

# Opinie pielęgniarek na temat potrzeb duchowych chorych

Nurses opinions about patients' spiritual needs

Krystyna Florek-Tarchoń, Urszula Romanowska

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

**Krystyna Florek-Tarchoń**  
Zakład Pielęgniarstwa  
Instytut Ochrony Zdrowia  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie  
ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów  
e-mail: krystynaflorek71@wp.pl

## STRESZCZENIE

### OPINIE PIELEŃNIAREK NA TEMAT POTRZEB DUCHOWYCH CHORYCH

**Wstęp.** Potrzeby duchowe stanowią ważny element opieki nad chorym. Problemy z uwzględnieniem duchowości pacjenta są czasem pomijane i nie uwzględniane w planowaniu opieki. W realizowaniu potrzeb duchowych nad chorym powinien uczestniczyć zespół terapeutyczny oraz osoby duchowne. Przepisy prawne regulują prawo chorego do opieki duszpasterskiej. Przygotowanie pielęgniarek do pomocy w zaspokajaniu potrzeb duchowych pacjentów jest ważnym elementem edukacji, przygotowującym do sprawowania opieki.

**Cel pracy.** Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek na temat potrzeb duchowych chorych oraz roli pielęgniarki w realizacji opieki duchowej.

**Materiał i metodyka.** Badaniem objęto 88 pielęgniarek pracujących w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego, aktualnie studiujących w PWSZ w Tarnowie na kierunku pielęgniarstwo, na studiach niestacjonarnych I stopnia (pomostowych) i II stopnia. Badania przeprowadzono w listopadzie 2013 roku. Ze względu na swoją specyfikę badania nie wymagały uzyskania zgody komisji bioetycznej. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. W badaniu posłużono się kwestionariuszem ankiety własnej konstrukcji. Wyniki opracowano ilościowo i odsetkowo, przedstawiając w poszczególnych tabelach.

**Wyniki badań.** Zdecydowana większość badanych (76,1%) uważa, że potrzeby duchowe chorych są najczęściej pomijane w opiece nad chorym. Ankietowani studenci (98,9%) stwierdzili, że pielęgniarka powinna brać udział w rozpoznawaniu i zaspokajaniu potrzeb duchowych pacjentów. W miejscu pracy badanych, zdaniem zdecydowanej większości respondentów (80,7%), nie zbiera się informacji od chorych dotyczących ich światopoglądu i potrzeb duchowych.

**Wnioski.** Badania wykazały, że:

1. Potrzeby duchowe chorych są najczęściej pomijane w opiece nad chorym.
2. Pielęgniarki powinny brać udział w rozpoznawaniu i zaspokajaniu potrzeb duchowych pacjentów.
3. W placówkach opieki zdrowotnej nie są zbierane informacje dotyczące światopoglądu i potrzeb duchowych chorych.

## Słowa kluczowe:

pielęgniarka, chory, opieka, duchowość

## ABSTRACT

### NURSES OPINIONS ABOUT PATIENTS' SPIRITUAL NEEDS

**Introduction.** The patient's spiritual needs are an important part of providing hospital care. Health care providers often fail to take the patient's spirituality into consideration. The patients' religious needs are often ignored and omitted while preparing care plans. These issues should be looked at by both the members of therapeutic teams and religious ministers. The Polish law regulates allows patients to have access to religious care. Preparing nurses to assist in realizing is an important part of education preparing to care.

**Aim.** The aim of the study was to elicit nurses' opinions about the patients' spiritual needs and the role of nurses in the implementation of spiritual care.

**Material and method.** The study included 88 nurses working in health care sector in the province of Malopolska, currently studying at Higher Vocational School in Tarnow majoring in nursing through part-time first-cycle studies (bridging) and the second-cycle studies. The study was conducted in November 2013. Due to its specificity, it has not required obtaining any approval papers from the Bioethical Committee. The authors conducted the study using a diagnostic survey with a questionnaire of their own making.

**Results.** A vast majority of the respondents (76.1%) believe that the spiritual needs of patients are often ignored by health care providers. Some 98.9% of students (participants in the study) stated that nurse should actively participate in identifying and meeting spiritual needs of patients. According some 80.7% of the participants, most employers do not gather any information regarding the patients' worldview or religious needs.

