



SPIRITUALITA PACIENTOV S VYBRANÝMI PSYCHIATRICKÝMI DIAGNÓZAMI SPIRITUALITY OF PATIENTS WITH SELECTED PSYCHIATRIC DISORDERS

Ivan Farský¹, Andrej Smetánka², Slávka Dubinská³

¹Ústav ošetrovatelstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

¹Department of Nursing, Jessenius Medical Faculty in Martin, Comenius University in Bratislava

²Psychiatrická ambulancia Bojnice

²Psychiatric Outpatient Unit Bojnice

³II. psychiatrická klinika, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach a UN LP, Košice

³2nd Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Pavol Jozef Šafárik University in Košice and UN LP, Košice

Abstrakt

Cieľ: V našej práci sa zameriavame na posúdenie vybraných atribútov spirituality, ako sú životná zmyslupnosť, nádej, spirituálne prejavy a spirituálna pohoda u pacientov so závislosťou od alkoholu, depresívnou poruchou a pacientov so schizofréniou. **Metodika:** Súbor tvorilo 309 pacientov s diagnostikovanou a liečenou psychickou poruchou. Priemerný vek v súbore bol $40,4 \pm 12,5$ roka. Z hľadiska diagnóz sa jednalo o 107 pacientov so závislosťou od alkoholu, 109 pacientov s depresívnou poruchou a 93 pacientov so schizofréniou. Na zber údajov boli použité Snyderova škála nádeje; Nowotnej škála nádeje; Škála životnej zmyslupnosti; Pražský dotazník spirituality a Škála spirituálnej pohody. **Výsledky:** Zistili sme výrazné odlišnosti v miere naplnenia spirituálnych premenných v závislosti od psychiatrickej diagnózy. Pacienti so schizofréniou dosahovali signifikantne vyššie priemerné hodnoty ako pacienti so závislosťou od alkoholu a s depresiou a to pri všetkých spirituálnych premenných. Pacienti s depresiou mali najnižšiu mieru nádeje meranej Nowotnej škálou a najnižšiu mieru životnej zmyslupnosti. Pacienti so závislosťou mali najnižšiu mieru nádeje meranej Snyderovou škálou a najmenej spirituálnych prejavov. Spirituálnu pohodu mali pacienti s depresiou a so závislosťou na rovnakej úrovni. **Záver:** Na základe našich zistení možno konštatovať, že spirituálne premenné ako nádej, zmyslupnosť, vyjadrovanie spirituality v bežnom živote, spirituálna pohoda nie sú u psychiatrických pacientov napĺňané v dostatočnej miere. Dôležitým zistením je aj to, že z hľadiska spirituality nepredstavujú psychiatrickí pacienti homogénny súbor, ale vyskytujú sa medzi nimi výrazné rozdiely.

Kľúčové slová: spiritualita, depresia, závislosť od alkoholu, schizofrénia, psychiatrické ošetrovatelstvo.

Abstract

Aim: In our work we focus on the assessment of selected attributes of spirituality, such as the meaningfulness of life, hope, spiritual expressions and spiritual well-being in patients with alcohol addiction, depressive disorder and schizophrenia. **Methods:** The sample consisted of 309 patients with diagnosed and treated psychiatric disorder. The average age in the sample was 40.4 ± 12.5 years. There were 107 patients with alcohol dependence, 109 patients with depressive disorder and 93 patients with schizophrenia. For the data collection was used Snyder Hope Scale; Nowotny Hope Scale; Life Meaningfulness Scale; Prague Spirituality Questionnaire and Spiritual well-being Scale. **Results:** We found significant differences in the extent of fulfilling spiritual variables depending on the psychiatric diagnosis. Patients with schizophrenia achieved significantly higher mean values than patients with alcohol dependence and depression in all spiritual variables. Patients with depression had the lowest level of hope measured by Nowotny Scale and the lowest rate of life meaningfulness. Patients with addiction had the lowest rate of hope measured by Snyder Scale and the least of spiritual expressions. Spiritual well-being was on the same level in patients with depression and alcohol addiction. **Conclusion:** Based on our findings we can state that the spiritual variables as hope, meaningfulness, the expression of spirituality in everyday life, spiritual well-being are not in psychiatric patients filled up adequately. An important finding is also that in view of spirituality do not constitute psychiatric patients a homogeneous set, but there are significant differences between them.

Keywords: spirituality, depression, alcohol dependence, schizophrenia, psychiatric nursing.

korespondence: ivan.farsky@jfmed.uniba.sk

Úvod

V súčasnosti existuje celosvetový trend kritiky zdravotníckej starostlivosti za jej značnú dehumanizáciu. Na základe tejto kritiky vznikajú nové trendy aj v ošetrovatelstve, ktorých cieľom je zakomponovanie spirituálneho aspektu do celkovej starostlivosti o pacientov (Burkhardt, Nathaniel; 2008; McSherry, Jamieson, 2011).

