SPIRITUALITA PACIENTOV S PSYCHICKOU PORUCHOU

Spirituality of psychiatric patients

11: 406–412, 2009
ISSN 1212-4117**Ivan Farský¹, Katarína Žiaková¹, Igor Ondrejka², Peter Halama³**¹Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva²Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Psychiatrická klinika³Trnavská univerzita v Trnave, Filozofická fakulta**Summary**

There is growing evidence that spirituality and its components (meaning of life, hope, relation to other people/nature/higher power or God) are important correlates of mental health. The Aim of our work was to assess spirituality and its components in psychiatric patients compared to healthy population. The study sample consisted of 124 patients hospitalized in Clinic of Psychiatry of JLF UK and MFN in Martin. There were 65 women and 59 men. The Control group consisted of 201 internal and external university students. There were 147 women and 54 men. All participants completed Nowotny Hope Scale, Life Meaningfulness Scale, Prague Spirituality Questionnaire PSQ 36 and Spiritual Well-being Scale. We found that Patients reported significantly lower level of global hope, life meaningfulness and spiritual well-being than control group. In addition they had significantly lower level of fellowship and reported significantly higher level of Eco-spirituality than students. On the basis according to our findings we suppose that psychiatric disorders have negative influence on spirituality of patients and may lead to decrease in hope, life meaningfulness and spiritual well-being.

Key words: spirituality – nursing – psychiatric disorders – life meaningfulness – hope – spiritual well-being

Súhrn

Spiritualita a jej atribúty ako zmysel života, nádej, vzťah k druhým, prírode, vyššej sile/Bohu sa čoraz častejšie uvádzajú ako činitele, ktoré môžu pôsobiť protektívne a salutogénne pri psychických poruchách.

Cieľom našej práce bolo posúdiť spiritualitu pacientov, ako aj zistiť rozdiely v miere naplnenia jednotlivých atribútov spirituality u pacientov a zdravou populáciou.

Populáciu psychiatrických pacientov tvorili pacienti hospitalizovaní na Psychiatrickej klinike JLF UK a MFN v Martine; do výskumného súboru bolo začlenených 124 pacientov, 59 mužov a 65 žien. Kontrolnú skupinu, v zmysle zdravej populácie, tvorila skupina 201 interných aj externých študentov, 54 mužov a 147 žien.

Na posúdenie spirituality prostredníctvom jej atribútov sme použili Nowotnej škálu nádeje, Škálu životnej zmysluplnosti, Pražský dotazník spirituality PSQ 36 a Škálu spirituálnej pohody.

Pacienti mali signifikantne nižšiu celkovú mieru nádeje, životnú zmysluplnosť a spirituálnu pohodu v porovnaní so zdravou populáciou. Pacienti uvádzali vyššiu mieru Eko-spirituality a nižšiu mieru spolupatričnosti ako zdravá populácia.

Z našich zistení vyplýva, že psychická porucha ovplyvňuje a vedie k problémom v spirituálnej dimenzii pacientov. Predovšetkým vedie k poklesu nádeje, životnej zmysluplnosti a znižuje spirituálnu pohodu.

Kľúčové slová: spiritualita – ošetrovateľstvo – psychické poruchy – životná zmysluplnosť – nádej – spirituálna pohoda

ÚVOD

Výsledky zahraničných výskumov poukazujú na to, že spiritualita má pozitívny vplyv na duševné zdravie (napr. Yi et al., 2006), pôsobí ako preventívny faktor rôznych psychických porúch (McCullough, Larson, 1999), zohráva úlohu v procese psychického vyliečenia (napr. Sullivan, 1998; Kelly, Gamble, 2005) a ovplyvňuje aj kvalitu života pacientov (WHO, 2001).