**Conclusions.** Studies have shown that:

1. Spiritual needs of patients are rarely included in care plans.
2. Nurses should participate in identifying and meeting spiritual needs of patients.
3. Health care institutions rarely collect any information about the worldview and spiritual needs of their patients.

**Key words:** nurses, the ill, spirituality, care

## WSTĘP

Pacjent w sytuacji choroby oczekuje zarówno intensywnej opieki medycznej, jak i wsparcia duchowego. Opieka duchowa uwzględnia nie tylko religijność człowieka, ale również jego szeroko rozumianą duchowość. Duchowość odwołuje się do pojęć oraz zasad życia, jest utożsamiana z poszukiwaniem sensu życia [1]. W szerszym znaczeniu duchowość to doświadczenie, przeżywanie wartości mających charakter pozamaterialny, stanowiących o ludzkich wewnętrznych rozterkach, które bezpośrednio odnoszą się do sfery duchowej. Opieka duchowa skupia się w dużym stopniu na zagadnieniach poszukiwania znaczenia i sensu ludzkiej egzystencji, a także na pytaniach dotyczących życia i religii. Kierowana jest do wszystkich pacjentów, zarówno wierzących, jak i niewierzących, a także do ich rodzin [2].

Opieka paliatywna zwróciła uwagę na konieczność zaspokajania potrzeb duchowych chorych u kresu życia. Niestety personel medyczny ma trudności w spełnianiu potrzeb duchowych pacjentów. W celu poprawy opieki duchowej nad pacjentami u kresu życia zaproponowano stworzenie, w ramach Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej, Grupy Roboczej do spraw opieki duchowej w opiece paliatywnej. Specjaliści w dziedzinie opieki paliatywnej w 2010 roku sporządzili roboczą definicję duchowości. Duchowość została określona jako „wymiar dynamiczny ludzkiego życia, który łączy się z tym, w jaki sposób osoby (indywidualnie lub we wspólnocie) doświadczają, wyrażają i/lub poszukują sensu, celu i transcendencji oraz w jaki sposób doświadczają swojej łączności z chwilą, ze sobą, z innymi, z naturą, z tym, co ważne i/lub święte” [3]. Specjaliści stwierdzili, „że duchowość jest trudna do zdefiniowania ze względu na swoją wielowymiarową naturę oraz dlatego, że sfera duchowa obejmuje: pytania egzystencjalne (np. odnośnie dożycia, sensu, cierpienia i śmierci, winy i wstydu, pojednania i przebaczenia, wolności i odpowiedzialności, nadziei i rozpacz, miłości i radości); opinie i postawy oparte na wartościach (tj. kwestie najważniejsze dla każdej osoby, takie jak: relacje z samym sobą, rodzina, przyjaciele, praca, rzeczy, natura, sztuka i kultura, etyka i moralność oraz samo życie) oraz rozważania dotyczące religii i zasad (wiara, przekonania i zwyczaje, relacja z Bogiem lub z Najwyższym)” [3]. Opieka duchowa jest prawem pacjenta. Integralnym jej elementem jest opieka duszpasterska. Świadczenie opieki duszpasterskiej w placówkach ochrony zdrowia reguluje wiele aktów prawnych. Zgodnie z zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej w zakładach opieki zdrowotnej [4]. Prawo to uwzględnia również ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto placówka ochrony zdrowia, w której przebywa pacjent zgodnie z zapisami w/w ustawy, w sytuacji pogorszenia

stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta, jest obowiązkiem umożliwić pacjentowi kontakt z duchowym jego wyznaniem [5]. Wrażliwość na duchowe udręki chorego i gotowość przyjęcia mu z pomocą to nie tylko zadanie kapłana, ale także lekarza i pielęgniarki, kogoś z otoczenia, którego chory darzy największym zaufaniem [6]. Myślenie o człowieku jako duchowej istocie jest bardzo ważne dla wszystkich uczestników procesu leczenia. Świadomość, że oprócz leczenia otrzymywanego z zewnątrz, każdy człowiek dysponuje potencjałem leczniczym wewnątrz siebie, daje inne perspektywy w postępowaniu leczniczo-pielęgnacyjnym. Duchowość nie tylko wzmacnia procesy leczniczo-pielęgnacyjne, ale także wskazuje na ich inną rolę dla chorego, bardziej aktywną, świadomą i odpowiedzialną. Pominięcie roli pacjenta, w której podstawowy aspekt odgrywa jego duchowość, może radykalnie ograniczyć skuteczność terapii [7]. Sprawowanie opieki duchowej nad chorym wymaga profesjonalnego przygotowania i powinno stanowić ważny element kształcenia na kierunkach pielęgnarskich.