V poslednom období sa pojem spiritualita používa nejednoznačne a vo veľmi rozdielnych súvislostiach. Napriek množstvu teoretických aj výskumných štúdií dochádza k malému resp. žiadnemu konsenzu ako by mal byť tento pojem v ošetrovatelstve definovaný a chápaný (Pesut, 2008, s. 98). Pre potreby ošetrovatelstva vymedziť nasledovne: „Spiritualita predstavuje univerzálnu dimenziu ľudského bytia, a reflektuje zažívanie a vyjadrenie ľudského ducha v jedinečnom a dynamickom procese. Spiritualita integruje, rozvíja a posilňuje osobu, rodinu, komunitu a umožňuje dodávať silu pre nájdenie zmyslu a účelu života, nádeje, odpustenia aj v čase krízy, choroby či blížiacej sa smrti. Kultúra, religiozita, historický kontext nie sú podmienkami religiozity, ale môžu ovplyvňovať to, ako sa spiritualita osoby, rodiny, komunity prejavuje navonok v bežnom živote“ (Farský, Žiaková, Ondrejka, 2010). Spirituálna dimenzia sa prejavuje v bežnom živote formou spirituálnych potrieb. Podobne ako v prípade spirituality ako takej neexistuje jednotná klasifikácia spirituálnych potrieb, preto stručne opíšeme len tie, ktoré budeme následne aj výskumne posudzovať.

Potreba zmyslu a účelu: túžba a potreba dať určitý zmysel nášmu životu a existencii, ktorá bude napomáhať pri vytváraní motivácie či účelu, ktorý bude viesť k pocitu naplnenia. Toto hľadanie zmyslu je prítomné v čase zdravia ako aj choroby.

Potreba zdroja nádeje a sily: spiritualita je často označovaná ako zdroj vnútornej sily a nádeje. Osobné presvedčenia, hodnoty a postoje môžu prinášať nádej a budúcnosť, resp. z náboženskej perspektívy „večný život“ umožňujúci osobe ťažiť silu z jej presvedčenia a oddanosti.

Potreba vyjadrovať vlastné presvedčenia a hodnoty: v živote fundamentálna potreba vyjadrovať a prejavovať vlastné presvedčenia a hodnoty. Táto potreba je podporovaná v mnohých moderných spoločnostiach. Ak človek nemá túto možnosť, môže to viesť k frustrácii eventuálne k hostilitie.

Potreba udržiavať spirituálnu prax: počas života môžu byť niektoré spirituálne praktiky vyvíjané a obľúbené. Môžu vychádzať z náboženského rámca, ako napr. každodenná modlitba, či pravidelná návšteva kostola, mešity, synagógy. Osoba však

môže spirituálne rásť aj pri prechádzke prírodou alebo účasťou na športe. V období choroby či hospitalizácie, bude mať osoba potrebu uistenia, že môže v týchto praktikách pokračovať ak je to možné. V prípade naplnenia spirituálnych potrieb zažíva človek spirituálnu pohodu. V našej práci vychádzame z dvojdimenzionálny prístup k spirituálnej pohode Paloutziana a Ellisona (1983). Jedna dimenzia vyjadruje *náboženskú pohodu* a druhá *existenciálnu pohodu*. *Náboženská pohoda* vyjadruje „vertikálnu“ dimenziu spirituality a je zacielená na to ako jednotlivec vníma pohodu v jeho spirituálnom živote, ktorá je vyjadrovaná vo vzťahu k Bohu. Ide napr. o vnímanie Boha ako milujúceho a starostlivého, resp. v opačnom prípade vnímanie Boha ako pomstychtivého a trestajúceho. Existenciálna pohoda tvorí „horizontálnu“ dimenziu spirituality a zameriava sa na to ako je jednotlivec adjustovaný na seba samého, komunitu a okolie. Táto dimenzia vyjadruje existenciálne poňatie účelu a zmyslu života, životnej spokojnosti a pozitívnych či negatívnych životných skúseností, napr. pocity uspokojenia, naplnenie a pod. V prípade, že dochádza k problémom pri naplňaní spirituálnych potrieb vzniká u osoby spirituálny distress. Problém spirituálneho distressu priamo reflektuje ošetrovateľskú diagnózu *Spirituálna tieseň*, ktorá je definovaná ako znížená schopnosť osoby zažívať a integrovať zmysel a účel života prostredníctvom spojenia so sebou samým, druhými, umením, prírodou a/alebo vyššou silou, ktorá osobu presahuje (NANDA, 2009, s. 208).

Ciele

Rovnako ako v iných odboroch ani v rámci psychiatrie a psychiatrického ošetrovatelstva nemožno predpokladať, že psychiatrickí pacienti s odlišnými psychickými poruchami predstavujú vo všetkých aspektoch homogénny súbor. Predmetom nášho skúmania teda bolo posúdiť atribúty spirituality – životnú zmysluplnosť, nádej, spirituálne prejavy a spirituálnu pohodu u psychiatrických pacientov v závislosti od typu psychickej poruchy a identifikovať potenciálne rozdiely medzi týmito skupinami.

Súbor

Súbor pacientov tvorilo 309 pacientov s diagnostikovanou a liečenou psychickou poruchou. Priemerný vek v súbore bol $40,4 \pm 12,5$ roka. Mužov bolo 141 (priemerný vek $38,9 \pm 11,9$ roka) a žien 168 (vek $41,5 \pm 13$ roka). Z hľadiska diagnóz sa jednalo

o 107 pacientov so závislosťou od alkoholu, 109 pacientov s depresívnou poruchou, rekurentnou depresívnou poruchou a 93 pacientov so schizofréniou. Tieto poruchy sme vybrali pretože patria jednak medzi najčastejšie (NCZI, 2008) a zároveň medzi najzávažnejšie psychické poruchy. Zaraďujúcimi kritériami boli: diagnostikovaná a liečená psychická porucha z okruhu depresívnych porúch (stredná a ťažká forma), schizofrénia a závislosti na alkohole, informovaný súhlas, spolupráca pacienta, schopnosť pochopiť inštrukcie, vek 18 r. a viac. Vylučujúcimi kritériami boli: stredne ťažká a ťažká kognitívna porucha (posúdená psychiatrom), porucha komunikácie, akútnej fázy psychickej poruchy (v dôsledku nadmernej záťaže, ktorú by mohlo vyplňanie dotazníkov spôsobiť), psychotické symptómy ako bludy, halucinácie a iné (v dôsledku zníženej kritickosti), akútne somatické ochorenie, vážnejšie chronické somatické ochorenie, v prípade pacientov so schizofréniou a depresiou boli vylúčení pacienti, ktorí mali diagnostikované komorbídne užívanie alkoholu alebo iných drog.