Definícia spirituality ostáva aj napriek mnohým pokusom o jej vymedzenie stále nejasná a ako uvádzajú napr. McLaren (2004), Tanyi (2002), definície použité v niektorých článkoch sú príliš deskriptívne, anekdotické či rétorické, prezentujúce názor autora a nemožno ich generalizovať a aplikovať pre celú populáciu. V tejto práci sa stotožníme s názorom Reedovej (1992), ktorá vymedzuje spiritualitu v termínoch rôznorodých ľudských zážitkov, ktoré vedú k pocitom transcencie alebo spojenia s niečím väčším, ako je samotné „ja“, prostredníctvom intrapersonálnej, interpersonálnej a transpersonálnej dimenzie. *Intrapersonálna* dimenzia je zacielená na vnútorné hľadanie osobného zmyslu. Medzi súvisiace pojmy Reedová zaraďuje: účel života, vnútornú silu, odvahu a vyrovnanosť. *Interpersonálna* dimenzia je zacielená na vzťahy s druhými ľuďmi a ďalšími živými systémami, ako aj širším prostredím a prírodou. Koncepty v tejto dimenzii zahŕňajú: dôveru, pocit spojenia, odpúšťanie, vzájomnú prepojenosť a lásku. *Transpersonálna* dimenzia odkazuje na vzťah človeka s neznámym či nepoznatelným, záhadným, Bohom, vyšším bytím či mocou a ďalšími nadpozemskými entitami alebo vyjadrenie reality, ktorá existuje mimo bežných skúseností. Sem zaraďuje Reedová koncepty ako nádej, viera, sebatranscendencia, mystické zážitky, akceptácia, uvedomenie si božskej prítomnosti, zážitok požehnania a milosti, špecifické náboženské presvedčenia a praktiky ako aj nenáboženské, ateistické alebo existenciálne vyjadrenie transcencie. S týmto vymedzením spirituality sa stotožňujeme z viacerých dôvodov. Považujeme ju za kultúrne nešpecifickú a teda použiteľnú v rôznych populáciách. Použiteľnú ako u veriacich, tak u ateistov. Obsahujúcu všetky atribúty spirituality, ktoré sú najčastejšie pripisované spiritualite, t.j. *zmysel a účel života, transcenciu a vzťah k sebe/druhým/prírode/vyššej sile či Bohu* ako aj *nádej*. Definíciu možno aplikovať pre ošetrovateľskú diagnózu *Duchovná tieseň*,

ktorá je definovaná ako neschopnosť integrovať zmysel a účel v živote prostredníctvom spojenia so sebou samým, druhými, prírodou, umením, vyššou silou či Bohom.

CIEĽ PRÁCE

Cieľom našej práce bolo posúdiť spiritualitu pacientov s psychickou poruchou a u zdravých ľudí a následne zistiť rozdiely v miere naplnenia jednotlivých atribútov spirituality u pacientov a zdravej populácie.

SÚBOR

Súbor psychiatrických pacientov tvorili pacienti hospitalizovaní na Psychiatrickej klinike JLF UK a MFN v Martine. Celkovo bolo do výskumného súboru začlenených 124 pacientov, z toho 59 mužov a 65 žien. Vekový priemer bol $39,85 \pm 13,31$ rokov. Polovica pacientov zo súboru bola hospitalizovaná s diagnózou depresívna epizóda (62), ostatné diagnózy zahŕňali závislosť od alkoholu (32), poruchy psychotického spektra (30).

Kontrolnú skupinu v zmysle zdravej populácie tvorila skupina 201 interných aj externých študentov Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského z odborov medicína a ošetrovateľstvo: 54 z nich bolo mužov a 147 žien. Priemerný vek bol $25 \pm 7,34$ rokov.

Zaraďujúcimi kritériami pre súbor pacientov boli: informovaný súhlas, spolupráca pacienta, schopnosť pochopiť inštrukcie, vek 18 r. a viac. Do výskumného súboru boli pacienti zaraďovaní až po odznení akútneho štádia psychickej poruchy, teda bez psychotických symptómov.

Vylučujúcimi kritériami boli stredne ťažká a ťažká kognitívna porucha, porucha komunikácie, akútne somatické ochorenie, vážnejšie chronické somatické ochorenie.