## CEL PRACY

Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek na temat potrzeb duchowych chorych oraz roli pielęgniarki w realizacji opieki duchowej.

## MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto 88 pielęgniarek pracujących w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego, aktualnie studiujących w PWSZ w Tarnowie, na kierunku pielęgniarstwo. Badaną grupę stanowili studenci studiów niestacjonarnych, w tym zdecydowaną większość (87,8%) studenci studiów I stopnia (pomostowych) oraz 18,25% studenci studiów II stopnia. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. W badaniu posłużono się kwestionariuszem ankiety własnej konstrukcji. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły charakterystyki badanej grupy oraz opinii respondentów na temat potrzeb duchowych chorych i roli pielęgniarki w realizacji opieki duchowej nad chorym. Badania przeprowadzono w listopadzie 2013 roku. Ze względu na swoją specyfikę badania nie wymagały uzyskania zgody komisji bioetycznej. Wypełnienie ankiety było dobrowolne i anonimowe. Wyniki opracowano ilościowo i odsetkowo, przedstawiając je w poszczególnych w tabelach.

## WYNIKI BADAŃ

Kobiety stanowiły 100% badanej grupy. Respondenci w większości (60,2%) znajdowali się w przedziale wiekowym 41-50 lat, ponad jedna czwarta (27,3%) w przedziale 31-40 lat. W przedziale wiekowym 51-61 lat znajdowało się 6,8% osób, a pozostałe 5,7% w przedziale wiekowym 20-30 lat. Najlicniejsza grupa badanych (43,2%) ukończyła liceum medyczne; 38,6% studium medyczne, a najmniej liczna grupa (18,2%) studia pielęgniarstwa I stopnia. Niespełna połowa ankietowanych (47,8%) reprezentowana była przez osoby posiadające staż pracy w zawodzie pielęgniarki powyżej 20 lat; przez ponad jedną trzecią (35,2%) posiadające staż pracy w przedziale 11-20 lat; przez 10,2% ze stażem pracy do 5 lat, a przez 6,8% ze stażem w przedziale 6-10 lat. Na oddziałach szpitalnych pracowało ponad trzy czwarte badanych (79,5%), w tym: na oddziale chirurgicznym 21,6%, na oddziale chorób wewnętrznych 13,6%, ortopedii i urologii po 8%, pediatrii, oddziale intensywnej opieki medycznej i szpitalnym oddziale ratunkowym po 3%, kardiologii i dializ po 2,3%, psychiatrycznym, neurologicznym, reumatologicznym, anestezyjologicznym po 1,1%. Pozostałe 9,1% studentów nie określiło oddziału, na którym pracują. Ponadto w POZ pracowało 13,6% pielęgniarek, w DPS 5,7%, a w hospicjum 1,1%.

Tab. 1. Określenie pojęcia duchowość przez badanych

Lp.	Co Pan/i rozumie pod pojęciem duchowość?	Liczba badanych [n]	Odsetek [%]*
1.	Pozamaterialny wymiar ludzkiego bytu.	18	20,5
2.	Zdolność do odkrycia i rozumienia tajemnicy człowieka i sensu jego życia.	23	26,1
3.	Życie wewnętrzne osób oparte na rozumieniu rzeczywistości.	4	4,5
4.	Życie wewnętrzne oparte na relacjach z Bogiem.	53	60,2
5.	Uznawane wartości, którymi kieruje się człowiek w życiu.	28	31,8
6.	System wartości.	8	9,1
Razem		134	152,2%

\* wyniki nie stanowią łącznie 100%, ponieważ badani mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Duchowość według ponad połowy ankietowanych (60,2%) to życie wewnętrzne oparte na relacjach z Bogiem, dla około jednej trzeciej (31,8%) to uznawane wartości, którymi kieruje się człowiek w życiu. Dla około jednej czwartej (26,1%) duchowość oznaczała zdolność do odkrywania i rozumienia tajemnicy człowieka i sensu jego życia, a dla jednej piątej badanych (20,5%) pozamaterialny wymiar ludzkiego bytu. Zaledwie 4,5% respondentów zdefiniowała duchowość jako życie wewnętrzne osób, oparte na rozumieniu rzeczywistości. Potrzeby duchowe zdaniem zdecydowanej większości badanych studentów (76,1%) są najczęściej pomijane w opiece nad chorym, ponad jedna trzecia (35,2%) uważała, że są to potrzeby psychiczne; 12,5% uznała, że potrzeby społeczne, nieliczna grupa (4,5%) wskazała na potrzeby biologiczne.

