

# Duhovnost u palijativnoj skrbi

---

Kuča, Dora

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:706476>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-10**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





# Sveučilište Sjever

**Završni rad br. XX/03/2021**

## **Duhovnost u palijativnoj skrbi**

**Dora Kuča, 0732/336**

Varaždin, ožujak 2021. godine





# Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. XX/03/2021

## Duhovnost u palijativnoj skrbi

**Student**

Dora Kuča, 0732/336

**Mentor**

doc.dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, ožujak 2021. godine

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL		Odjel za sestrinstvo	
STUDIJ		preddiplomski stručni studij Sestrinstva	
PRISTUPNIK	Dora Kuča	MAŠIČNI BROJ	0732/336
DATUM		KOLEGIJ	Palijativna zdravstvena njega
NASLOV RADA		Duhovnost u palijativnoj skrbi	

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Spirituality in palliative care
-----------------------------	---------------------------------

MENTOR	doc.dr.sc. Marijana Neuberg	ZVANJE	docent
--------	-----------------------------	--------	--------

ČLANOVI POVJERENSTVA	Valentina Novak, mag.med.techn., predsjednik
1.	doc.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor
2.	doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, član
3.	dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član
4.	
5.	

## Zadatak završnog rada

BROJ	1315/SS/2020
------	--------------

Palijativna njega je pristup skrbi kojim se nastoji poboljšati kvaliteta života i ublažiti patnja pacijenata i njihovih obitelji koji su se susreli s mnogim poteškoćama uzrokovanim neizlječivom bolešću. Palijativna njega pacijenata trebala bi uključivati skrb za pacijentove psihičke, psihosocijalne i duhovne potrebe. Kada se osoba nalazi u situaciji da je svjesna toga da je smrt blizu te da je ona neizbježan dio života, duhovna pitanja postaju od posebne važnosti za nju. Duhovno blagostanje i sudjelovanje u rješavanju pacijentovih duhovnih potreba jedan je od temelja palijativne zdravstvene njega. Nerijetko u praksi nailazimo na to da se skrb za pacijenta svodi na fizičku njegu. Cilj rada je propitati primjenjuju li medicinske sestre duhovnu njegu u praksi, koje su njihove sposobnosti u pružanju duhovne njega te da li je u sestrinskoj profesiji potrebna dodatna edukacija o duhovnoj zdravstvenoj njezi. Kako bi se navedeni cilj mogao definirati provedena je anketa kojom se ispituju kompetencije medicinskih sestara u pružanju duhovne njega. Anketom se ispituju procjena potreba i implementacija duhovne njega; doprinos poboljšanju i profesionalizaciji duhovne njega; pružanje podrške i savjetovanje pacijenata te upućivanje profesionalcima. Kroz rad će se definirati pojmovi palijativne zdravstvene njega, duhovnosti, duhovnog blagostanja i duhovne zdravstvene njega. Opisivati će se izazovi u duhovnoj njezi te potrebne i poželjne kompetencije u procjeni i pružanju duhovne njega.

ZADATAK URUČEN	08.09.2020	POVRAT MENTORA	
----------------	------------	----------------	--



## **Predgovor**

Od srca se zahvaljujem mentorici doc.dr.sc. Marijani Neuberg na strpljenju i trudu koji je uložila kako bi mi pomogla u pisanju završnog rada. Također, uvelike sam joj zahvalna na svim savjetima i prenesenom znanju koje mi je pružila.

Zahvaljujem svojoj obitelji na tome što su mi tijekom ovog studija bili podrška i motivacija. Bez vas ništa ne bi bilo moguće.

*„Zahvalan sam Onome koji mi daje snagu – Kristu Isusu, Gospodinu našem – jer me smatrao vrijednim povjerenja, kad u službu postavi mene“ 1 Tim 1, 12*

## Sažetak

Duhovno blagostanje čovjeka ima velik utjecaj na njegovo sveukupno zdravlje. Duhovnost i duhovno blagostanje od posebne su važnosti kod palijativnih i terminalnih bolesnika te iz tog razloga duhovna skrb predstavlja važan dio palijativne skrbi. Zadaća medicinske sestre je pomoći bolesniku u aktivnostima koje pridonose mirnoj smrti, stoga je njezina uloga također i primjena duhovne skrbi bolesnika. Duhovna zdravstvena skrb uključuje pružanje poštovanja, utjehe, slušanje bolesnika, ulijevanje nade, zajedničke molitve i držanje bolesnika za ruku.