Metodika

Administrácia metodík

Zber dát prebiehal od januára 2008 do júla 2010. V skupine pacientov išlo o zámerný výber participantov, ktorý spĺňali kritériá pre zaradenie do súboru. Zber údajov sa realizoval na Psychiatrickej klinike JLF UK a UNM v Martine, Psychiatrickom oddelení Hornooravskej nemocnice s poliklinikou Trstená a Psychiatrickej a protidrogovej ambulancii v Martine. Pacienti boli posúdení psychiatrom, ktorý schválil, prípadne neodporučil ich zaradenie do výskumu. Následne boli vybraní pacienti požiadaní o vyplnenie dotazníkovej batérie zdravotníckym personálom, boli informovaní, že môžu bez následkov participáciu odmietnuť. Za vyplnenie im nebola poskytnutá žiadna odmena. Dotazníkovú batériu vyplňali individuálne v priebehu jedného dňa, čas vyplnenia sa priemerne pohyboval od 30 až 45 minút, v prípade požiadavky bolo umožnené urobiť si ľubovoľne dlhú prestávku, avšak nie do ďalšieho dňa. Celkovo bolo administrovaných 330 dotazníkov, z nich bolo 21 vyradených pre vysoký počet nevyplnených položiek.

Výskumná metodika

Snyderova škála nádeje SHS (Snyder et al., 1991; Snyder, 2000) meria nádej v zmysle dvojfaktorovej teórie nádeje postulovanej autorom. V tejto teórii je nádej chápaná ako kognitívne zameranie založené na vzájomne odvodenom vnímaní úspešnej snahy (na cieľ zameraného odhodlania) a cesty (plánovanie

spôsobov na dosiahnutie cieľa). Škála má 12 položiek, ktoré sa hodnotia na 4bodovej Likertovej škále. 4 z nich sú distraktory, 8 sa započítava do celkového skóre, ktoré môže byť od 8 do 32. Vyššie skóre znamená vyššiu mieru nádeje. Viacero psychometrických štúdií potvrdzuje škálu ako kvalitný nástroj, potvrdená bola aj jej faktorová štruktúra aj reliabilita v zmysle vnútornej konzistencie. Škála bola preložená do slovenčiny a boli overené jej psychometrické vlastnosti (Halama, 2001).

Nowotnej škála nádeje NHS (Nowotny, 1989). Škála má 29 položiek, respondent vyjadruje súhlas na 4bodovej Likertovej škále. Skóre sa môže pohybovať od 29 do 116, vyššie skóre znamená vyššiu mieru nádeje. Autorka pri konštrukcii škály vychádzala z teoretického prehľadu literatúry a výskumu onkologických pacientov, pričom identifikovala 6 rôznych základných atribútov nádeje, konkrétne: nádej je orientovaná do budúcnosti, nádej zahŕňa aktívne zaangažovanie sa jednotlivca, nádej pochádza z vnútra osoby a súvisí s dôverou, to, v čo sa dúfa, je možné dosiahnuť, nádej súvisí alebo zahŕňa iných ľudí alebo vyššie bytie, výsledok nádeje je významný pre jednotlivca. Autorka uvádza dobré psychometrické vlastnosti, vnútorná konzistencia v zmysle Cronbachovej alfy bola 0.90, škála tiež vykázala negatívnu koreláciu s Beckovou škálou beznádeje vo veľkosti - 0.47.

Na meranie úrovne životnej zmysluplnosti bola použitá pôvodná slovenská škála s názvom **Škála životnej zmysluplnosti SZZ** (Halama, 2002), ktorá vychádza z trojkomponentového modelu zmyslu života autorov Rejera a Wonga (1988). Tí definujú zážitok zmysluplnosti ako taký, ktorý má kognitívny, motivačný, a afektívny komponent. Škála má 18 položiek, z ktorých 6 je formulovaných negatívne, respondent vyjadruje súhlas s položkami na 5bodovej škále Likertovho typu. Celkové skóre od 18 do 90, pričom vyššie skóre znamená vyššiu životnú zmyslupnosť. Škála vykazuje vyhovujúce psychometrické vlastnosti ako vnútorná konzistencia, faktorová štruktúra a dostatočná validita vzhľadom na škály s podobným zameraním (Halama, 2002).

Pražský dotazník spirituality PSQ 36 (Řičan, 2007) meria prejavy spirituality. Autori sa snažili vytvoriť dotazník, ktorý bude merať spiritualitu nezávisle na určitej náboženskej tradícii a bude použiteľný ako u veriacich, tak u neveriacich. Pri tvorbe položiek zároveň zdôrazňovali obraznosť, metafóru, pátos, prežitky tajomstva a fascináciu, ktoré považujú za charakteristické pre spiritualitu. Dotazník obsahuje 36 položiek, s ktorými respondent vyjadruje mieru

súhlasu na 5bodovej Likertovej škále. Počíta sa celkové skóre (36-180). Vyššie skóre znamená vyššiu spiritualitu. Autori dotazníka neuvádzajú bližšie psychometrické vlastnosti tejto škály (Řičan, Janošová, 2005; Řičan, 2007).

