

LUCIA ANDREJIOVÁ

Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove

ANNA HUDÁKOVÁ

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

DAGMAR MAGUROVÁ

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

**USPOKOJOVANIE DUCHOVNÝCH POTRIEB U KLIENTA
V HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI Z POHĽADU SESTRY**

Zaujať postoj k utrpeniu, dokázať znášať a premeniť svoje utrpenie, to považujeme za uskutočnenie najvyšších životných hodnôt. Starostlivosť o umierajúcich klientov v hospici poskytuje multidisciplinárny tím s cieľom zlepšenia kvality, zvýšenia produktivity, flexibility a diverzity pracovnej sily, zlepšenia komunikácie a tým aj spokojnosti samotného klienta. V hospicovej starostlivosti hlavnú zodpovednosť za uspokojenie duchovných potrieb preberá kňaz, ale sestry zostávajú prioritou v tom, že je často prvým človekom, ktorý môže o duchovných potrebách klienta kňaza informovať. Sestra by sa mala skôr zamerať na vnímanie spirituálnych potrieb ako na náboženské obrady. V príspevku prezentujeme aj kazuistiku klientky v hospicovej starostlivosti so sesterskou diagnózou zameranou na duchovnú tieseň.

„Si dôležitý, pretože si to ty! Si dôležitý do poslednej chvíle svojho života a my urobíme všetko, čo len môžeme, aby sme Ti pomohli nie iba v pokoji umrieť, ale žiť dovtedy, kým neumrieš“
Cecily Saunders, MD

Úvod

Smrť predstavuje subjektívne hlboko frustrujúci zážitok. Čas umierania je pre všetkých zúčastnených časom krízy, kde dominuje fenomén strachu a neistoty. Smrť je jedinečná udalosť a každý zomiera svojou smrťou. Ľudský život nesmie byť definovaný bez smrti - tá k nemu patrí od začiatku až do konca. Proces umierania znamená dekompenzáciu, postupné slabnutie a emocionálne súženie. Hranica medzi životom a smrťou sa nám zdá veľmi vzdialená ale len do okamihu než sa smrť priblíži. V terminálnej fáze choroby sú potreby klientov modifikované a špecifické. Pri osobnej konfrontácii

s utrpením sa mnohí klienti dostávajú do duchovnej prázdnoty, z ktorej často vznikajú pocity strachu, hrôzy z osudu. Duchovná starostlivosť je veľmi široký pojem a spadá do oblasti praktickej teológie.

Paliatívna a hospicová starostlivosť

Humanizáciou ošetrovateľskej starostlivosti sa do popredia odborných medicínskych a verejných médií, ako aj legislatívy dostáva problematika starostlivosti o zomierajúcich a pozostalých. Paliatívna starostlivosť je významným medzníkom vo vývoji medicíny¹.

Hospicové hnutie je ucelený systém pomoci zomierajúcim a ich rodinám, ktorý sa snaží o svoju vlastnú identitu v súčasnom systéme víťaznej medicíny. Hospicová starostlivosť je filozofia holistickej starostlivosti, systém zdravotne a sociálnej starostlivosti hľadajúci možnosti ako obnoviť dôstojnosť a zmysel osobného naplnenia zomierajúceho pričom:

- dôraz je kladený na klienta a rodinu a to viac ako na chorobu,
- cieľom je zlepšenie kvality zostávajúceho života,
- princípom je holistická filozofia žitia a umierania²

„História paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ako starostlivosti o človeka počas jeho umierania je tak stará, ako je ľudstvo samé. Na počiatku táto činnosť prebiehala neorganizovane, náhodne a nevedomelo. Starostlivosť o zomierajúcich v tejto dobe úzko súviselo s kresťanstvom, kedy začali vznikať rôzne útulky, spoločenstvá pre chorých, chudobných, opustených a deti.“³

Podľa koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, ktorá na Slovensku nadobudla účinnosť 1.7.2006 je Paliatívna starostlivosť prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života klientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť, fyzické, psychosociálne a duchovné potreby a tým predchádza a zmierňuje utrpenie. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou so zameraním na manažment, uspokojenie potrieb pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho klienta.

