3	2	1
Rozhodování o léčbě, které je v souladu s vašim duchovním nebo náboženským přesvědčením	4	3	2	1
Náboženské potřeby				
<u>S jakou mírou pomoci byste chtěli pomoci s následujícím:</u>	Velmi	Spíše ano	Spíše ne	Vůbec ne
Návštěvy duchovních vašeho náboženského společenství	4	3	2	1
Návštěvy nemocničního kaplana	4	3	2	1
Návštěvy od ostatních členů vaší věřící komunity	4	3	2	1
Náboženské rituály, jako je zpěv, modlitba, zapálení svíčky nebo kadidla, pomazání nemocných nebo přijímání	4	3	2	1
Zprostředkování duchovních textů, např. Tóra, Korán, Bible, Konfuciovy Analekty, nebo Tibetskou knihu mrtvých?	4	3	2	1

(zpracováno podle Sharma et al., 2012)

PŘÍLOHA P V: FICA DOTAZNÍK

F – Faith, Belief, Meaning – Víra, přesvědčení, význam (smysl)

- Jaká je Vaše víra nebo přesvědčení?
-

- Máte duchovní víru/přesvědčení, které Vám pomáhá vypořádat se se stresem?
-

- Co dává Vašemu životu smysl?
-

- Považujete se za spirituálně (duchovně) nebo nábožensky založeného člověka?
-

I – Importance and Influence – Důležitost, význam, vliv

- Jaký význam má Vaše víra či přesvědčení ve Vašem životě?
-

- Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak zvládáte stres?
-

- Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak se během nemoci o sebe staráte?
-

C – Community – Společenství

- Jste součástí nějaké duchovní/ náboženské komunity?
-

- Je tato komunita (duchovní/náboženská) pro Vás oporou, a v čem?
-

- Existují lidé, které opravdu milujete, nebo kteří jsou pro vás důležití?
-

A – Address in Care – Řešení v oblasti péče

- Jak by, jste chtěl/a, aby Váš/e poskytovatel/ka zdravotní péče, tyto informace uplatňoval/a v rámci poskytování zdravotnické péče?
-

(zpracováno podle Rybové, 2022)

**PŘÍLOHA P VI: SPIRITUAL DISTRESS ASSESSMENT TOOL
(SDAT)**

Rozhovor s pacientem	Analýza rozhovoru	
<p>Soubor otázek pro rozhovor s pacientem:</p>	<p>Otázky k analýze rozhovoru a identifikaci nesplněných požadavků duchovních potřeb</p>	<p>Bodové hodnocení neuspokojených duchovních potřeb (rozsah od 0 do 3*)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Má hospitalizace nějaký vliv na váš běžný způsob života? • Je narušena vaše celková životní rovnováha tím, co se vám nyní děje (hospitalizace, nemoc)? • Máte potíže se vyrovnáváním se s tím, co se vám nyní děje (hospitalizace, nemoc)? 	<p>Jak pacient mluví o potřebě životní rovnováhy?</p> <p>Je celková životní rovnováha tohoto pacienta narušena?</p>	<p>Do jaké míry zůstává potřeba životní rovnováhy neuspokojena?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 </p>
<ul style="list-style-type: none"> • Máte nějaké náboženství, konkrétní víru nebo spiritualitu? • Myslíte si, že to, co se vám nyní děje mění váš vztah k Bohu /nebo k vaší spiritualitě? (blíže k Bohu, více vzdálenější, beze změny) • Je vaše náboženství / spiritualita / víra zpochybněno tím, co se děje vám nyní děje? • Myslíte si, že to, co se vám nyní děje mění nebo narušuje váš způsob života nebo vyjadřujete svou víru / spiritualitu / náboženství? 	<p>Jak pacient mluví o své potřebě transcendence?</p> <p>Je jeho potřeba transcendence narušena?</p>	<p>Do jaké míry potřeba spojení zůstává neuspokojena?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 </p>
<ul style="list-style-type: none"> • Myslíte si, že vás zdravotníci, kteří se o vás starají, dostatečně dobře znají? • Máte dostatek informací o svých zdravotních problémech a o cílech vaší hospitalizace a léčbě? • Máte pocit, že se účastníte na rozhodování o vaší péči? • Jak byste popsal/a svůj vztah s lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky? 	<p>Jak pacient mluví o své potřebě, aby pečovatelé pochopili, co má v jeho životě hodnotu a význam?</p> <p>Jak pacient mluví o své potřebě chápat a být zapojen do rozhodování a jednání pečovatelů?</p>	<p>Do jaké míry zůstává potřeba uznání hodnot neuspokojena?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 </p> <p>Do jaké míry je potřeba udržet si kontrolu neuspokojena?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 </p>