Škála spirituálnej pohody SWS (Paloutzian, Ellison, 1982; Ellison, 1983) slúži na meranie percipovanej spirituálnej pohody. Škála obsahuje 20 položiek a respondent vyjadruje súhlas na 6bodovej Likertovej škále. Celkové skóre je od 20 do 120, vyššie skóre znamená vyššiu celkovú spirituálnu pohodu. Vnútoraná konzistencia tejto škály v zmysle Cronbachovej alfy bola v rôznych štúdiách 0,89 do 0,94 pre celú škálu (Boivin et al., 1999).

Uvedené škály boli úspešne použité aj u psychiatrických pacientov vo výskume Halamu et al. (2010).

Štatistická analýza

Na začiatku štatistickej analýzy výsledkov sme sa zamerali na reliabilitu použitých dotazníkov a vypočítali sme vnútornú konzistenciu. Cronbachovo alfa dosahovalo hodnoty pre celé škály v skupine pacientov od 0,812 do 0,928 (tab. 1). Tieto hodnoty potvrdzujú dostatočnú reliabilitu zvolených škál u pacientov s psychickou poruchou.

Tab. 1 Cronbachovo alfa dotazníkov

Dotazník	Pacienti
SZZ - Škála životnej zmyslupnosti	0,878
NHS - Nowotnej škála nádeje	0,859
PSQ - Pražský dotazník spirituality	0,928
SHS* - Snyderova škála nádeje	0,840
SWS - Škála spirituálnej pohody	0,812

* bez distraktorov

Získané údaje boli spracované biomedicínskou štatistikou v programe Statistica v.7. V práci bol použitý neparametrický test (Kruskal-Walis) na porovnanie rozdielov. Zároveň sme prepočítali celkové mediány v jednotlivých skupinách pacientov na percentá, keďže s výnimkou Nowotnej škály nádeje (vysoká, priemerná, nízka nádej, beznádej), nemajú použité metodiky dosiahnuté skóre rozdelené do stupňov, ktoré by napomáhali interpretácii výsledkov).

Výsledky

Zistili sme významné rozdiely v 4 spirituálnych premenných v závislosti od psychiatrickej diagnózy, pričom najvyššie priemerné skóre dosahovali vo všetkých prípadoch pacienti so schizofréniou (tab. 2). V spirituálnych prejavoch meraných PSQ dosahovali taktiež pacienti so schizofréniou najvyššie skóre, ale medzi sledovanými skupinami pacientov sa nezistil významný rozdiel.

Nízka miera nádeje sa najčastejšie vyskytovala u pacientov s depresiou, priemerná nádej bola najčastejšia u pacientov so závislosťou od alkoholu a vysoká miera nádeje bola najčastejšie u pacientov so schizofréniou (tab. 3).

Nádej meraná Snyderovou škálou a spirituálne prejavy boli najnižšie u pacientov so závislosťou od alkoholu, životná zmyslupnosť u pacientov s depresiou a spirituálna pohoda bola rovnaká u pacientov s depresiou a závislosťou od alkoholu. Ako už bolo uvedené vo všetkých sledovaných premenných dosahovali pacienti so schizofréniou najvyššie hodnoty (tab. 4).

Tab. 2 Rozdiely v spirituálnych premenných v závislosti od diagnózy

	Alkohol (n = 107)		Depresia (n = 109)		Schizofrénia (n = 93)		H	P(K-W)dg
	d	sd	d	sd	d	sd		
SHS	20,97	4,55	22,28	4,32	23,45	4,87	11,800	0,0027
PSQ	112,54	24,12	113,58	23,84	121,35	31,13	5,859	0,0534
SZZ	63,81	11,00	60,61	12,38	67,99	12,73	16,580	0,0003
NHS	83,31	8,73	80,17	10,74	85,06	11,07	8,016	0,0182
SWS	72,06	11,39	72,57	13,73	78,98	17,21	16,757	0,0002

d – priemer; sd – smerodajná odchýlka; SHS – Snyderova škála nádeje; PSQ – Pražský dotazník spirituality; SZZ – Škála životnej zmyslupnosti; NHS – Nowotnej škála nádeje; SWS – Škála spirituálnej pohody

p ≤ 0,05

Tab. 3 Miera nádeje

Stupne nadeje	Alkohol		Depresia		Schizofrénia	
	n	%	n	%	n	%
NMN - nízka miera nádeje	9	8,4	25	22,9	13	14,0
PMN - priemerná miera nádeje	86	80,4	75	68,8	56	60,2
VMN - vysoká miera nádeje	12	11,2	9	8,3	24	25,8

Tab. 4 Miera naplnenia spirituálnych potrieb

Stupne nadeje	Alkohol		Depresia		Schizofrénia	
	medián	%	medián	%	medián	%
SHS - Snyderova škála nádeje	22	58,3	23	62,5	24	66,7
PSQ - Pražský dotazník spirituality	112	52,8	117	56,3	123	60,0
SZZ - Škála životnej zmysluplnosti	62	61,1	61	59,7	68	69,0
SWS - Škála spirituálnej pohody	71	51,0	71	51,0	78	58,0