Paliatívna starostlivosť:

- podporuje život a považuje umieranie za prirodzený proces,
- neurýchľuje ani neodďaluje smrť,
- poskytuje úľavu od bolesti a ostatných stresujúcich symptómov,
- začleňuje do starostlivosti o klienta psychické a duchovné aspekty,

Lucia Andrejiová – narodila sa 21. decembra 1983 v Košiciach, skončila Technickú univerzitu v Košiciach, fakultu BERG odbor Inžiniersky manažment, v súčasnosti študuje odbor Sociálnu prácu na Vysoké škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Autorka sa zúčastnil mnohých konferencií a publikovala vo viacerých smeroch. Ukážkové publikácie: Andrejiová Lucia, Hospodárska kríza 21. storočia a nezamestnanosť ako jej najvýznamnejší sociálny dopad na obyvateľov Slovenska, Sociálne a zdravotnícke problémy hornonitrianskeho regiónu a ďalších vybraných regiónov Slovenska, Vedecký recenzovaný zborník, Partizánske 2012, s. 139; Andrejiová Lucia, Magurová Dagmar, Paliatívna a hospicová starostlivosť v minulosti a v „processe víťaznej medicíny“, In: Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti, Bardejov 2011, p. 16-24, ISBN: 978-80-8132-016-3; Andrejiová Lucia, Magurová Dagmar, Nezamestnanosť ako sociálny jav a jeho dôsledky, In: Zdravotníctvo a sociálna práca, ročník 7, 2012, 1-2, p. 8-17, ISSN: 1336-9326. Je tiež editorom zborníka: Beňo Pavol, Andrejiová Lucia, Šramka Miron, Spolupráca pomáhajúcich profesií determinant kvality života populácie. Prešov 2012, s. 1191. Odborné záujmy: Sociálna práca, Sociálne zabezpečenie, Ekonomika

¹ D. Magurová, *Hospice - model a filozofia starostlivosti o chorých*, Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia, Roč. 5, č. 6, 2007, s. 4-6.

² M. Andrašiová et al, *Hospic a paliatívna starostlivosť /príručka pre dobrovoľníkov/*, Bratislava 2002, s. 54.

³ L. Andrejiová, D. Magurová, *Paliatívna a hospicová starostlivosť v minulosti a v „processe víťaznej medicíny“*, w: *Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*, Bratislava 2011, s. 19.

- vytvára podporný systém, ktorý pomáha rodine vyrovnat' sa s chorobou klienta a so zármutkom po jeho smrti⁴.

Proces umierania je rozdelený do troch častí a z časového hľadiska rozoznávame- obdobie pred umieraním- „pre finem“, obdobie umierania- „in finem“ a obdobie po smrti- „post finem“⁵.

Uspokojenie potrieb umierajúcich klientov v hospicovej starostlivosti

Potreby vo všeobecnosti delíme na primárne a sekundárne. K primárnym potrebám radíme biologické potreby, k sekundárnym patria potreby psychické, sociálne, kultúrne, duchovné⁶.

Poznáme viacero definícií potreby rôznych autorov. Napríklad Nákonečný definuje potreby nasledovne: „Potreby sú základné motívy, ktoré vyjadrujú nedostatky na úrovni fyzického i sociálneho bytia, a cieľom správania, ktoré je s nimi spojené ako inštrumentálna aktivita, je reakcia týchto potrieb.“ Maslow uvádza, že: „Potreby motivujú správanie jednotlivca“. Jeho model potrieb človeka zahrnuje fyziologické a psychologické potreby. Potreby na jednej úrovni je potrebné uspokojiť skôr, ako sa začnú uspokojovať potreby na nasledujúcej úrovni⁷.