		<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Máte nějaké starosti nebo potíže týkající se vaší rodiny nebo jiných blízkých osob? Jak se k vám nyní blízcí lidé chovají? Odpovídá to tomu, co jste od nich očekávali? Cítíte se osaměle? Mohl/a byste mi říci, jakou představu máte o sobě ve své současné situaci (nemoc, hospitalizace)? Máte nějaké vazby na své společenství věřících?	Jak pacient hovoří o své potřebě zachovat si identitu?	Do jaké míry potřeba zachovat si identitu zůstává neuspokojena? <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3

***0** = žádné důkazy o neuspokojených duchovních potřebách; **1** = několik důkazů o neuspokojených duchovních potřebách; **2** = podstatné důkazy o neuspokojených duchovních potřebách; **3** = důkazy o závažné neuspokojených duchovních potřebách

(zpracováno podle CGA Toolkit Plus)

PŘÍLOHA P VII: GES QUESTIONNAIRE

Právě teď, ve vaší situaci:				
Otevřené otázky:				
Co vám dělá největší starosti?				
Co vás nejvíce trápí?				
Co vám nejvíce pomáhá?				
Co nebo kdo vás podporuje v krizových situacích?				
Co vám dává pocit jistoty, bezpečí?				
Čeho si na vás lidé cení?				
Intrapersonální				
1) Když se ohlédnu za svým životem, cítím se spokojený s tím, co jsem prožil, i sám se sebou.				
Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
0	1	2	3	4
2) Udělal (dosáhl) jsem ve svém životě to, co jsem cítil, že musím udělat.				
Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
0	1	2	3	4
3) Nacházím ve svém životě smysl.				
Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
0	1	2	3	4
4) Věřím, že se mi podařilo přinést něco cenného do života nebo druhým.				
Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
0	1	2	3	4
Interpersonální				
5) Cítím se milován lidmi, kteří jsou pro mě důležití.				
Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
0	1	2	3	4
6) Cítím se v míru a smířený s ostatními lidmi.				
Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
0	1	2	3	4
Transpersonální				
7) Navzdory své nemoci stále doufám, že se stanou pozitivní věci.				
Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
0	1	2	3	4
8) Cítím se spojen s vyšší existencí (nejvyšší bytostí, přírodou, Bohem, ...).				
Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
0	1	2	3	4

(zpracováno podle Benito et al., 2014)

PŘÍLOHA P VIII: COMPREHENSIVE NEEDS ASSESSMENT TOOL IN CANCER (CNAT)