Duhovne potrebe se teže primjećuju od fizičkih potreba, jer su višestruke i teže mjerljive. To su potrebe bolesnika za ljubavlju i povezanosti, nadom i mirom, značenjem i svrhom, odnosom s Bogom i prihvaćanjem umiranja. Bolesnici s neprepoznatim duhovnim poteškoćama imaju povećan rizik od slabijih psiholoških ishoda, oslabjele kvalitete života i smanjenog osjećaja duhovnog mira. Duhovna podrška je vrlo važna i medicinska sestra treba biti spremna razgovarati o duhovnim pitanjima, ako bolesnik to želi. Za to je potrebno educirano osoblje koje prepoznaje važnost duhovne skrbi i ima vještine da pomogne bolesniku u rješavanju duhovnih problema.

Cilj istraživanja bio je uvidjeti primjenjuju li medicinske sestre duhovnu skrb u praksi, koje su njihove sposobnosti u pružanju duhovne skrbi te je li u sestrinskoj profesiji potrebna dodatna edukacija o duhovnoj zdravstvenoj skrbi.

Istraživanje je provedeno putem aplikacije „Google obrasci“ s konstruiranim anketnim upitnikom u svrhu ovog istraživanja. U istraživanju je sudjelovalo 151 sudionika, od kojih su 94% činile osobe ženskog spola.

Statistička analiza podataka dobivenih iz ankete pokazala je da medicinske sestre znaju da je duhovna skrb njihova domena rada, ali nemaju dovoljno znanja kako bi istu primijenile u praksi. Medicinske sestre imaju poštovanja prema bolesnikovim duhovnim i vjerskim uvjerenjima te nastoje ne nametati svoja gledišta u vezi toga. Međutim, medicinske sestre ne znaju kako poboljšati duhovnu skrb u praksi, što je dodatni pokazatelj za potrebom edukacije medicinskih sestara o duhovnoj skrbi.

Pokazalo se da medicinske sestre koje su praktični vjernici bolje shvaćaju važnost duhovne skrbi i imaju veće kompetencije za pružanje iste. Najkompetentnije za pružanje duhovne skrbi su diplomirane medicinske sestre ili magistre sestrinstva. Što ukazuje na to da edukacija medicinskih sestara uvelike utječe na njihovu kompetentnost za pružanje duhovne skrbi.

Dobiveni rezultati govore da je potrebno poboljšati edukaciju o duhovnoj skrbi u obrazovanju i osposobljavanju medicinskih sestara te da je istu potrebno uvrstiti u kurikulum obrazovanja medicinskih sestara.

**Ključne riječi:** duhovnost, palijativna skrb, duhovna zdravstvena skrb, medicinska sestra

## Summary

Person's spiritual well-being has a great impact on its overall health. Spirituality and spiritual well-being are of particular importance to palliative and terminal patients, and for this reason spiritual care is an important part of palliative care. Nurses' task is to assist the patient in activities that contribute to a peaceful death, so their role is also to provide the spiritual care to patient. Spiritual care includes providing respect, comfort, listening to the patient, instilling hope, praying together, and holding the patient's hand.

Spiritual needs are harder to notice than physical needs because they are multiple and more difficult to measure. Spiritual needs include patients' need for love and connection, hope and peace, meaning and purpose, relationship with God, and acceptance of dying. Patients with unrecognized spiritual needs have an increased risk of poorer psychological outcomes, impaired quality of life, and decreased sense of spiritual peace. Spiritual support is very important, and the nurse should be prepared to discuss spiritual issues, if the patient desires so. This requires skilled staff who recognizes the importance of spiritual care and has the skills to help patients solve spiritual problems.

The aim of the research was to find out whether nurses apply spiritual care in practice, what are their abilities in providing spiritual care and whether additional education on spiritual health care is needed in the nursing profession.

The research was conducted through the application "Google Forms" with a constructed survey questionnaire for the purpose of this research. The study involved 151 participants, of whom 94% were females.

Statistical analysis of the data obtained from the survey showed that nurses know that spiritual care is their domain of work, but they do not have enough knowledge to apply it in practice. Nurses have respect for the patient's spiritual and religious beliefs, and they try not to impose their views on patients. However, nurses do not know how to improve spiritual care in practice, which is an additional indicator of the need for nurses' education in spiritual care.