V terminálnej fáze ochorenia sú dôležité pre klienta potreby:

- biologické – patrí sem potreba prijímania potravy a tekutín, potreba vyprázdňovania, potreba dýchania, spánku a odpočinku, potreba tíšenia bolesti
- psychické – potreba pocitu bezpečia, istoty a dôvery, potreba komunikácie s okolím, potreba pocitu dôstojnosti a prejavov lásky
- duchovné – potreba existencie vzťahu k Bohu, ľuďom a veciam
- sociálne potreby – potreba medzil'udských vzťahov

Starostlivosť o umierajúcich v zariadeniach hospicu, je v každom jednom prípade podmienená časom, ktorý je k dispozícii. Niekedy sa môže jednať o rok, niekedy o dva mesiace, alebo len pár dní. Preto je potrebné hneď v úvode stanoviť si správne ciele, aj keď sa nám nemusí zdať, že nás pacient vníma, je potrebné k nemu pristupovať tak, že predpokladáme, že situáciu a okolie okolo seba registruje⁸.

Z hľadiska sociálnych potrieb je dôležité, aby klient nezostal v umieraní sám. Umierajúci najviac potrebujú fyzickú blízkosť niekoho, kto ich má rád. Sociálna izolácia, sprevádzajúca často posledné štádiá nevyliciteľne chorého klienta, je v protiklade s jeho spoločenskou podstatou. Človek ako tvor spoločenský žije v určitom sociálnom prostredí, má svoju rodinu, svoju prácu, problémy, záujmy, ktorým sa venuje. Vykonávame všetky intervencie na to, aby u klienta nevznikla sociálna izolácia, (vo vyhláške o sesterských diagnózach je pod kódom I 110 - Vyhláška MZ SR z 30. júna 2005), ktorá vzniká často ako dôsledok straty kontaktu s príbuznými a prejavom môže byť pocit osamelosti, uzavretosť, zmena vo vzťahu k sociálnemu okoliu⁹.

Švajčiarska akadémia lekárskeho vied zbierku pokynov pre starostlivosť o umierajúceho, v ktorých sa hovorí: „Umierajúci je chorý alebo ranený, u ktorého lekár na základe viacerých klinických znakov dospeje k presvedčeniu, že choroba je ireverzibilná (nezvratná) alebo traumatické poškodenie prebieha infaustne (beznádejne) a smrť nastane v krátkom čase.“¹⁰

⁴ Z. Bystřický, *Výroční zpráva. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa*, Brno 2001, s. 20.

⁵ B. Misconiová, *Péče o umírajících hospicová péče*, Praha 1998, s. 96.

⁶ D. Magurová, S. Kapová, *Duchovní starostlivost' o umierajúcich*, Sestra, Roč. 5, č. 7-8(2006), s. 38-39.

⁷ D. Farkašová, a kol. *Ošetrovatel'stvo – teória*, Martin 2001, s. 134.

⁸ M. Hrozenská, et al, *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*, Martin 2008, s. 146.

⁹ D. Magurová, *Hospice model a filozofia starostlivosti o chorých*. Dizertačná práca, Trnava, 2006, s. 113.

¹⁰ K. Blumenthal-Barby et al, *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*, Martin 1988, s. 69.

Uspokojovanie duchovných potrieb

Duchovné potreby sa spájajú s vierou človeka. Človek si často až s uvedomením vlastného konca života kladie otázky o jeho zmysle a smerovaní. Zisťuje sa, že uspokojovanie duchovných potrieb nie je výsadou len veriacich, ale majú obrovský význam aj pre neveriacich, hľadajúcich v posledných dňoch či mesiacoch význam a zmysel svojho života¹¹.

Uspokojovanie duchovných potrieb je zamerané na rešpektovanie náboženskej slobody poskytnutím možnosti zúčastňovať sa na náboženských úkonoch. Starostlivosť o dušu je súčasťou tzv. pastoračnej starostlivosti. Aleš Opatrný zdôrazňuje celistvé poňatie pastoračie: Pastoračnou starostlivosťou o chorých a trpiacich v širšom slova zmysle rozumieme také jednanie s človekom, v ktorom rešpektujeme jeho jedinečnosť, pristupujeme k nemu z pozície veriacich kresťanov, sprevádzame ho v chorobe, utrpení či umieraní a pomáhame mu k ľudskej dôstojnosti, zvládnuť jeho situáciu, vrátane smrti, a to na jemu dostupnej úrovni viery. Rozumie sa ňou všeobecná kresťanská povinnosť starostlivosti o duchovné- spirituálne potreby ľudí. Ide skôr o individuálnu starostlivosť o človeka, ktorý sa ocitol v neštandardnej životnej situácii a potrebuje pomoc¹².