Tab. 2. Potrzeby duchowe chorych w opinii badanych

Lp.	Które z poniższych potrzeb stanowią według Pani/a potrzeby duchowe chorych?	Liczba badanych [n]	Odsetek [%]*
1.	Potrzeba poczucia sensu życia.	23	26,1
2.	Pojednania z Bogiem.	30	34,1
3.	Pojednania z bliskimi i przebaczenia.	23	26,1
4.	Potrzeba kierowania się w życiu wartościami duchowymi.	55	62,5
5.	Kontakt z osobą duchowną.	13	14,8
6.	Kontakt z bliskimi.	6	6,8
7.	Uczestniczenia w praktykach religijnych.	25	28,4
8.	Przemiany wewnętrznej.	6	6,8
9.	Modlitwy, medytacji.	18	20,5
Razem		199	226,1%

\* wyniki nie stanowią łącznie 100%, ponieważ badani mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Do potrzeb duchowych większość badanych (62,5%) zaliczyła potrzebę kierowania się w życiu wartościami duchowymi, ponad jedna trzecia (34,1%) potrzebę pojednania z Bogiem; 28,4% potrzebę uczestniczenia w praktykach religijnych; 26,1% potrzebę poczucia sensu życia i tyle samo: 26,1% potrzebę pojednania z bliskimi, przebaczenia; 20,5% modlitwy, medytacji; 14,8% potrzebę kontaktu z osobą duchowną; 6,8% potrzebę kontaktu z bliskimi i tak samo liczna grupa (6,8%) potrzebę przemiany wewnętrznej.

W opinii respondentów najczęściej w opiece nad chorym zaspokajana jest: potrzeba kontaktu z bliskimi (60,2%), potrzeba kontaktu z osobą duchowną (51,1%), potrzeba pojednania z Bogiem (44,3%) oraz potrzeba uczestniczenia w praktykach religijnych (22,7%). Inne potrzeby duchowe według ankietowanych zaspokajane są w nieznanym stopniu.

Pielęgniarka w opinii zdecydowanej większości ankietowanych (98,9%) powinna brać udział w rozpoznawaniu i zaspokajaniu potrzeb duchowych pacjentów, jedynie 1,1% jest odmiennego zdania. Znaczna większość respondentów (94,3%) pomagała chorym w zaspokajaniu potrzeb duchowych, pozostała część (5,7%) nie pomaga chorym w tym zakresie.

Badana grupa studentów wyraziła swoje opinie dotyczące wpływu duchowości na zdrowie. Zdaniem prawie połowy ankietowanych (46,6%) duchowość wyzwała nadzieję, optymizm i wewnętrzny spokój. Dwie piąte badanych (40,9%) uznało, że łagodzi emocje niekorzystne dla zdrowia, takie jak: niepokój, przygnębienie, wrogość, złość, lęk, gniew, poczucie winy. Prawie jedna trzecia respondentów (31,8%) stwierdziła, że wpływa na lepsze relacje z ludźmi, a 28,4%, że sprzyja lepszemu radzeniu sobie ze stresem. Jedna czwarta studentów (25,0%) uznała, że duchowość pozwala łagodzić skutki cierpienia, pozostałe 4,5% stwierdziło, że wpływa na zmianę pozytywnych zachowań zdrowotnych.