Zaraďujúce kritériá pre zdravú vzorku: vek 18–65 rokov, ochota k spolupráci, informovaný súhlas, schopnosť pochopiť inštrukcie výskumných metódik.

Vylučujúcim kritériom bola diagnostikovaná psychická porucha, prípadne iné vážne somatické ochorenie.

METODIKA

Akceptujúc definíciu Reedovej, ktorá vymedzila spiritualitu pomerne široko, rozhodli sme sa pre zber empirických dát použiť nástroje, ktoré hodnotia Reedovou definované atribúty.

Nádej je posúdená prostredníctvom Nowotnej škály nádeje; zmysel života bol posúdený prostredníctvom škály životnej zmysluplnosti a subškálou Existenciálna pohoda v Škále spirituálnej pohody; vzťah *k sebe/druhým/prírode/vyššej sile* či *Bohu* sú posudzované pomocou Pražského dotazníka spirituality PSQ 36 a subškálou Náboženská pohoda v Škále spirituálnej pohody.

Nowotny Hope scale (NHS) (Nowotny, 1989) je tvorená šiestimi subškálami: D – dôvera vo výsledok, I – vzťahy s inými, M – v čo dúfam, je možné, V – viera, Z – zaangažovanosť, A – vnútorná aktivita. Škála má 29 položiek, skóre sa môže pohybovať od 29 do 116, vyššie skóre znamená vyššiu mieru nádeje. Autorka stanovila aj mieru pre beznádej, priemerné celkové skóre ≤ 52 , alebo pre beznádej v jednotlivých dimenziách nádeje skóre ≤ 2 .

Zmysel života bol posudzovaný *Škálou životnej zmysluplnosti* (ŠŽZ) (Halama, 2002; 2007), má 18 položiek, pričom meria kognitívnu (KD), afektívnu (AD) a motivačnú (MD) dimenziu. Skóre dosahované v subškálach sa môže pohybovať od 6 do 30, celkové skóre od 18 do 90, vyššie skóre znamená vyššiu životnú zmysluplnosť.

Pražský dotazník spirituality PSQ 36 (Říčan, 2007; Říčan, Janošová, 2005) meria spiritualitu prostredníctvom položiek, ktoré sa zameriavajú na to, ako sa spiritualita prejavuje v živote človeka. Má 36 položiek rozdelených do 6 faktorov, pričom celkové skóre môže dosahovať hodnoty 36–180. Vyššie skóre znamená vyššiu spiritualitu. Autori pri tvorbe položiek zároveň zdôrazňovali obraznosť, metaforu, pátos, zážitky tajomstva a fascináciu, ktoré považujú za charakteristické pre spiritualitu.

Spirituálna pohoda bola posúdená pomocou *Spiritual Well-being Scale* (SWB) (Palloutzian, Ellison, 1982), ktorá má 20 položiek rozdelených do dvoch subškál: náboženská pohoda (NP) a existenciálna pohoda (EP). Skóre v subškálach sa pohybuje od 10 do 60, celkové skóre môže byť od 20 do 120. Vyššie skóre znamená vyššiu spirituálnu pohodu.

Pre overovanie rozdielov medzi skupinami bol použitý Studentov t-test.

VÝSLEDKY

V atribúte spirituality *nádej* sme zistili, že ani jeden z pacientov neuvádzal beznádej, 17,75 % pacientov malo nízko nádej, 64,5 % malo priemernú mieru nádeje a 17,75 % pacientov dokonca uvádzalo vysokú mieru nádeje. V súbore študentov rovnako nikto neuvádzal beznádej, 5,97 % študentov uvádzalo nízku mieru nádeje, 79,1 % priemernú a 14,93 % mali vysokú mieru nádeje (tab. č. 1).