Prakticky to znamená klienta utešovať, povzbudzovať, mať o neho trvalý záujem a pomáhať mu v duchu lásky a milosrdenstva¹³.

Uspokojovanie spirituálnych potrieb

Saundersová však hovorí o tom, že spirituálne potreby sa už nevyjadrujú v náboženských termínoch. Klienti v hospici potrebujú odpustenie, spoveď, posledné rozhrášenie, sú citliví na symboly a obrazy, ako napr.: horiaca sviečka, voda a vnútorné slávnostné situácie. Sú stále vnímaví k otázke hodnôt, ochotní hľadať¹⁴.

Duchovné potreby nemôžeme zužovať len na otázku viery a príslušnosti klienta k nejakému náboženstvu.

Uspokojovanie duchovných potrieb u klientov je možné zlepšiť aj nasledujúcimi odporúčaniami:

- zdôrazniť duchovný rozmer starostlivosti u klienta;
- rozšíriť vzdelanie o duchovnej starostlivosti aj na sestry v praxi;
- uvedomenie si duchovnej dimenzie v klinickej praxi;
- v oblasti duchovných potrieb zintenzívniť komunikáciu multidisciplinárny tím- klient;
- naučiť sestry identifikovať stavy duchovnej tiesne, deficitu duchovných potrieb;
- na vykonávanie náboženských úkonov zabezpečiť vhodné miesto;
- keď kňaz nie je súčasťou tímu, zabezpečiť jeho slobodný prístup ku klientovi;
- spolupráca kňaza s ošetrovateľským, resp. hospicovým tímom¹⁵.

Pri uspokojení duchovných potrieb vo vzťahu klient a rodina máme na pamäti, že:

- Ľudia majú rozdielne cítenie, chápanie, úroveň vývoja duchovných záležitostí. Tí, ktorí umierajú opatrujú, musia brať do úvahy ich individuálnu interpretáciu.
- Klienti a ich rodiny môžu mať rozdielne duchovné náhľady a vieru, ale nemusia si byť týchto rozdielov vedomí, a preto myslíme aj na možný vznik ťažkostí.
- Stupeň, do akého je klient a rodina ochotná deliť sa o duchovné záležitosti, je veľmi individuálny, preto musíme byť nenásilní a citliví k individuálnym túžbam.

¹¹ J. Cinová, D. Magurová, *Sestra a umierajúci pacient*, Sestra a lekár v praxi, Roč. 7, č. 7-8 (2008), s. 44.

¹² A. Opatrný, *Malá príručka pastoračnej péče o nemocné*, Praha 1995, s. 28.

¹³ J. Smolík, *Pastýrská péče*, Praha 1991, s. 264.

¹⁴ C. Saunders Forewords. V In: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford 1998, s. 1283.

¹⁵ M. Jakubíková, *Uspokojenie duchovných potrieb nemožno zľahčovať*, Ošetrovateľstvo, 3, 2003, č.10, s. 6.

- Duchovný rast človeka prebieha väčšinou individuálne, bez asistencie. Uspokojujú svoje duchovné potreby spôsobom, ktorý im najviac vyhovuje.
- Duchovné potreby umierajúcich a rodiny sa môžu meniť v priebehu choroby a v závislosti na fyzických symptómoch. Klienti a rodina sú obzvlášť zraniteľní v čase blížiacej sa smrti a preto je potrebné rešpektovať pri starostlivosti o umierajúceho a jeho rodiny meniace sa duchovné potreby počas jednotlivých fáz choroby.
- Duchovné potreby rodiny sa nekončia smrťou klienta.