It has been shown that nurses who are practical believers have better understanding of the importance of spiritual care and have greater competencies to provide the same. The most competent to provide spiritual care are graduate nurses or masters of nursing. Which indicates that nurses' education greatly affects their competencies to provide spiritual care.

The obtained results show that it is necessary to improve nursing education on spiritual care and it should be considered to include it in the curriculum of nursing education.

**Key words:** Spirituality, spiritual care, palliative care, nurse



## **Popis korištenih kratica**

<b>SZO</b>	Svjetska zdravstvena organizacija
<b>SSS</b>	srednja stručna sprema
<b>VŠS</b>	viša stručna sprema
<b>VSS</b>	visoka stručna sprema

# Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Poimanje duhovnosti.....	3
2.1.	Duhovno .....	3
2.2.	Duhovnost .....	3
2.3.	Duhovno blagostanje.....	4
3.	Duhovnost u terminalnoj fazi bolesti.....	5
4.	Duhovna zdravstvena skrb.....	7
4.1.	Karakteristike duhovne skrbi.....	7
4.1.1.	Brižna prisutnost .....	8
4.1.2.	Potruga za smislom i svrhom .....	8
4.1.3.	Duhovni dijalog.....	9
4.1.4.	Transcedencija.....	9
4.1.5.	Povezanost.....	9
4.2.	Procjena duhovnog stanja pojedinca .....	9
5.	Kompetencije medicinskih sestara u pružanju duhovne skrbi.....	12
6.	Istraživački rad.....	14
6.1.	Cilj istraživanja .....	14
6.2.	Istraživačka pitanja.....	14
6.3.	Hipoteze .....	14
6.4.	Metode istraživanja .....	15
6.4.1.	Metode i tehnike prikupljanja podataka .....	15
6.4.2.	Opis instrumenta .....	15
6.4.3.	Opis uzorka .....	16
6.4.4.	Statistička analiza podataka.....	16
6.4.5.	Etički aspekt istraživanja.....	16
6.5.	Rezultati .....	17
6.5.1.	Deskriptivna statistička analiza .....	17
6.5.2.	Inferencijalna statistička analiza .....	26
6.6.	Rasprava.....	32
7.	Zaključak.....	34
8.	Literatura.....	35



# 1. Uvod

Način na koji danas, u 21. stoljeću, ljudi shvaćaju smrt uvelike se razlikuje od načina na koji su je doživljavali u prošlosti. Mnogo toga se promijenilo u vezi smrti i umiranja u posljednjem stoljeću [1].

Tijekom 1800-tih godina, malo se moglo učiniti za bolesne. Liječenje se svodilo na ublažavanje simptoma bolesti. Smrt je nastupala iznenada, ponekad čak nakon nekoliko dana od početka bolesti. Infektivne bolesti poput boginja, difterije i kolere bile su vodeći uzrok smrtnosti. Prosječni životni vijek čovjeka bio je oko 50 godina. Tada su ljudi većinom umirali kod kuće, a o njima nisu brinuli zdravstveni profesionalci, već njihovi članovi obitelji [2].

Sestrinska profesija počela se razvijati za vrijeme Građanskog rata. Nakon što je rat završio, počele su se graditi bolnice i to je dovelo do razvoja programa obuke za medicinske sestre. Medicinske sestre, koje su nekada brinule o umirućima kod kuće, tada su počele raditi u bolnicama. Razvojem bolnica sve manje ljudi umiralo je kod kuće [1,2].

1900-tih, cilj medicine počeo se mijenjati. Više nije bio cilj ublažiti simptome bolesti, već izlječenje bolesnih. Značajan napredak u medicini, edukaciji i tehnologiji dogodio se sredinom tog stoljeća i utjecao je na to kako se doživljava smrt. Do tada je vrijedilo da ukoliko bi se osoba zarazila nekom od infektivnih bolesti, da bi u najvećem broju slučajeva umrla. Razvojem antibiotika i imunizacijom pojavila se mogućnost izlječenja. Ljudski vijek se produžio, a stopa smrtnosti dojenčadi se smanjila. Sve manje ljudi je umiralo kod kuće i obitelj više nije bila jedina koja se brinula o umirućem članu. Obiteljska njega zamijenjena je profesionalnom njegovom zdravstvenih radnika. Također, tijekom ovog stoljeća glavni uzrok smrtnosti stanovništva je promijenjen s infektivnih bolesti na kronične bolesti [2].