Z hľadiska jednotlivých subškál najviac pacientov aj študentov uvádzalo beznádej v subškále nádeje Viera. Tento výsledok ale možno pripísať predovšetkým podielu respondentov, ktorí sa nehlásia k žiadnemu vierovyznaniu a pri položkách týkajúcich sa viery odpovedali záporne. V súbore pacientov sa ďalej vyskytovala beznádej v subškále Zaangažovanosť (20), V čo dúfam, je možné (16), Dôvera vo výsledok (12), Vzťahy s inými (9), Vnútorná aktivita (3). V súbore študentov: V čo dúfam, je možné (10), Vzťahy s inými (8), Zaangažovanosť (4), Vnútorná aktivita (3), Dôvera vo výsledok (2) (tab. č. 2).

Tab. č. 1 Miera nádeje

	P		Š	
	n	%	n	%
Beznádej	0	0	0	0
Nízka	22	17,75	12	5,97
Priemerná	80	64,5	159	79,1
Vysoká	22	17,75	30	14,93

Tab. č. 2 Výskyt beznádeje v jednotlivých subškálach

	D	I	M	V	Z	A
P	12	9	16	21	20	3
Š	2	8	10	39	4	3

Porovnaním rozdielov sa zistil signifikantný rozdiel v subškálach Vzťahy s inými a Zaangažovanosť a v celkovej miere nádeje v prospech študentov (tab. č. 2).

Atribút spirituality *zmysel a účel v živote* sme merali Škálou životnej zmysluplnosti a týka sa ho aj subškála existenciálna pohoda v Škále spirituálnej pohody. Pacienti uvádzali priemerne najnižšie hodnoty v motivačnej dimenzii zmyslu, mierne vyššie v afektívnej dimenzii a najvyššie hodnoty uvádzali v kognitívnej dimenzii zmyslu. Študenti mali najvyššiu životnú zmyslupnosť v afektívnej dimenzii a najnižšiu v kognitívnej oblasti. Signifikantný rozdiel sme zistili v jednotlivých dimenziách zmyslu ako aj v celkovej životnej zmysluplosti v neprospech pacientov. Pacienti mali taktiež signifikantne nižšiu existenciálnu pohodu ako kontrolná vzorka (tab. č. 3).

Atribút spirituality *vzťah k sebe/druhým/prírode/vyššej sile či Bohu* sme posudzovali prostredníctvom PSQ 36. Zistili sme signifikantný rozdiel v subškále Eko-spiritualita v prospech pacientov. Signifikantný rozdiel sme zistili aj v subškále spolunáležitosť v prospech študentov. Na vzťah k vyššej sile či Bohu odkazuje subškála náboženská pohoda v škále spirituálnej pohody. V tomto atribúte bol taktiež signifikantný rozdiel medzi zdravou populáciou a pacientmi, pričom študenti dosahovali vyššie skóre. Signifikantný rozdiel sme zistili aj v celkovej miere spirituálnej pohody v prospech študentov (tab. č. 3.).

Ako vidieť z tab. č. 3. až v 12 premenných (z celkových 20) bol signifikantný rozdiel medzi oboma skupinami. V 11 premenných dosahovala vyššie skóre bežná populácia. Vyššie skóre u psychiatrických pacientov bolo zistené len v premennej Eko-spiritualita (PSQ-36).

Tab. č. 3 Rozdiely v existenciálnych a spirituálnych premenných medzi bežnou populáciou a psychiatrickými pacientmi