Predpoklady a princípy multidisciplinárneho hospicového tímu pri uspokojovaní duchovných potrieb klienta tak ako uvádza Gjertsenová. Základné predpoklady a princípy tých, ktorí sa starajú o umierajúcich, je možné vymedziť nasledovne:

- Ošetrojúci aj klienti reprezentujú rôznu vieru, duchovné a náboženské pozadie a názory, a preto očakávajú, že ostatní budú ich systém viery rešpektovať.
- Zdravotnícki pracovníci môžu byť nepripravení alebo nemajú skúsenosť v duchovných záležitostiach.
- I keď prevažnú časť duchovných potrieb o umierajúcich zabezpečuje kňaz, musia byť aj ostatní členovia hospicového tímu pripravení poskytnúť duchovnú starostlivosť, pretože každý z nás má pre túto starostlivosť určitý potenciál.
- Zdravotnícki pracovníci sa musia snažiť o zladenie duchovných cieľov s realitou, nestanovujú si ciele, ktoré sú neprispôsobivé a nerealistické.
- Súčasťou programu starostlivosti o umierajúcich musí byť neustále duchovné vzdelávanie, rast a obnovenie vedomostí a možnosť zachovať si osobné priority.
- Od žiadneho člena tímu nemôžeme očakávať, že pochopí každú duchovnú požiadavku pacienta a rodiny¹⁶.

V oblasti vzdelávania a výskumu zdravotníckych pracovníkov nesmie chýbať odkaz na duchovný rozmer starostlivosti. Je nutné realizovať ďalšie výskumy v oblasti duchovnej starostlivosti, ktoré by rozšírili jej duchovný aspekt¹⁷.

Účasť sestry a sociálneho pracovníka na prekonávaní duchovnej tiesne

Duchovná tieseň môže byť odkrytá viacerými spôsobmi. Jednou zo sesterských diagnóz vzťahujúcou sa na problém duchovnosti je duchovná tieseň. Definovaná je mnohými spôsobmi, napr. ako: „Stav, pri ktorom má jedinec reálne alebo potencionálne narušenú vieru v systéme hodnôt, ktoré mu poskytujú silu, nádej a zmysel života.“¹⁸

O'Brien subkategorizuje duchovnú tieseň nasledovne:

- duchovná bolesť – problémy pri zmierovaní sa so stratou milovanej osoby, alebo veľké utrpenie;
- duchovné odcudzenie – vyčlenenie sa z náboženskej spoločnosti;
- duchovná úzkosť – pochybnosti v názoroch či hodnotovom systéme;
- duchovná vina – zlyhanie vo vernosti náboženským pravidlám;
- duchovný hnev – problémy s akceptovaním choroby alebo utrpenia;
- duchovná strata – problémy s hľadaním pohody v náboženstve;
- duchovné zúfalstvo – pocit nezájmu o vlastnú osobu¹⁹

¹⁶ E. Gjertsenová, E. Haugenová, *Starostlivosť o onkologických chorých*, Bratislava 1992, neuvedené s.

¹⁷ D. Magurová, A. Eliašová, J. Peresta et al, *Problémy paliatívneho a hospicového dohľadu pod čas likvancie pacienta, ščo перебуває у терминальній стадії*, Klinična chirurgija: ščomisjačnyj naukovo-praktyčnyj žurnal, no. 1 (2009), s. 38-41.

¹⁸ K. Bošmanský, *Človek vo svete pastorálnej medicíny a medicínskej etiky*, Spišské Podhradie, 1996, s. 156.

¹⁹ B. Kozierová, G. Erbová, R. Oliverová, *Ošetrovatel'stvo 1,2*, Martin, 1995, s. 1474.