Danas, najčešći uzroci smrtnosti su srčane, onkološke i cerebrovaskularne bolesti. Uz veliki medicinski napredak, došlo je do produžetka čovjekova života i poboljšanja njegove kvalitete. Prosječni životni vijek čovjeka sada je 77.5 godina. Ljudi često žive i duže, nego se predviđa prema očekivanom napretku određene bolesti [1].

Napredak medicine, produljenje čovjekova života i sve češće umiranje ljudi u institucijama doveli su do potrebe za razvojem posebne grane medicine koja brine o umirućima, kako bi se očuvalo njihovo dostojanstvo. Javila se težnja za tzv. ublažavajućim liječenjem kojem nije cilj izliječiti bolesnika, već olakšati mu posljednje trenutke života. To je otvorilo put razvitku palijativne zdravstvene skrbi [3].

Palijativna zdravstvena skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji koji pate od neizlječive bolesti. Ranom prevencijom, ublažavanjem patnje i boli nastoji se pomoći bolesniku sa njegovim fizičkim, psihosocijalnim i duhovnim problemima [4].

Palijativna zdravstvena skrb pruža olakšanje od boli i uznemirujućih simptoma, ona afirmira život i pozdravlja umiranje kao normalan proces. Palijativnom skrbi ne pokušava se niti ubrzati niti odgoditi smrt. Njome se pruža podrška bolesniku kako bi živio što aktivnije sve do smrti. Pruža se pomoć obitelji kako bi se znali nositi s bolesti njihovog člana i s vlastitom žalosti. Timskim radom i suradnjom stručnjaka nastoje se uočiti, procijeniti i riješiti problemi bolesnika i njegove obitelji uključujući i žalovanje, ukoliko je to potrebno [4,5].

Palijativna skrb može se primjenjivati i na početku bolesti zajedno s drugim terapijama kojima je cilj produžiti život, poput kemoterapije ili radioterapije. Ona uključuje i dijagnostičke postupke potrebne za bolje razumijevanje i upravljanje teškim kliničkim komplikacijama [4,5].

Kada intenzivno liječenje više ne doprinosi dobrobiti bolesnika, tada je vrijeme da se prijeđe na palijaciju ili tzv. „udobnu njegu“ koja podržava život, a podržava i smrt u svim fazama čovjekova života [5].

U razvijenijim dijelovima svijeta gdje se javlja modernizacija zdravstvene skrbi te ona uključuje sofisticiranu tehnologiju i komplicirane sustave organizacije zdravstvene skrbi, potrebno je uložiti mnogo truda kako bi se humanizirala skrb za bolesnike, a njihovo ljudsko dostojanstvo ostalo sačuvano. To je od izrazite važnosti kod palijativnih i terminalnih bolesnika [6].

Umiranje nije samo biološki događaj. Ono je ljudski, socijalni i duhovni događaj. Često je duhovna dimenzija brige o bolesnicima zapuštena. Izazov pružateljima zdravstvene skrbi je prepoznati duhovnu komponentu u skrbi bolesnika i osigurati dostupne resurse za pojedince koji ih žele i u obliku u kojem oni žele [6].

## 2. Poimanje duhovnosti

Veliku prepreku u sestrinskim istraživanjima i primjeni duhovne skrbi u praksi predstavlja manjak jasnoće pojmova duhovnog, duhovnosti, duhovnog blagostanja i duhovne zdravstvene skrbi[6].

Čitanjem literature o duhovnoj skrbi nailazi se na raznolike svjetonazore i mišljenja ljudi prema kojima se opisuju duhovnost i duhovna skrb. Opisi se kreću od općenitog shvaćanja duhovne skrbi kao brižne prisutnosti uz bolesnika do religiozno usmjerenih intervencija poput molitve i čitanja religioznih tekstova.

### 2.1. Duhovno

Riječ duh, eng. *spirit* dolazi od grčke riječi *pneuma* što znači dah. Kako se misao razvijala, naši preci započeli su poistovjećivati riječ duh sa živim stvarima, koje imaju dah, koje dišu. Tek je Platon počeo povezivati duh sa nematerijalnim [6].

Na klasičnom latinskom jeziku „duhovno“ se definira kao dah, vjetar ili zrak te kao nešto u vezi disanja, duha ili u vezi crkve. Na starom francuskom riječ duhovno odnosi se na duh i na sve što se na duh odnosi u religioznom kontekstu [6].