Diskusia

Nowotná (1989) chápe nádej ako vitálny komponent, ktorý sa aktualizuje najmä v nepriaznivých životných situáciách a miera nádeje ovplyvňuje ako osoba stresovú situáciu zvládne. Pri nádeji meranej NHS (tab. 2, 3) možno za najproblematickejšiu skupinu považovať pacientov s depresívnou poruchou. Takmer u 23 % z nich sa vyskytovala nízka miera nádeje a zároveň sa v tejto skupine najmenej často vyskytovala vysoká miera nádeje, len u približne 8 % pacientov. Vzťah medzi depresiou a nízkou mierou nádeje je pomerne známy, aj keď výsledky v tejto oblasti nie sú konzistentné. V niektorých štúdiách bola počiatočná miera nádeje prediktorom miery depresívnych symptómov, kým v iných štúdiách nemala miera nádeje žiadny vplyv na depresiu (Schrank et al., 2008). Taktiež v niektorých prípadoch je nízka miera nádeje až beznádej považovaná za dôsledok symptomatiky depresívnej poruchy (Wamala, Bostrom, Nyqvist, 2007), ale napr. Abramson et al. (1998) hovoria aj o špecifickom subtype depresívnej poruchy označenej ako depresia z beznádeje. Títo autori predpokladajú, že symptómy ako smutná nálada, poruchy spánku, strata motivácie a poruchy pozornosti sa čiastočne prekrývajú s kritériami ťažkej depresie, ale ďalšie symptómy ako suicidálne uvažovanie a konanie sú špecifické pre subtype depresie z beznádeje. Najčastejšie sa vysoká miera nádeje sa vyskytovala u pacientov so schizofréniou, takmer u 26 %. Pozitívnym zistením je, že sme u pacientov nezistili skóre, ktoré by sme mohli zaradiť do najnižšieho stupňa – beznádeje, čo v prípade pacientov možno pripísať tomu, že sme do

súboru zaradovali pacientov až po odznení akútnej fázy psychickej poruchy, ale ani disimuláciu problémov v tejto oblasti nemožno u niektorých pacientov úplne vylúčiť. Celkovo približne 15 % psychiatrických pacientov (v skupine pacientov s depresiou až takmer ¼) dosahovalo nízku mieru nádeje. Snyder (2000) chápe nádej ako dlhodobjšiu predispozíciu, pozitívnu charakterovú črtu, resp. kognitívne zameranie založené na vzájomne odvodenom vnímaní úspešnej *snahy* (na cieľ zameraného odhodlania, očakávanie osobnej úspešnosti, presvedčenie, ktoré je založené na minulých skúsenostiach, že ciele môžu byť dosiahnuté) a *cesty* (plánovanie spôsobov na dosiahnutie cieľa, resp. uvedomovanie si aspoň jedného spôsobu, stratégie, ktorým môže byť cieľ dosiahnutý). Podľa Snydera ľudia s vysokou úrovňou nádeje majú viac cieľov, sú úspešnejší v ich dosahovaní, sú subjektívne šťastnejší, majú väčší pocit životnej zmysluplnosti, sú zručnejší pri zvládaní záťaže, lepšie sa zotavujú z fyzických chorôb. Z našich výsledkov (tab. 2, 4) vyplýva, že najmenej sa táto črta vyskytuje u pacientov so závislosťou od alkoholu. V súvislosti so vznikom látkových závislostí je vyššia miera nádeje považovaná za jeden z faktorov, ktorý vedie k vyhýbaniu sa užívaniu návykových látok (Carvajal et al., 1998). V etiológii závislostí zároveň spolupôsobia aj neúspech v bežnom živote, zlyhávanie pri dosahovaní cieľov, či užívanie alkoholu ako „spôsob riešenia problémov“. Závislosť na alkohole je chronickou duševnou poruchou, pričom závislí pacienti často počas svojho života absolvujú viacero liečebných pobytov, takže tento opakovaný neúspech v liečbe

môže pôsobiť negatívne a znižovať pozitívne očakávania. Všetky spomínané činitele môžu u pacientov znižovať mieru nádeje. Na druhej strane Jacksonová et al. (2003) zistili, že existuje inverzný vzťah medzi mierou nádeje a ochotou začať sa liečiť z látkových závislostí. Vysoká miera nádeje môže u pacientov viesť k vysokej sebadôvere a zároveň podceňovanie potreby profesionálnej liečby. Vzhľadom k tomu, že v našom súbore sa jednalo o dobrovoľne liečiacich sa a aktívne participujúcich pacientov je možné, že sa tu uplatnil aj vzťah medzi nízkou mierou nádeje a následne zvýšenou potrebou profesionálnej liečby. Miera nádeje bola najvyššia u pacientov so schizofréniou. To možno na jednej strane pripísať úspešnosti liečby, na druhej strane je schizofrénia ochorením, ktoré vo vysokej miere postihuje kritickosť. Carroll et al. (2004) zistili u pacientov so schizofréniou, že vyššia miera uvedomovania si, že trpia schizofréniou, resp. vyššia kritickosť voči vlastnému ochoreniu môže byť u pacientov so schizofréniou rizikom prežívania beznádeje. Podobne Lysaker et al. (2001), zistili u 49 pacientov so schizofréniou, že horšie neurokognitívne funkcie a vyhýbavý kopingový štýl predikovali signifikantne vyššiu nádej a pohodu. Autori predpokladajú, že neurokognitívne poškodenie a vyhýbavý kopingový štýl môžu slúžiť ako ochrana pred bolestivým subjektívnym prežívaním. Vzhľadom k tomu, že schizofrénia je chronickým ochorením, ktoré okrem iného vedie k defektu v intelektovej, emočnej a sociálnej oblasti a spôsobuje dezintegráciu osobnosti je taktiež otázne, do akej miery metodiky určené prioritne pre duševne zdravú populáciu reflektujú skutočný stav aj u pacientov so schizofréniou.