	Priemer a SD-bežná populácia	Priemer a SD-psychiatrickí pacienti	t-hodnota (sig.)
NHS – dôvera	23,57 (2,79)	22,93 (4,59)	1,554
NHS – vzťahy	15,85 (2,61)	15,04 (2,88)	2,600**
NHS – možné	14,04 (2,14)	13,77 (2,57)	1,042
NHS – viera	7,83 (2,69)	7,48 (2,38)	1,195
NHS – zaangaž.	14,78 (2,23)	13,68 (2,57)	4,073**
NHS – vnút. akt.	9,46 (1,26)	9,57 (1,55)	-0,665
NHS – celk.	85,56 (8,81)	82,50 (11,42)	2,716**
ŠZZ – kogn.	23,02 (4,14)	21,26 (4,61)	3,565**
ŠZZ – motiv	23,32 (3,48)	20,44 (4,53)	6,444**
ŠZZ – afek.	24,74 (3,70)	20,73 (5,63)	7,737**
ŠZZ – celk.	71,09 (9,86)	62,44 (13,26)	6,718**
PSQ 36 – eko-spiritualita	17,13 (5,13)	19,49 (5,51)	-3,908**
PSQ 36 – svedomitá starostlivosť	20,75 (5,17)	20,79 (4,65)	-0,074
PSQ 36 – etický entuziazmus	21,04 (4,71)	20,67 (4,94)	0,682
PSQ 36 – spolunáležitosť	22,47 (4,52)	20,74 (5,24)	3,147**
PSQ 36 – mystická skúsenosť	16,14 (5,11)	16,81 (5,20)	0,765
PSQ 36 – monoteizmus	19,35 (6,03)	18,62 (5,57)	0,270
SWS – náboženská pohoda	41,66 (11,80)	36,16 (9,39)	4,402**
SWS – existenciálna pohoda	43,51 (7,18)	37,11 (8,16)	7,401**
SWS – celkovo	85,17 (15,24)	73,27 (14,34)	6,993**

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ SHS – Snyderova škála nádeje, NHS – Nowotnej škála nádeje, ŠZZ – škála životnej zmysluplnosti, PSQ 36 – Pražský dotazník spirituality, SWS – Škála spirituálnej pohody

DISKUSIA

V našej práci sme pri posudzovaní spirituality vychádzali z koncepcie Reedovej (1992), ktorá ju chápe ako intrapersonálny, interpersonálny a transpersonálny vzťah. Schopnosť nádeje považuje Reedová za koncept, ktorý patrí do transpersonálnej dimenzie spirituality. Z hľadiska starostlivosti je v prípade nádeje dôležitá predovšetkým prevencia a riešenie beznádeje. Ponechania pacienta v stave beznádeje, bezmocnosti, osamelého vo svojom prežívaní, vedie zo strany pacienta k strate dôvery, k odmietaniu starostlivosti, neúmerne zvyšuje jeho utrpenie. U psychiatrických pacientov je identifikácia beznádeje a jej riešenie obzvlášť dôležité, pretože viacerí autori ju považujú za jeden z najdôležitejších faktorov suicidálneho konania a uvažovania (napr. Weisharr, Beck, 1992; Aldridge, 1998; Clarke et al., 1999). V našom súbore sme podľa celkovej miery nádeje nezistili beznádeju u žiadneho z pacientov. Avšak takmer u 18 % pacientov sme zistili nízku mieru nádeje. Koncept dynamiky nádeje a beznádeje je niekedy obrazne popisovaný ako body na úsečke, s absolútnou beznádejou na jednom konci a absolútnou nádejou na druhom konci úsečky, pričom sa človek počas života pohybuje medzi týmito dvoma extrémami. Tento koncept dynamiky nádeje a beznádeje je podporený vo viacerých empirických štúdiách, ktoré boli zamerané na meranie zmien v nádeji ako dôsledok ošetrovateľských intervencií (Herth, 1990). Potom z hľadiska dynamiky možno pacientov s nízkou mierou nádeje považovať za rizikových pre vznik beznádeje. Pozitívnym zistením je, že 18 % pacientov uvádzalo vysokú mieru nádeje, zatiaľ čo v súbore študentov to bolo približne 15 %. Možno to pravdepodobne pripísať zvýšenej aktualizácii nádeje počas zažívania psychickej poruchy. Psychická porucha vážne zasahuje do bežného fungovania človeka, pričom nie je možné zvládnuť ju len využitím vlastných vnútorných zdrojov. Nádej sa aktualizuje najmä v čase krízy, a nie je orientovaná na vnútorné zdroje, ale smerom na externé zdroje, k pomoci „zvonka“. Naopak u študentov je predpoklad, že pri riešení záťažových situácií využívajú predovšetkým vlastné zdroje, pričom dosahovanie žiaducich výsledkov je založené na vlastnom úsilí a konaní. Z hľadiska jednotlivých subškál najčastejšie pacienti uvádzali beznádej v subškále Aktívna zaangažovanosť, čo možno