■ Tab. 3. Wpływ duchowości na zdrowie w opinii badanych

Lp.	Jaki wpływ na zdrowie ma według Pani/a duchowość?	Liczba badanych [n]	Odsetek [%]*
1.	Sprzyja lepszemu radzeniu sobie ze stresem.	25	28,4
2.	Wyzwała nadzieję, optymizm i wewnętrzny spokój.	41	46,6
3.	Łagodzi emocje niekorzystne dla zdrowia, takie jak: niepokój, przygnębienie, wrogość, złość, lęk, gniew, poczucie winy.	36	40,9
4.	Wpływa na zmianę pozytywnych zachowań zdrowotnych.	4	4,5
5.	Wpływa na lepsze relacje z ludźmi.	28	31,8
6.	Pozwala łagodzić skutki cierpienia.	22	25,0
7.	Nie ma wpływu na zdrowie	-	-
8.	Inne, jakie?.	-	-
Razem		156	177,2%

\* wyniki nie stanowią łącznie 100%, ponieważ badani mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Znaczna większość ankietowanych uważała, że chory w sytuacji choroby najczęściej oczekuje wsparcia duchowego od: rodziny (69,3%), kapelana (62,5%), pielęgniarki (52,3%). W mniejszym stopniu wsparcia duchowego według badanych chory oczekuje od: przyjaciół (19,3%), lekarza i psychologa (po 7,9%), innych pacjentów (4,5%).

■ Tab. 4. Osoby, od których chory oczekuje wsparcia w sytuacji choroby w opinii badanych

Lp.	Od kogo zdaniem Pani/a chory najczęściej oczekuje wsparcia duchowego w sytuacji choroby?	Liczba badanych [n]	Odsetek [%]*
1.	Rodziny	61	69,3
2.	Kapelana/ osoby duchownej	55	62,5
3.	Lekarza	7	7,9
4.	Pielęgniarki	46	52,3
5.	Psychologa	7	7,9
6.	Przyjaciół	17	19,3
7.	Od nikogo	-	-
8.	Innych pacjentów	4	4,5
9.	Od innych (kogo?)...	-	-
Razem		197	223,7%

\* wyniki nie stanowią łącznie 100%, ponieważ badani mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Badani określili, jak często sam chory zwraca się do personelu w sprawach duchowości. W opinii 37,5% badanych czasami; zdaniem 28,4% rzadko, a według 14,8% bardzo rzadko; natomiast 18,2% ankietowanych uważało, że często, a zaledwie 1,1%, że bardzo często.

Jednym z celów przeprowadzonych badań, było uzyskanie opinii respondentów na temat rodzaju pomocy, jakiej oczekują chorzy od personelu pielęgniarskiego w zakresie zaspokajania potrzeb duchowych. Ponad połowa badanych (54,5%) uznała, że chorzy oczekują od personelu pielęgniarskiego zapewnienia kontaktu z osobą duchowną; 47,7% stwierdziło, że podtrzymania nadziei; 46,6% rozmowy na tematy dotyczące cierpienia, choroby, śmierci; 29,5% obecności pielęgniarki, towarzyszenia choremu w cierpieniu, w chorobie; 20,5% pomocy w wypełnianiu praktyk religijnych; 14,8% rozmowy na tematy dotyczące sensu życia; 2,3% wspólnej modlitwy z personelem.

■ Tab. 5. Opinie badanych na temat rodzaju pomocy, jakiej oczekują chorzy od personelu pielęgniarskiego w sprawach duchowości

Lp.	Jakiej pomocy według Pani/a oczekują chorzy od personelu pielęgniarskiego w zaspokajaniu potrzeb duchowych?	Liczba badanych [n]	Odsetek [%]*
1.	Rozmowy na tematy dotyczące cierpienia, choroby, śmierci.	41	46,6
2.	Rozmowy na tematy dotyczące sensu życia.	13	14,8
3.	Podtrzymywania nadziei.	42	47,7
4.	Pomocy w wypełnianiu praktyk religijnych.	18	20,5
5.	Zapewnienia kontaktu z księdzem/osobą duchowną.	48	54,5
6.	Obecności pielęgniarki, towarzyszenia choremu w cierpieniu, w chorobie.	26	29,5
7.	Wspólnej modlitwy z personelem.	2	2,3
Razem		190	215,9%

\* wyniki nie stanowią łącznie 100%, ponieważ badani mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi

W badaniu starano się ustalić również, jakie czynniki według respondentów, utrudniają zapewnienie opieki duchowej nad chorym. Trzy czwarte badanych (75%) stwierdziło, że czynnikiem, który najbardziej utrudnia zapewnienie opieki duchowej nad chorym jest brak czasu, jedna piąta (25%) uznała, że brak wiedzy w zakresie potrzeb duchowych; w mniejszym stopniu rutyna (22,7%); brak ciągłości opieki (17%); nieprzychylna atmosfera w placówce (15,9%), brak wiary (4,5%). Natomiast w zapewnieniu opieki duchowej nad chorym pomagają: wartości duchowe wyniesione z domu rodzinnego (72,7%), własny rozwój duchowy (35,2%), wartości moralne realizowane w życiu i chęć pomocy innym (po 35,2%) oraz szacunek dla osoby chorej (34,1%). Wiedzę i wzorce w zakresie zaspokajania potrzeb duchowych chorych zdecydowana większość ankietowanych (76,1%) zdobyła w rodzinie, prawie połowa badanych (46,6%) w trakcie pracy zawodowej; 29,5% w szkole pielęgniarskiej; 23,9% na nauce religii; 20,4% sprawując opiekę nad chorymi u kresu życia; 14,7% poprzez formację wewnętrzną. Obecny poziom sprawowania opieki duchowej nad chorymi nie satysfakcjonuje zdecydowanej większości respondentów (84,1%), jedynie 15,9% badanych jest usatysfakcjonowana z obecnego poziomu.

W celu poprawy jakości opieki duchowej nad chorymi zdaniem połowy badanej grupy (50%) należy podejmować działania edukacyjne w zakresie duchowości, według 37,5% należy zwrócić uwagę na kształtowanie postaw ofiarności, miłości, poświęcenia dla cierpiącego człowieka; 31,8% ankietowanych uznało, że należy uwrażliwić zespół terapeutyczny na potrzeby duchowe chorych. Ponadto zwrócono również uwagę na potrzebę poprawienia organizacji pracy (34,1%), poszerzenie współpracy z członkami zespołu terapeutycznego i rodziną chorego (11,4%) oraz potrzebę opracowania zasad postępowania w zakresie opieki duchowej nad chorym (13,6%).

W miejscu pracy badanych, zdaniem zdecydowanej większości respondentów (80,7%), nie uzyskuje się informacji od chorych, dotyczących ich światopoglądu i potrzeb duchowych, pozostała część grupy (19,3%) stwierdziła, że informacje w tym zakresie są od chorych zbierane.

Studenci określili, jakie kompetencje powinna posiadać pielęgniarka, aby sprawować opiekę duchową nad chorym. Trzy czwarte badanych (75%) uważała, że pielęgniarka powinna posiadać umiejętność słuchania chorego; 63,6% umiejętność towarzyszenia choremu w cierpieniu i chorobie; 60,2% umiejętność rozpoznawania potrzeb duchowych chorego, a ponad połowa (54,5%) uznała, że umiejętność przejawiania empatii w relacji z pacjentem.

Większość badanych (68,2%) uważała, że szkoła pielęgniarska przygotowała ich do sprawowania opieki duchowej nad chorym, z czego 33,0% ankietowanych stwierdziło, że w stopniu dobrym; 30,7% w stopniu dostatecznym, a 4,5% w stopniu bardzo dobrym. Natomiast prawie jedna trzecia respondentów (31,8%) uznała, że uzyskane przez nich w szkole pielęgniarskiej przygotowanie do objęcia opieką duchową chorych jest niewystarczające, w tym 6,8% oceniło je jako całkowicie niewystarczające.

## DYSKUSJA

Ludzie chorzy potrzebują sprawnej i dobrze zorganizowanej opieki medycznej, której integralną część, na równi z troską o stan zdrowia, stanowi dbałość o psychikę i emocje pacjenta oraz szacunek dla jego wiary i wyznawanych wartości [8]. Duchowość jest siłą wewnętrzną, pomagającą przezwyciężać negatywne skutki choroby. Duchowość w teoriach pielęgniarstwa to przede wszystkim afirmacja społeczeństwa, życia i uwzględniania w procesach pielęgnowania sił duchowych pacjenta zdolnych do samoleczenia i uzdrawiania [7]. Christina Puchalski zwraca uwagę, że duchowość jest niezbędna w opiece zdrowotnej, a duchowe przekonania pacjentów mogą wpływać na diagnozę i leczenie [9]. W obecnych badaniach respondenci stwierdzili, że duchowość przede wszystkim wyzwala nadzieję, optymizm i spokój wewnętrzny (46,6%), łagodzi niekorzystne dla zdrowia emocje, takie jak: niepokój, przygnębienie, wrogość, złość, lęk, gniew, poczucie winy (40,9%), wpływa na lepsze relacje z ludźmi (31,8%), sprzyja lepszemu radzeniu sobie ze stresem (28,4%), łagodzi skutki cierpienia (25,0%), a także wpływa na zmianę zachowań zdrowotnych (4,5%).