Znalci duchovného života popísali 4 typy metafyzických postojov, ktoré veriaci ľudia zaujímajú, keď prežívajú utrpenie ťažkej choroby. Prvú formu postoja označujeme „pro Deo“. Veriaci človek zahŕňa Boha do svojho konkrétneho života. Druhá forma postoja označovaná skratkou „contra Deum“ predpokladá tiež príčinne a priame spojenie medzi utrpením a Bohom, ktorý odpúšťa, aby bol človek skúšaný alebo sa očistil. Tretia forma postojov sa označuje ako „ad Deum“. Chorý pri hľadaní zmyslu utrpenia sa obracia na Boha s prosbou o pomoc. Trpiaci človek prijíma jeho vôľu, prosí o vyslobodenie a záchranu. Štvrtá forma postoja k utrpeniu je označovaná ako „cum Deo“. Dosahuje sa aktívny odpor proti zlu a dôvera v Boha. Podstatou týchto postojov je vnútorná skúsenosť, že Boh je s trpiacim človekom solidárny. V tomto duchu je choroba a utrpenie v podstate zlom. Štvrtá forma postoja „cum Deo“ predstavuje cieľ duchovnej starostlivosti o ťažko chorého veriaceho človeka. Poznanie týchto teoretických zákonitostí pomôže každému, kto poskytuje starostlivosť o ťažko chorých a umierajúcich pochopiť, aký význam má pre veriaceho človeka duchovná pomoc v utrpení²⁰.

Duchovná orientácia vplýva na mentálnu, citovú aj somatickú odpoveď na chorobu, umieranie a smrť. Najčastejším dôvodom, prečo klienti prijímajú duchovnú podporu je to, že sa cítia osamelí, nemajú návštevy, často majú strach pred smrťou. Je dôležité, aby členovia tímu získali u klientov, u ktorých sprostredkúva duchovnú starostlivosť získali dôveru a nadviazali s nimi počas rozhovoru teplý, ľudský kontakt a tak umožnili klientovi vyjadriť svoje duchovné potreby. Pokiaľ u neho pozorujú duchovnú tieseň, ktorú sa im s maximálnym úsilím nedarí znížiť, je potrebné zabezpečiť návštevu kňaza, duchovného (Soloviov, 1993).

V hospicovej starostlivosti hlavnú zodpovednosť preberá kňaz, ale sestry zostávajú prioritou v tom, že je často prvým človekom, ktorý môže o duchovných potrebách klienta kňazovi povedať.

Sesterské intervencie pri uspokojovaní spirituálnych potrieb

V prvej fáze ošetrovateľského procesu sestra získava informácie o duchovnom svete klienta, ale musí pamätať aj na jeho právo nehovoriť o nich. V komunikácii s klientom si všíma záujem o náboženské otázky, spomínanie Boha, viery, kňaza, prejavy vnútorného konfliktu a náboženských názorov, otázky týkajúce sa zmyslu života, prejavy tanatofóbie a iné. V druhej fáze ošetrovateľského procesu stanovuje problémy a špecifikuje stavy duchovnej tiesne.

Z diagnóz B 102 (Vyhláška MZ SR z 30. júna 2005) ktoré sa vzťahujú na duchovnú tieseň môžeme uviesť:

- Duchovná tieseň vzhľadom na krízu zapríčinenú chorobou, utrpením, smrťou.
- Duchovná tieseň vzhľadom na konflikt medzi náboženskými názormi a predpísaným liečebným režimom.
- Duchovná tieseň vzhľadom na neschopnosť zúčastňovať sa na religióznych obradoch.
- Duchovná tieseň v spojitosti s odklonom od náboženských rituálov, strachu zo smrti a Božieho hnevu.
- V tretej fáze ošetrovateľského procesu sestra hľadá možnosti ako naplniť duchovné potreby, plánuje zdroje duchovnej podpory, kontaktuje kňaza. Potom nasleduje fáza realizácie. V záverečnej fáze si všíma prejavy duchovnej dimenzie klienta²¹.

Kazuistika klienta

42 ročná klientka, povoláním učiteľka prijatá do hospicu na základe informovaného súhlasu s diagnózou malígneho onkologického ochorenia s metastázami do pľúc. Pred ochorením neverila v Boha, bola silná ateistka a chorobu vníma ako trest, nespravodlivosť. Navyše teraz bola znepokojená

²⁰ A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Praha 1991, s. 188.