pripísať jednak vysokému podielu pacientov s depresívnou poruchou a jednak samotnej psychopatológii psychických porúch, ktoré obvykle vedú (s výnimkou manickej fázy bipolárnej poruchy) k problémom v oblasti hľadania riešenia problémov, apatii či dokonca rezignácii. Ďalej bola zistená beznádej v subškálach: V čo dúfam, je možné a Dôvera vo výsledok. Opäť možno predpokladať, že sa jednalo najmä o depresívnych pacientov a pacientov s opakovanou hospitalizáciou, ktorí pravdepodobne nemajú až takú dôveru vo vyliečenie ako prvýkrát hospitalizovaní pacienti. Niektorí pacienti uvádzali beznádej v dimenzii vzťahy s inými. Možno uvažovať o premorbídne narušených vzťahoch či nedostatku blízkych ľudí. Na druhej strane možno uvažovať o narušení vzťahov v dôsledku ochorenia, stigmatizácie a sociálnej exklúzie psychiatrických pacientov.

Zmysel a účel života zaraďuje Reedová do interpersonálnej dimenzie spirituality. Pocit životnej zmysluplnosti pozitívne koreluje s pocitmi šťastia (Debats et al., 1993; Scannell et al., 2002) a spirituálnou pohodou (Scannell et al., 2002) a negatívne s beznádejou (Harris, Standard, 2001), depresívnymi symptómami (Debats et al., 1993; Scannell et al., 2002). Addis, Truax, a Jacobson (1995) zistili, že existenciálne problémy sú jednou z 8 najčastejších príčin, ktorú ľudia subjektívne považujú za príčinu, prečo sa stali depresívnymi. Podobne ako beznádej aj pocit bezzmyslovosti a bezúčelnosti v živote človeka je rizikovým faktorom suicidálneho správania. Suicídium je najviac extrémna reakcia na neschopnosť nájsť v živote zmysel. Medzi ďalšie reakcie opísané Franklom (1997) patrí vývin neurotických symptómov alebo závislosti. V súbore pacientov sa najnižší zmysel zistil v motivačnej dimenzii zmyslu. Táto dimenzia odkazuje na ciele, plány ako aj silu a vytrvalosť angažovania sa v nich. Môžeme predpokladať vplyv psychickej poruchy na túto dimenziu ako aj vplyv prípadných predchádzajúcich liečebných neúspechov. Pacientovi treba pomôcť či minimálne byť prítomný pri prehodnocovaní jeho života a pomáhať mu pri hľadaní plánov a cieľov, ktoré bude považovať za hodnotné uskutočňovania a angažovania sa v nich. Najvyššiu životnú zmysluplnosť pacienti dosahovali v kognitívnej dimenzii zmyslu, ktorá odkazuje na celkové životné nasmerovanie, pochopenie života či životného poslania. Táto dimenzia

zmyslu pravdepodobne odkazuje aj na životné skúsenosti a zážitky získané aj počas ochorenia, preto sa možno domnievať, že pokiaľ sa nejedná o nové ochorenie, ktoré by mohlo výrazne zasiahnuť do vnímania života, kognitívna dimenzia môže byť najstabilnejšou v rámci životnej zmysluplnosti. Treba však podotknúť, že rozdiely medzi jednotlivými dimenziami boli minimálne.