Miera životnej zmysluplnosti bola najnižšia u pacientov s depresiou a so závislosťou od alkoholu, približne na 60 % úrovni (tab. 2, 4). Negatívny vzťah zmyslu života a depresívnej poruchy, ako aj závislostí od psychoaktívnych látok je v odbornej literatúre známy a dobre popísaný. Naše zistenia len potvrdzujú výsledky mnohých výskumov (napr. Arnau et al., 2007; Ondrejka, 2006) ktoré zistili vzťahy medzi depresiou a prežívaním existenciálnej frustrácie, ako aj výskumov potvrdzujúcich súvislosť medzi závislosťou na psychoaktívnych látkach a nedostatkom životného zmyslu (Kavenská, 2009). Užívanie alkoholu a drog považujú niektorí dokonca za formu samoliečby nedostatočnej životnej zmysluplnosti (Ishida, 2012). O prežívaní životnej zmysluplnosti u pacientov so schizofréniou je naopak literárnych zdrojov menej. Aj keď by sa mohlo na prvý pohľad zdať, že tak závažná psychická porucha, akou nepochybne schizofrénia je, bude

viesť k poklesu zmyslu, nemusí to byť tak. Reker a Wong (1988) formulovali hlavný postulát týkajúci sa zmyslu života a to, že každý jednotlivec je motivovaný hľadať a nájsť zmysel svojej existencie. Rovnako ako sa my snažíme dať zmysel našej existencii a každodenným skúsenostiam, situáciám a javom, tak aj pacienti so schizofréniou majú rovnakú tendenciu hľadať a nájsť zmysel. V našom prípade však išlo o pacientov bez psychotickej symptomatiky, participujúcich a reagujúcich na liečbu. Išlo o pacientov so schizofréniou, ktorý nemali psychotické prejavy v čase vyplňania dotazníkov, avšak mnohí z nich boli psychotický pri prijatí, prípadne boli psychotickí v minulosti. V súvislosti s tým možno spomenúť výskum Andersenovej, Oadesovej a Caputiho (2003), ktorých cieľom bolo zistiť, ako definujú proces psychického vyliečenia pacienti so schizofréniou. Zistili, že jedným zo štyroch kľúčových prvkov, ktorý bol pre pacientov nevyhnutný, aby sa cítili psychicky vyliečení, bola schopnosť nájsť zmysel života, pričom zdroje zmyslu života boli veľmi rôzne. Avšak nielen liečení pacienti so schizofréniou sú schopní prisudzovať svojmu životu zmysel. Roberts (1991) hovorí dokonca o tzv. „pohodlí šialenstva“, ktoré označuje ako schopnosť integrovať bludné presvedčenia do systému, v ktorom je psychotická osoba schopná prisúdiť im novú podstatu, čo je spojené so signifikantným nárastom prežívania zmysluplnosti a účelnosti života. Životná zmysluplnosť postavená na chorobných presvedčeniach bude platná len počas trvania chorobných symptómov. Je pravdepodobné, že v procese liečby a starostlivosti, bude takýto zmysel „nabúraný“, čo môže na jednej strane viesť k nechote pokračovať v liečbe a pri jej pokračovaní bude pacient so schizofréniou nútený hľadať nový zmysel a účel života. Sims (2003, s. 142) v súvislosti s tým uvádza, že ako bludné obsahy slabnú, pacient môže získať náhľad a považovať ich za falošné presvedčenia súvisiace s ochorením. Takáto osoba potrebuje pomoc pri „znova akceptácii“ seba samého ako dôveryhodného zdroja, čo je nevyhnutné pre jeho sebadôveru. Môže vnímať sám seba ako poškodeného, zraniteľného a nedôveryhodného a môže trpieť masívnou stratou sebaúcty a beznádejou. Keďže schizofrénia je chronickým ochorením s pomerne častými relapsami je možné, že k prehodnocovaniu, strate a znovu nachádzaniu zmyslu a účelu dochádza počas života opakovane. Z tohto hľadiska predstavujú pacienti so schizofréniou rizikóvu skupinu na prežívanie duchovnej tiesne, aj keď sa u nich nemusí aktuálne vyskytovať. Zároveň by bolo vhodné posudzovať

nielen samotnú mieru životnej zmysluplnosti, ale aj zdroje zmyslu, resp. posúdiť aj to, z čoho ich zmysel vychádza a pokúsiť sa identifikovať tak jeho „stabilitu“.