²¹ M. Jakubíková, *Uspokojenie duchovných potrieb nemožno zľahčovať*, *Ošetrovateľstvo*, 3, 2003, č.10, s. 7.

tým, že nevidela kňaza, ktorý by jej mohol pomôcť. Klientka je uzavretá, málo komunikuje. Z rodinnej anamnézy uvádza, že je vydatá, matka troch detí. Rodičia už nežijú a ďalšia rodina je v zahraničí. Manžel je zamestnaný. V súčasnosti je živiteľom rodiny a to je aj jeden z dôvodov, prečo sa po troch mesiacoch neplateného voľna nemôže starať o manželku. Je však fyzicky a psychicky vyčerpaný.

Sesterská diagnóza: B 102 – Duchovná tieseň v súvislosti s odklonom od náboženských rituálov, prejavujúca sa znepokojením, pocitmi viny, vyčítaním nespravodlivosti, uzavretosťou a neochotou komunikovať.

Ciele a výsledné kritériá – cieľom klienta bude: vyjadriť pocit duchovného uspokojenia a neprítomnosť duchovnej tiesne.

Výsledné kritériá: Klientka – sa kontaktuje s duchovným; vyjadruje presvedčenie, že nemá pocit viny v súvislosti s odklonom od náboženských rituálov; vyjadruje skutočné duchovné hodnoty, o ktoré sa môže oprieť v ťažkej životnej situácii; verbalizuje duchovné uspokojenie; je zmierená s danou situáciou, za ktorú nemožno nikoho obviňovať.

Úlohy sestry a zdôvodnenia:

Úloha č.1: Identifikovať faktory, ktoré prispievajú k duchovnej tiesni. Zdôvodnenie: Ak sestra pozná tieto faktory, môže lepšie riešiť problém.

Úloha č.2: Určiť zmysel, aký klientka prikladá duchovnej tiesni. Zdôvodnenie: Duchovná starostlivosť môže priamo ovplyvniť kladné psychické naladenie klientky a zvládnuť ťažkú situáciu v ktorej sa klientka nachádza.

Úloha č.3: Poskytnúť klientke na požiadanie duchovnú literatúru. Vyhľadať a umožniť klientke kontakt s kňazom, aby jej bolo umožnené plniť náboženské povinnosti. Zdôvodnenie: Pomôže to znižovať duchovnú tieseň.

Vyhodnotenie – klientku na druhý deň navštívil duchovný. Pacientka verbalizuje po 14. dňoch spokojnosť vo vzťahu k Bohu a denne sa modlí. Subjektívne udáva, že nemá pocit duševnej tiesne, nespravodlivosti. Je otvorená, komunikuje s okolím (Magurová,2006).

Záver

Otázka starostlivosti o zomierajúcich sa v celosvetovom ponímaní dostáva stále viac do povedomia a takisto prebieha určitým vývojom. Do popredia sa dostáva pojednávanie o samotnej smrti človeka, ktorá je podmienená viacerými aspektami ako je kultúra krajiny, spoločnosť v danej krajine a iné. Na Slovensku je problematika hospicovej a paliatívnej starostlivosti iba na počiatku a čaká ju ešte dlhá cesta, kým sa dostane na úroveň vyspelých krajín sveta, kde sú hospice už súčasťou života a vo veľkom uprednostňované pred inými možnosťami starostlivosti o člena spoločnosti v poslednej fáze života.

Vlastnú skúsenosť umierania však musí každý človek získať sám a nemôže ju odovzdať ďalej²². Asi tak isto ako si musí každú inú udalosť či životný okamih prežiť každý jeden jedinec sám pretože každý z nás je svojím a jediným originálom. Táto skúsenosť chýba aj zdravotníckym pracovníkom, preto je tento fakt veľmi zložitý, prináša mnohé problémy v rámci ošetrovania chorých a umierajúcich klientov. Ľudia, ktorí majú v sebe silu, lásku a zostanú s umierajúcim sedieť v hlbokom tichu, ktoré sa vymyká slovám, poznajú, že tento okamžik v skutočnosti nie je strašný ani bolestivý, že je to kludný a pokojný zánik telesného fungovania. Nezabudnime prejavovať pochopenie a súcitiť malými činmi. Najmenšie skutky sú často prejavom najväčšej lásky.