Signifikantný rozdiel sme zistili medzi pacientmi a študentmi v dimenzii PSQ 36 Eko-spiritualita v prospech pacientov. Inklinácia k Eko-spiritualite môže súvisieť s problémami pacientov v rámci tradičných foriem náboženského života a hľadaním formy spirituality, ktorá nevyžaduje kontakt s inými, prípadne nevyžaduje predpísanú prax, správanie a normy, pretože pacienti môžu mať problém s dodržiavaním formalizovaného správania. Z hľadiska starostlivosti je dôležité rešpektovať aj menej obvyklé formy spirituality a nepovažovať ich za prejav psychopatológie. Na potrebu individuálnej formy spirituality môže poukazovať aj signifikantný menší pocit spolupatričnosti u pacientov ako u študentov. Môže to súvisieť so zážitkami stigmatizácie, sociálnou exklúziou, ktorej sú niekedy pacienti vystavení. Taktiež to môže súvisieť so stratou vzťahov v súvislosti s ochorením či problematickým nadväzovaním dôvery. V súvislosti s tým je potrebné identifikovať problémy, ktoré majú pacienti vo vzťahoch s inými ľuďmi, rešpektovať pacienta, snažiť sa o vytvorenie a udržanie dôverného vzťahu.

Pacienti mali signifikantne nižšiu náboženskú pohodu ako študenti. Ako už bolo uvedené, táto pohoda reflektuje vzťah respondenta k vyššej sile či Bohu. V tomto prípade je potrebné zistiť, do akej miery je táto dimenzia pre pacienta dôležitá, či má nejaký vnútorný konflikt vo vzťahu k Bohu, prežívanie viny či hnevu a pod. Nízka pohoda v tejto oblasti ale môže súvisieť aj s neprikladaním významu vzťahu s vyššou silou či Bohom.

V súvislosti so signifikantnými rozdielmi v existenciálnej aj náboženskej pohode v neprospech pacientov bola aj celková spirituálna pohoda nižšia u pacientov ako u študentov. Z opačného hľadiska teda možno konštatovať, že pacienti mali vyššiu mieru spirituálneho distresu ako zdravá populácia. V tejto oblasti je predísť vzniku alebo zmiernenie spirituálneho distresu/tiesne hlavný cieľ starostlivosti. Carpenitová

(2000, s. 451) opisuje spirituálny distress ako: „*Stav, v ktorom jednotlivec či skupina zažíva alebo je v riziku zažívania zmätku v systéme presvedčení či hodnôt, ktoré poskytujú silu, nádej a zmysel životu*“. Znak spirituálneho distresu sú primárne zacielené na zmätok osoby v hodnotovom systéme či systéme presvedčení, ktorý sa môže manifestovať neurčitou, ambivalenciou a pocitmi prázdnoty a osamelosti. Osoba taktiež môže vyjadrovať: hnev, strach, chorobnú preokupáciu utrpením a smrťou (Mcsherry, 2006, s. 60).

ZÁVER

Na základe našich výsledkov môžeme konštatovať, že medzi pacientmi a zdravou populáciou existuje rozdiel v miere naplnenia jednotlivých atribútov spirituality. Pacienti mali celkovo nižšiu nádej, nižšiu mieru životnej zmysluplnosti a uvádzali nižšiu spirituálnu pohodu. Z hľadiska ďalšieho výskumu je potrebné odlíšiť, či ide o premorbídnu charakteristiku pacientov a počas trvania psychického ochorenia nedochádza k výraznejším zmenám, alebo sa jedná najmä o pokles v súvislosti s ochorením a psychopatológiou. V rámci starostlivosti je dôležité zameriavať sa na spirituálne potreby pacientov, diagnostikovať a riešiť problémy, ako sú beznádej, bezzmyslosť, spirituálny distress. To si samozrejme vyžaduje koordinovaný prístup všetkých odborníkov, ktorí sa podieľajú na procese starostlivosti. Na druhej strane na kompetentnosť sestier riešiť spirituálne problémy pacientov poukazuje niekoľko faktorov. Metodologický holistický prístup, ktorý sa uplatňuje v ošetrovatelstve (človek ako bio-psycho-socio-spirituálna bytosť), a s tým súvisiaca pregraduálna príprava v odbore ošetrovatelstvo, ktorá zahŕňa poznatky aj o spirituálnych potrebách a problémoch, existencia ošetrovateľských diagnóz v klasifikačnom systéme NANDA ako je napr. Beznádej, Spirituálna tieseň, ktoré jasne odkazujú na spiritualitu a v neposlednom rade je to aj množstvo času, ktoré sestry trávia s pacientom.