Spirituálne prejavy (tab. 2, 4) sa vyskytovali u pacientov so schizofréniou na 60 % úrovni, približne na 56 percentách u pacientov s depresiou a najmenej sa vyskytovali u pacientov so závislosťou od alkoholu (52,8 %). Podľa niektorých autorov (Schermer, 2007) môže byť jednou z príčin závislosti práve túžba po spirituálnych zážitkoch alebo môže byť závislosť dôsledkom tzv. spirituálnej krízy. Vyššiu mieru spirituálnych prejavov u pacientov so schizofréniou uvádza viaceru autorov. Napr. Wildingová et al. (2006) zistili, že pacienti so schizofréniou participujúci v ich štúdiu považovali duševnú poruchu za „užitočnú“ z hľadiska spirituality, pretože u nich pôsobila ako katalyzátor pre začiatok, alebo rozvinutie spirituálneho hľadania. Lukoff (2007) uvádza, že veľa pacientov vníma ich ochorenie ako súčasť procesu prostredníctvom ktorého dosiahli, z ich perspektívy, konštruktívnu spirituálnu reorientáciu. Spirituálne a mystické zážitky nie sú v populácii neobvyklé a bývajú častejšie popisované u ľudí s určitými osobnostnými poruchami, obzvlášť u schizotypovej poruchy (Jackson, 2001). Špecifickou otázkou je výskyt istých spirituálnych zážitkov, ktoré môžu byť prejavom psychiatrických porúch psychotického okruhu. Řičan (2007) v tejto súvislosti hovorí o cirkulárnej kauzalite, teda o tom, že náboženské a spirituálne skupiny môžu priťahovať ľudí s patologickými tendenciami a následné spracovanie duchovných tém môže viesť k zintenzívneniu úrovne psychopatológie.

Jednou z dôležitých úloh sestry je identifikovanie tých skupín, u ktorých možno predpokladať riziko, resp. problémy v uspokojovaní vybraných potrieb. Z našich výsledkov vyplýva, že rizikovní sú najmä pacienti so závislosťou od alkoholu a pacienti s depresiou. U pacientov so schizofréniou možno hovoriť o dostatočnom naplnení spirituálnych potrieb v čase keď boli posudzované, ale ako sme v diskusii uviedli, je to spojené s určitými úskaliaми. Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že psychiatrickí pacienti sú rizikovní z hľadiska nenaplnenia potreby zmysluplnosti života a nedostatočnej spirituálnej pohody. Z toho vyplýva, že u psychiatrických pacientov je predpoklad stanovenia diagnózy 00067 Riziko spirituálnej tiesne a diagnózy Spirituálna tieseň pri jej potvrdení. U psychiatrických pacientov (obzvlášť u pacientov s depresívnou poruchou) je taktiež riziko prežívania beznádeje. V prípade prežívania beznádeje neexistuje potenciálna

ošetrovateľská diagnóza riziko beznádeje, tak ako je to v prípade spirituálnej tiesne. V prípade zistenia nízkej miery nádeje môže sestra pracovať s diagnózou 00185 Ochota zlepšiť nádej v prípade, že pacient takúto ochotu má. Aj keď Spirituálna tieseň a Beznádej predstavujú samostatné ošetrovateľské diagnózy, v praxi je pomerne komplikované ich odlíšiť. V diagnóze Spirituálna tieseň je jedným z definujúcich znakov aj prítomnosť beznádeje (NANDA, 2010, s. 290), ale napr. autori Gurková et al. (2010, s. 80) poukazujú na potrebu zaradenia straty zmyslu života do definujúcich znakov diagnózy Beznádej. Táto potreba vyplynula z ich validačnej štúdie tejto diagnózy. Je otázne, či je možné prežívať pocity „bezmyselnosti a bezúčelnosti“ života, ktoré by následne nevedli k beznádeji, alebo prežívať beznádej a zároveň pripisovať svojmu životu zmysel a účel. Z hľadiska starostlivosti je nedostatok zmyslu, ako aj beznádej spojená s aj ďalším závažným dôsledkom, rizikom suicídia. Viacero výskumov potvrdilo vzájomný vzťah medzi nedostatkom zmyslu života a suicidalitou (napr. Farský, 2011; Taliaferro et al., 2012), ako aj medzi beznádejou a suicidalitou (napr. Farabaugh et al., 2012; Statovci, 2012). Možno teda odporučiť, aby sestry pri stanovení diagnóz Spirituálna tieseň, či Beznádej zároveň sa prinajmenšom zamerali aj na ošetrovateľskú diagnózu 00150 Riziko suicídia.

Záver

V našej práci sme sa zamerali na málo prebádanú oblasť v slovenských podmienkach, ktorou je spiritualita pacientov s vybranými psychickými poruchami. Na základe našich zistení možno konštatovať, že spirituálne potreby ako nádej, zmysluplnosť, vyjadrovanie spirituality v bežnom živote, spirituálna pohoda nie sú u psychiatrických pacientov napĺňané v dostatočnej miere. Dôležitým zistením je aj to, že z hľadiska spirituality nepredstavujú psychiatrickí pacienti homogénny súbor, ale vyskytujú sa medzi nimi výrazné rozdiely. U pacientov s depresiou a so závislosťou od alkoholu možno hovoriť o určitej podobnosti, avšak pacienti so schizofréniou uvádzali signifikantne vyššie hodnoty v spirituálnych premenných ako spomínané dve skupiny pacientov. To potvrdzuje potrebu naozaj individuálneho prístupu v procese starostlivosti. Zároveň to prináša mnohé ďalšie otázky ohľadne spirituality psychiatrických pacientov, ktoré budú vyžadovať ďalšie výskumy. Z klinického hľadiska naše výsledky poukazujú na nevyhnutnosť zakomponovať spiritualitu a s ňou súvisiace potreby do ošetrovateľského posudzovania a následnú

identifikáciu problémov, ako sú napr. Spirituálna tieseň a Beznádej, ktoré v klinickej praxi nie sú reflektované v dostatočnej miere.