Vztah ke zdravotnickému personálu	Nesouhlasím		Souhlasím	
<i>V současné době pociťuji:</i>				
1) Upřímný zájem a empatie ze strany mé zdravotní sestry	1	2	3	4
2) Vysvětlení léčby nebo péče, která mi byla poskytnuta, ze strany sestry	1	2	3	4
3) Ošetřovatelé se okamžitě věnovali mým nepříjemným pocitům a bolesti	1	2	3	4
4) Spolupráci a komunikaci mezi zdravotnickým personálem	1	2	3	4
5) To, že mě lékař respektoval a jednal se mnou jako osobou	1	2	3	4
6) Můj lékař mluvil při vysvětlování srozumitelně, konkrétně a upřímně	1	2	3	4
7) Rychlost a dostupnost návštěvy lékaře v případě potřeby	1	2	3	4
8) Jsem zapojen do rozhodovacího procesu při výběru vyšetření nebo léčby, kterou podstoupím	1	2	3	4
Psychologické problémy				
9) Deprese	1	2	3	4
10) Pocity hněvu, podrážděnosti nebo nervozity	1	2	3	4
11) Pocity neidentifikovatelné úzkosti	1	2	3	4
12) Osamělost nebo pocity izolace	1	2	3	4
13) Obavy o rodinu	1	2	3	4
14) Obavy, že se stanu přítěží pro ostatní ve svém okolí	1	2	3	4
15) Strach z recidivy	1	2	3	4
16) Obavy z následků léčby	1	2	3	4
17) Přijmu změny role doma, v práci a/nebo ve společnosti po stanovení diagnózy rakoviny	1	2	3	4
18) Přijmu změny v mém vzhledu v důsledku rakoviny	1	2	3	4
Fyzické příznaky				
19) Nedostatek chuti k jídlu	1	2	3	4
20) Nevolnost a zvracení	1	2	3	4
21) Necitlivost a brnění	1	2	3	4
22) Nedostatek energie a únava	1	2	3	4
23) Dušnost	1	2	3	4
24) Pocity horečky nebo návaly horka	1	2	3	4
25) Průjem nebo zácpa	1	2	3	4
26) Potíže se spánkem nebo usínáním	1	2	3	4
27) Bolest	1	2	3	4
28) Vypadávání vlasů	1	2	3	4

29) Zhoršení koncentrace nebo paměti	1	2	3	4
30) Změny v sexuálním životě	1	2	3	4
Informace				
31) Informace o věcech, které mohu dělat doma pro své zdraví	1	2	3	4
32) Informace o vyšetřeních a léčbě	1	2	3	4
33) Informace o příznacích vyžadujících návštěvu nemocnice	1	2	3	4
34) Informace o správné stravě (potraviny, které je třeba jíst, potraviny, kterým je třeba se vyhnout)	1	2	3	4
35) Informace o současném stavu mé nemoci a jejím budoucím průběhu	1	2	3	4
36) Snadné a přesné vysvětlení o prospěšnosti, nežádoucích účincích a aplikaci současných léků	1	2	3	4
37) Informace o nemocnicích nebo klinikách zabývajících se léčbou rakoviny a o lékařích	1	2	3	4
38) Pokyny nebo informace o doplňkové a alternativní medicíně	1	2	3	4
39) Informace o finanční podpoře na léčebné výlohy, a to buď od státních a/nebo soukromých organizací.	1	2	3	4
40) Informace o hospicové službě	1	2	3	4
Sociální/náboženská/duchovní podpora				
41) Pomoc při potížích v mezilidských vztazích po diagnóze rakoviny	1	2	3	4
42) Pomoc při obtížích v rodinných vztazích po diagnóze rakoviny	1	2	3	4
43) Náboženskou podporu	1	2	3	4
44) Pomoc a podporu od blízkých osob	1	2	3	4
45) Pomoc při hledání smyslu mé situace a vyrovnání se s ní	1	2	3	4
Praktická podpora				
46) Informace o léčbě v blízkosti mého domova	1	2	3	4
47) Informace o dopravní službě pro cestu do nemocnice a zpět	1	2	3	4
48) Informace o ubytovacích službách v blízkosti nemocnice, ve které jsem se léčil/a	1	2	3	4
49) Pomoc s mou ekonomickou zátěží způsobenou rakovinou	1	2	3	4
50) Asistovanou péčí v nemocnici nebo doma	1	2	3	4
51) Někdo, kdo mi pomůže s úklidem a/nebo péčí o děti	1	2	3	4
Nemocniční zařízení a služby				
52) Zním určeného zaměstnance nemocnice, který by byl schopen poskytnout poradenství v případě jakýchkoli obav a poradenství ohledně průběhu mého onemocnění.	1	2	3	4
53) Léčbu, a to od okamžiku stanovení diagnózy až po období po propuštění	1	2	3	4
54) Krátkou čekací dobu mezi rezervací a návštěvou lékaře	1	2	3	4

55) Rehabilitační lékařské služby, které pomohou s funkčním zotavením po léčbě	1	2	3	4
56) Služby odborného psychologického poradenství	1	2	3	4
57) Léčení v příjemném prostředí	1	2	3	4
58) Ošetrovatelskou službu při návštěvě v domácnosti	1	2	3	4
59) Poradenství a podporu při mém návratu do práce nebo do zaměstnání	1	2	3	4