W literaturze przedmiotu wskazuje się na znaczenie zespołowego realizowania opieki duchowej nad chorym, szczególnie w opiece paliatywnej. „Cały zespół, nie tylko kapłani, najbliżsi i wolontariusze, ale także lekarze i pielęgniarki, powinni czuć się wewnętrznie zobowiązani do duchowego wspomaganie chorego w jego cierpieniu” [6]. W badaniach Krajewska-Kułak i wsp. respondenci stwierdzili, że najważniejszą osobą do udzielania wsparcia duchowego w hospicjum jest stały duchowny (77,7%), siostra zakonna lub pielęgniarka (po 34,3%), lekarz (24,0%), osoby po stracie kogoś bliskiego (16,0%), klerycy (13,1%), świeccy członkowie ruchów religijnych (12%), świeccy szafarze eucharystii (8,0%) [10]. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach Mickiewicz i wsp. z 2010 roku, w których stwierdzono, że wsparcia duchowego w zakładach opieki paliatywnej powinien udzielać przede wszystkim stały duchowny (80,9%), pielęgniarka (49,2%), lekarz (34,4%), siostra zakonna (32,8%), w mniejszym odsetku inne osoby [11]. W niniejszej pracy natomiast respon-

denci uznali, że chory w sytuacji choroby najczęściej oczekuje wsparcia duchowego od rodziny (69,3%) oraz od kapelana (62,5%). Ponad połowa badanych (52,3%) uznała, że od pielęgniarki, w mniejszym stopniu od przyjaciół (19,2%), od lekarza i psychologa (po 7,9%) i innych pacjentów (4,5%). Ponadto ankietowani w zdecydowanej większości (98,9%) stwierdzili, że pielęgniarka powinna brać udział w rozpoznawaniu i zaspokajaniu potrzeb duchowych chorych.

Przeprowadzone badania umożliwiły uzyskanie informacji, dzięki którym można określić jakie są potrzeby duchowe chorych według respondentów. Ankietowani stwierdzili, że do potrzeb duchowych chorych należą: potrzeba kierowania się w życiu wartościami duchowymi (62,5%), potrzeba pojednania z Bogiem (28,4%), potrzeba uczestniczenia w praktykach religijnych (28,4%), potrzeba poczucia sensu życia (26,1%), potrzeba pojednania z bliskimi i przebaczenia (26,1%), modlitwy i medytacji (20,5%), potrzebę kontaktu z osobą duchowną (14,8%); potrzebę kontaktu z bliskimi 6,8% i potrzeba przemiany wewnętrznej (6,8%). Z kolei w badaniach Krajewska-Kułak i wsp. zostały określone najbardziej pożądane praktyki religijne w hospicjum. Respondenci uznali, że najbardziej pożądaną praktyką religijną w hospicjum jest msza święta (62,3%), rozważania tekstów Pisma Świętego (33,1%), modlitwa różańcowa (33,1%), nabożeństwo Drogi Krzyżowej (14,2%) oraz lektura ksiązek religijnych (6,3%) [10]. W badaniach Mickiewicz i wsp. za najbardziej pożądaną praktykę religijną uznano również mszę świętą (61,2%), w dalszej kolejności wskazano: modlitwę różańcową (37,2%), rozważania tekstów Pisma Świętego (31,1%), lekturę ksiązek religijnych (21,9%), rzadziej wymieniane były inne nabożeństwa [11].

Analiza wyników pracy własnej pozwoliła określić również jakiej pomocy według respondentów oczekują chorzy od pielęgniarki w zakresie zaspokajania potrzeb duchowych. Ankietowani uznali, że zapewnienia kontaktu z osobą duchowną (54,5%), podtrzymania nadziei (47,7%), rozmowy na tematy dotyczące cierpienia, choroby, śmierci (46,6%), obecności pielęgniarki i towarzyszenia choremu w cierpieniu, w chorobie (29,5%), pomocy w wypełnianiu praktyk religijnych (20,5%), rozmowy na tematy dotyczące sensu życia (14,8%), wspólnej modlitwy z personelem (2,2%).