Etické aspekty a konflikt záujmu

V rámci výskumu bol získaný súhlas s realizáciou výskumu na pracoviskách, ktoré boli zaradené do výskumu. Výskum splňuje základné etické princípy kladené na výskum na ľudskom subjekte a bol schválený Etickou komisiou Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine.

Bibliografické odkazy

- ABRAMSON, L. et al. The hopelessness theory of depression. Does the research test the theory? In ABRAMSON, L. (ed). *Social Cognition and Clinical Psychology. A Synthesis*. New York: Guilford Press, 1998, p. 33–65.
- ANTHONY, K.H. Helping Partnerships that Facilitate Recovery from Severe Mental Illness. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2008, 46(7), 24–33.
- ARNAU, R. C. et al. Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: a latent variable analysis. *J Pers*. 2007, 75(1), 43–64.
- BOIVIN, M. J. et al. Spiritual well-being scale. In HILL, C. P., HOOD, R. (eds). 1st ed. *Measures of religiosity*. Birmingham: Religious Education Press, 1999. p. 382–385
- BURKHARDT, M. A., NATHANIEL, A. K. *Ethics and issues in contemporary nursing*. 1st ed. New York: Thomson Delmar Learning. 2008. 554 p.
- CARROLL, A., PANTELIS, C., HARVEY, C. Insight and Hopelessness in Forensic Patients with Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004, 38(3), 169–175
- CARVAJAL, S. C. et al. Relating optimism, hope and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1998, 17(4), 443–465.
- ELLISON, C. W. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*. 1983, 11(4), 330–340.
- FARABAUGH, A. et al. Depression and Suicidal Ideation in College Students. *Psychopathology*. 2012, 45(4), 228–234.
- FARRAN C. J. et al. *Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs*. 1st ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995. 270 p.
- FARSKÝ, I. *Spirituálne potreby u pacientov so psychickými poruchami*. Martin: JLF UK, 2011. 96 s.
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I. Konceptualizácia spirituality. In BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. (eds). *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Fakulta zdravotníckých štúdií. Ústav ošetrovatelství a porodní asistencie, 2010. s. 30–36.
- GURKOVÁ, E., ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. Obsahová validácia beznádeje a jej význam pri konštrukcii nástrojov jej merania. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010, 1(3), 74–82.
- HALAMA, P. Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: Preklad a adaptácia. *Československá psychologie*. 2001, 45(2), 135–142.
- HALAMA, P. Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. *Československá psychologie*. 2002, 46(3), 265–276.
- HALAMA, P. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. 1. vyd. Bratislava: SAP, 2007. 223 s.
- ISHIDA, R. Proposal to Prevent Alcohol Dependence Using Purpose in Life/Ikigai to Mimic the Chemical Effects of β -Endorphin. *Psychology*. 2012, 3(7), 534–536.
- JACKSON, M. Spiritual and Psychotic experience: a case study comparison. In CLARKE, I. (ed). *Psychosis and Spirituality: exploring the new frontier*. 1st ed. London: Whurr, 2001. 200 p.
- JACKSON, R., WERNICKE, R., HAAGA, D. A. F. Hope as a predictor of entering substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*. 2003, 28(1), 13–28.
- KAVENSKÁ, V. Smysl života v kontexte závislosti na alkohole. *E-psychologie*. 2009, 3(1), 1–11.
- LUKOFF, D. Spirituality in the recovery from persistent mental disorders. *South Med J*. 2007, 100(6), 642–646.
- LYSAKER, P. H. et al. Neurocognitive Correlates of Helplessness, Hopelessness, and Well-Being in Schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2001, 189(7), 457–462.
- ONDREJKA, I. *Depresia v kontexte kvality života*. 1. vyd. Rožňava: Roveň, 2006. 126 s.
- MCSHERRY, W., JAMIESON, S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011, 20(11–12), 1757–67.
- NANDA International. *NANDA- Ošetrovatelské diagnózy. Definície a klasifikácie 2009–2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 456 s.
- NCZI. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2008*. 1. vyd. Bratislava: NCZI, 2009. 208 s.
- NOWOTNY, M. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*. 1989, 16(1), 57–61.
- PESUT, B. A conversation on diverse perspectives of spirituality in nursing literature. *Nurs Philos*. 2008, 9(2), 98–109.
- REKER, G. T., WONG, P. T. P. Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In BIRREN, J. E., BENGSTON, V. L. (eds). *Emergent theories of aging*. New York: Springer, 1988. p. 39–55.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 328 s.
- ROBERTS, G. Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality? *British Journal of Psychiatry*. 1991, 159(Supplement 14), 19–28.
- SCHERMER, V. L. *Duch a duše: Nové paradigma v psychologii, psychoanalýze a psychoterapii*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. 279 s.
- SIMS, A. *Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*. 3rd ed. London: Elsevier, 2003. 451 p.
- SNYDER, C. R. et al. The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991, 60(4), 570–585.

STATOVCI, S. The relationship of anxiety, depression and hopelessness with suicidal ideation and behavior among youth. *European Psychiatry*. 2012, 27(Supplement 1), 1.

TALIAFERRO, L. A., OBERSTAR, J. V., BOROWSKY I. W. Prevention of youth suicide: The role of the primary care physician. *Journal of Clinical Outcomes Management*. 2012, 19(6), 270-285.

WAMALA, S., BOSTROM, G., NYQVIST, K. Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *Br J Psychiatry*. 2007, 190, 75–76.

WILDING, C., MAY, E., MUIR-COCHRANE, E. The experience of spirituality, mental illness and occupation: A life sustaining phenomenon. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2005, 52(1), 2–9.