Na jednej strane spiritualita môže pôsobiť protektívne a salutogénne, ale na druhej strane v prípade problémov v tejto oblasti, ako je beznádej, prežívanie bezzmyslosť a spirituálnej tiesne, môžu pôsobiť aj patogénne. Preto je potrebné aj tejto dimenzii ľudského života venovať primeranú pozornosť.

LITERATÚRA

- ADDIS, M. E., TRAUX, P., JACOBSON, N. S.: Why do people think they are depressed? The reasons for depression questionnaire. *Psychotherapy*, 1995. Vol. 32, no 3, p. 476–483.
- ALDRIDGE, D.: *Suicide: the Tragedy of Hopelessness*, 1st ed., London: Jessica Kingsley Publishers, 1998. p. 311
- CLARKE, D. A., BECK, A. T., ALFORD, B. A.: *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*, 1st ed., New York: John Wiley & Sons Ltd., 1999. p. 494.
- CARPENITO, L. J.: *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. 11th ed., Philadelphia: Lippincott Company, 2000. p. 1024.
- DEBATS, D. L., VAN DER LUBBE, P., WEZEMAN, F. R. A.: On the psychometric properties of the Life Regard Index (LRI): A measure of meaningful life. *Personality and Individual Differences*, 1993. Vol.14, no 2, p. 337–345.
- FRANKL, V. E.: *Vůle ke smyslu*, 2. čes. vyd., Brno: Cesta, 1997. 212 s.
- HALAMA, P.: Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. *Československá psychologie*, 2002. Vol. 46, no 3, s. 265–276.
- HARRIS, A., STANDARD, S.: Psychometric properties of the Life Regard Index-Revised: A validation study of a measure of personal meaning. *Psychological Reports*, 2001. Vol. 89, no 3, pp. 759–773.
- HERTH, K.: Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 1990. Vol. 15, pp. 1250–1259.
- KELLY, M., GAMBLE, C.: Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2005. Vol.12, no 2, pp. 245–251.
- MCCULLOUGH, M. E., LARSON, D. B.: Religion and depression: a review of the literature. *Twin Res*, 1999. Vo. 12, no 2, pp.126–36.
- MCLAREN, J.: A kaleidoscope of understandings: spiritual nursing in multi-faith society. *Journal of advanced nursing*, 2004. Vol. 45, no 5, pp. 457–462.
- MCSHERRY, W.: *Making sense of spirituality in nursing and health care practise. An interactive approach*. 1st ed., London: Jessica Kingsley publication, 2006. p. 216.
- NOWOTNY, M.: Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 1989. Vol.16, pp.57–61.
- REED, P. G.: An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, 1992. Vol.15, no 5, pp. 349–357.
- ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P.: Spirituality: its psychological operationalization via measurement of individual differences. A Czech perspective. *Studia Psychologica*, 2005. Vol. 47, no 2, pp.157–165.
- ŘÍČAN, P.: *Psychologie náboženství a spirituality*, 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 328.
- PALOUTZIAN, R. F., ELLISON, C. W.: Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In: *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience, 1982. pp. 224–237.
- SCANNELL, E., ALLEN, F., BURTON, J.: Meaning in life and positive and negative well-being. *North American Journal of Psychology*, 2002. Vol. 4, pp. 93–112.
- SULLIVAN, W. P.: Recoiling, regrouping, and recovering: first-person accounts of the role of spirituality in the course of serious mental illness. *New Dir Ment Health Serv*, 1998. Vol. 1998. no 80, pp. 25–33.
- TANYI, R. A.: Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 2002. Vol. 39, no 5, pp. 500–509.
- YI, M. S. et al.: Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*, 2006. Vol. 21, no 5, pp. 21–27.
- WEISHARR, M. E., BECK, A. T.: Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry*, 1992. Vol. 4, pp. 177–184.
- WHO: *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*, 2001. Geneva: WHO, p. 178.

Ivan Farský
Ivan.Farsky@jfmed.uniba.sk