(zpracováno podle Shim et al., 2011)

PŘÍLOHA P IX: SPIRITUAL NEEDS DISTRESS SCALE

Doména: Vztah k sobě samému	Nesouhlasím		Naprosto souhlasím	
1) Cítím šok	1	2	3	4
2) Cítím popírání	1	2	3	4
3) Cítím strach	1	2	3	4
4) Cítím utrpení	1	2	3	4
5) Cítím smutek	1	2	3	4
6) Cítím osamělost	1	2	3	4
7) Cítím se otupělý	1	2	3	4
8) Cítím lítost	1	2	3	4
9) Cítím se rozčarován	1	2	3	4
10) Cítím obavy	1	2	3	4
11) Cítím osudovost	1	2	3	4
12) Mám chuť vzdát se života	1	2	3	4
13) Cítím se pesimisticky	1	2	3	4
14) Cítím něco ve své mysli	1	2	3	4
Doména: Vztahy s ostatními	Nesouhlasím		Naprosto souhlasím	
15) Druzí mě nemohou uspokojit	1	2	3	4
16) Nemohu důvěřovat druhým	1	2	3	4
17) Nedokážu se podřídit druhým	1	2	3	4
18) Nedokážu druhým odpustit	1	2	3	4
19) Cítím se odcizený druhým	1	2	3	4
Doména: Vztah s Bohem	Nesouhlasím		Naprosto souhlasím	
20) Necítím žádnou úctu k Bohu	1	2	3	4
21) Mám pocit, že Bůh je bezmocný	1	2	3	4
22) Necítím žádnou ochranu od svých předků	1	2	3	4
23) Cítím se svázán svou vírou	1	2	3	4
24) Cítím se hříšný	1	2	3	4
25) Necítím se klidný	1	2	3	4
26) Nemohu se účastnit náboženských aktivit	1	2	3	4
Doména: Tvář v tvář smrti	Nesouhlasím		Naprosto souhlasím	
27) Bojím se mluvit o smrti	1	2	3	4
28) Obávám se, že budu umírat	1	2	3	4
29) Mám obavy z mého pohřebního obřadu	1	2	3	4
30) Mám obavy z toho, kam půjdu po smrti	1	2	3	4

(zpracováno podle Martins et al., 2019)

PŘÍLOHA P X: SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE RATING SCALE (SSCRS)

Tvrzení:	1 = Naprosto nesouhlasím					10 = naprosto souhlasím				
Sestry poskytují duchovní péči tím, že zajistí návštěvu nemocničního kaplana nebo vlastního náboženského představitele pacienta, pokud o to požádá.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sestry poskytují duchovní péči tím, že při poskytování péče projevují laskavost, zájem a radost.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita se zabývá potřebou odpustit a potřebou cítit odpuštění.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita zahrnuje pouze chození do kostela/místa uctívání.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita není spojena s vírou v Boha nebo nejvyšší bytost.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita je o hledání smyslu v dobrých i špatných událostech života.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sestry poskytují duchovní péči tím, že tráví čas s pacientem, poskytují mu podporu a jistotu, zejména v době, kdy to potřebují.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sestry poskytují duchovní péči tím, že pacientovi umožňují najít smysl a cíl jeho nemoci.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita je o pocitu naděje v životě.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita souvisí s tím, jak člověk vede svůj život tady a teď.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sestry poskytují duchovní péči tím, že naslouchají pacientům a poskytují jim čas na diskusi a zkoumání jejich strachů, úzkostí a potíží.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita je sjednocující síla, která člověku umožňuje být v míru sám se sebou a se světem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita nezahrnuje oblasti, jako je umění, kreativita a sebevyjádření.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sestry poskytují duchovní péči s respektem k soukromí, důstojnosti a náboženským a kulturním hodnotám a přesvědčení pacienta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Spiritualita zahrnuje osobní přátelství, vztahy.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita se nevztahuje na ateisty a agnostiky.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spiritualita zahrnuje lidskou morálku.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(zpracováno podle Panczyk et al., 2023 a Parozzi et al., 2023)