Na záver môžeme použiť slová Williama Sorayana, ktorý hovorí, že: „Nemať rád a nemať porozumenie, znamená byť mŕtvi zaživa. Mať rád a porozumieť je poklad, ktorý je potrebné pestovať a opatrovať ako najcennejší šperk. Kto tento šperk v živote má, má nádej, že ho i na sklonku jeho

²² M. Haškovcová, *Thanatologie*, Praha 2000, s. 191.

životných ciest bude sprevádzať porozumenie, ktoré profesionálnej starostlivosti dodá dimenziu láskavého doprovodu“.

Literatúra

- Andrašiová M. et al, *Hospic a paliatívna starostlivosť* /príručka pre dobrovoľníkov/ Bratislava 2002.
- Blumenthal-Barby K. et al, *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*, Martin 1988.
- Bošmanský K., *Človek vo svete pastorálnej medicíny a medicínskej etiky*, Spišské Podhradie, 1996.
- Bystřický Z., *Výroční zpráva. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa*, Brno 2001.
- Farkašová D. a kol., *Ošetrovateľstvo – teória*, Martin 2001.
- Gjertsenová E., Haugenová E., *Starostlivosť o onkologických chorých*, Bratislava 1992.
- Haškovcová M., *Thanatologie*, Praha 2000.
- Hrozenská M. et al, *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*, Martin 2008.
- Jakubíková M., *Uspokojenie duchovných potrieb nemožno zľahčovať*, *Ošetrovateľstvo*, 3,2003, č.10.
- Kozierová B., Erbová G., Olivierová R., *Ošetrovateľstvo 1,2*, Martin 1995.
- Magurová D., Kapová S., *Duchovná starostlivosť o umierajúcich*, *Sestra*, Roč. 5, č. 7-8, 2006.
- Magurová D., *Hospice – model a filozofia starostlivosti o chorých*, *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*, Roč. 5, č. 6, 2007
- Cinová J., Magurová D., *Sestra a umierajúci pacient*, *Sestra a lekár v praxi*, Roč. 7, č. 7-8, 2008.
- Magurová D., *Hospice model a filozofia starostlivosti o chorých*, Dizertačná práca, Trnava 2006.
- Magurová D., Eliašová A., Peresta J. et al., *Problémy paliatívneho a hospicového dohľadu pod čas likvancie pacienta, ščo perebuvaje u terminal'nyj stadiji*, *Klinična chirurgija: ščomisjačnyj naukovopraktyčnyj žurna*, no. 1, 2009.
- Misconiová B., *Péče o umírajících hospicová péče*, Praha 1998.
- Opatrný A., *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, Praha 1995.
- Saunders C., *Forewords. V In: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N., Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford 1998.
- Slabý A., *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Praha 1991.
- Smolík J., *Pastýřská péče*, Praha 1991.
- Soloviov V.S., *Duchovné základy života*, Trnava 1993.
- Vyhláška MZ SR z 30. júna 2005, čiastka 132 – zoznam sesterských diagnóz, *Zbierka zákonov č. 306/2005*.

SATISFYING THE SPIRITUAL NEEDS OF THE CLIENT IN HOSPITAL CARE FROM THE PERSPECTIVE OF NURSES

Summary

Stance towards suffering, proved to bear and transform their suffering, to consider the living embodiment of the highest values. Caring for the dying in a hospice client provides a multidisciplinary team to improve quality, increase productivity, flexibility and diversity of the workforce, improve communication and thus the satisfaction of the clients themselves. In hospice care, primary responsibility for satisfying the spiritual needs of the priest takes over, but my sister remains a priority that is often the first man to the spiritual needs can be a client to inform the priest. The nurse should rather focus on the perception of spiritual needs as for religious ceremonies. In this paper we present a case report of clients in hospice care with the nursing diagnosis spiritual distress focused on.

Keywords: spiritual needs, hospice care, multidiscipline team, client