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że pielęgniarka jest profesjonalnie przygotowana do realizowania opieki nad osobami z zaawansowaną chorobą, chorymi umierającymi oraz ich rodzinami w oparciu o ideały humanistyczne i wartości duchowe [12]. Przeprowadzone badania własne sugerują jednak, że przygotowanie pielęgniarek do sprawowania opieki duchowej nad chorym, jest niewystarczające i często intuicyjne, wynikające z własnych doświadczeń i rozwoju duchowego pielęgniarki. Respondenci zwrócili uwagę na konieczność podjęcia działań edukacyjnych w zakresie duchowości oraz zwrócenie uwagi na kształtowanie postaw ofiarności, miłości, poświęcenia dla cierpiącego człowieka. Znaczenie edukacji dla poprawy jakości opieki duchowej nad chorym podkreśliła Grupa Robocza do spraw opieki duchowej w opiece paliatywnej. „Edukacja na wszystkich poziomach

organizacji (...) jest kluczem do poprawy opieki duchowej” [3].

Trudno jest się szerzej odnieść do pielęgniarskich badań z zakresu duchowości, gdyż na gruncie pielęgniarstwa polskiego pojawiły się nieliczne publikacje i badania poruszające zagadnienia opieki duchowej, dlatego też, tenże referat może zainspirować środowisko pielęgniarskie do podejmowania badań w omawianym obszarze. Początek XXI wieku nacechowany jest pytaniem o sens życia ludzkiego i jego wartość, a dyskusje w tym obszarze są odwieczne i zawsze kontrowersyjne. Dlatego istotne jest, aby pogłębiać wiedzę w zakresie duchowości, by uświadomić sobie i innym ważną rolę pielęgniarki w zespole terapeutycznym, która dzisiaj, bardziej niż kiedykolwiek, przeżywa dylematy stojące na pograniczu wyborów, w jakich granicach, nie przekraczając swoich kompetencji, można ingerować w obszar duchowości pacjenta tak, aby skutecznie udzielać wsparcia.

## WNIOSKI

Badania wykazały, że:

1. Potrzeby duchowe chorych są najczęściej pomijane w opiece nad chorym.
2. Pielęgniarki powinny brać udział w rozpoznawaniu i zaspokajaniu potrzeb duchowych pacjentów.
3. W placówkach opieki zdrowotnej nie są zbierane informacje dotyczące światopoglądu i potrzeb duchowych chorych.

## PIŚMIENNICTWO

1. de Walden-Gałuszko K, Kaptacz A. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Warszawa: PZWL;2005.
2. Uchmanowicz E. Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2012; 1(6):67-72.
3. Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Opieka duchowa w opiece paliatywnej: prace nad utworzeniem Grupy Roboczej EAPC. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2012 2(6):57-61.
4. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (art. 19 ust. 3 pkt. 3).
5. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417.
6. Pawlak Z. Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. [W:] *Nowa Medycyna. Ból i opieka paliatywna* [online]. Dostępny na: <http://www.czytelniamedyczna.pl/1318,opieka-duchowa-w-terminalnej-fazie-choroby.html> [dostęp z dnia 13.02.2014].
7. Krzyżanowska-Łagowska U. Wartości duchowe w etosie pielęgniarskim. Kraków: Wydawnictwo Ad Vocem; 2005.
8. Taylor EJ. Co powiedzieć? Jak rozmawiać z chorym o duchowości? Kraków: Wydawnictwo WAM; 2008.
9. Puchalski CM, Lunsford B, Harris MH, et al. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model [online]. Dostępny na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17034676> [dostęp z dnia 4.06.2014].
10. Krajewska-Kułak E, Mickiewicz I, Lankau A, i wsp. Opinia studentów kierunku pielęgniarstwo na temat możliwości i potrzeby realizacji praktyk religijnych w hospicjach – doniesienie wstępne. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2010, 91(4): 672-677.
11. Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kędzióra-Kornatowska K, i wsp. Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej. *Medycyna Paliatywna*. 2011; 3: 151-162.
12. Krasuska ME, Stanisławek A, Turowski K. Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym i opiece paliatywnej. Lublin: Akademia Medyczna; 2005.

Praca przyjęta do druku: 27.02.2015

Praca zaakceptowana do druku: 17.05.2015