### 2.2. Duhovnost

Duhovnost je neizostavan dio ljudskog bića. Ona je subjektivna, nematerijalna i multidimenzionalna. Duhovnost i religioznost često se upotrebljavaju kao istoznačnice, ali njihovo značenje je u srži drugačije. Duhovnost uključuje čovjekovu potragu za smislom života, a religioznost uključuje primjenjivanje vjerskih praksi i rituala povezanih sa višom silom ili Bogom. Duhovnost i religioznost mogu biti povezane kod nekih osoba kao što su vjernici, ali kod ateista one nisu povezane [6].

Duhovnost označava bit ljudskog bića i svrhu njegova postojanja. Ona prožima način na koji čovjek živi svoj život. Donosi svijest o tome tko je i što je čovjek te koji su njegovi unutarnji resursi koji oblikuju njegovo životno putovanje [7]. Duhovnost je osoban zadatak u kojem se traže odgovori na ultimativna pitanja o svrsi postojanja, smislu, odnosima te o svetim i transcendentnim stvarima [8].

### 2.3. Duhovno blagostanje

Stara latinska poslovice “*Mens sana in corpore sano.*” (*Zdrav duh u zdravom tijelu*) govori da je oduvijek poznato kako su zdravlje duha i tijela međusobno povezani [9,10].

Definicija zdravlja SZO glasi “*Zdravlje nije puko nepostojanje bolesti, već stanje potpunog fizičkog, mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja*”(Deklaracija SZO iz Alma Ate 1974) [9,11].

Prema toj definiciji rijetko koja osoba je u potpunosti zdrava, ali definicija nam ukazuje na to što je sve bitno za čovjekovo opće dobro stanje tj. blagostanje. Jedan od čimbenika je i duhovno blagostanje [9]. Duhovno blagostanje može se definirati kao osjećaj mira u odnosu s bližnjima, okolinom i Bogom ili višom silom [12]. To je osjećaj vrijednosti samoga sebe, osjećaj povezanosti i pripadnosti s obitelji, prirodom, višom silom ili Bogom [13,14].

Isto tako, to je skup vrijednosti, principa, moralnih i vjerskih uvjerenja koji pružaju osjećaj svrhe postojanja i smisla života te izravno utječu na čovjekove postupke [14].

Duhovno blagostanje ima važan učinak na zdravlje i sveukupno blagostanje pojedinca [15]. Ono pruža čovjeku osjećaj unutrašnjeg mira kada je suočen sa raznim životnim nedaćama. Duhovni elemenat u čovjekovom životu olakšava ozdravljenje, pomaže u patnji i poboljšava mentalno i psihičko stanje čovjeka [12].

### 3. Duhovnost u terminalnoj fazi bolesti

Kada se govori o terminalnoj fazi bolesti, općenito se misli da je osobi preostalo neko određeno vrijeme da živi i da smrt ubrzo dolazi, najčešće za manje od godinu dana. Usprkos tome, ljudi mogu iskusiti periode remisije i biti bez simptoma bolesti na duge periode. Život s terminalnom bolesti i naizmjeničnim fazama poboljšanja i pogoršanja posebice je stresan za duhovno stanje pojedinca i njegove obitelji. Suočavaju se s osjećajem ambivalencije- s jedne strane, već su uputili posljednje pozdrave i oprostili se od člana obitelji, a s druge strane on je još uvijek živ i prisutan. Bolesnici često kažu da se osjećaju kao da su u ratu ili da im čudovište živi u podrumu. Život žive u neznanju, bez osjećaja sigurnosti i sve je privremeno. Osjećaju gubitak kontrole, strah, brigu, izolaciju, gubitak svrhe života te naravno, patnju [16].

Virginia Henderson rekla je da je [3]:

*"Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi on obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti."*  
(Henderson, 1966.)

Ova definicija govori da je potrebno pomoći bolesniku u aktivnostima koje pridonose mirnoj smrti. Kako bi se mirna smrt postigla, potrebno je zadovoljiti osnovne ljudske potrebe. Virginia Henderson rasporedila je sestrinske aktivnosti u 14 skupina prema osnovnim ljudskim potrebama kojima su usmjerene, a one uključuju vjerske potrebe te potrebu za komunikacijom i odnosima s drugim ljudima [17].

Duhovna dimenzija od posebne je važnosti kod palijativnih i terminalnih bolesnika. Ona obuhvaća čovjekove duhovne i religijske vrijednosti, njegovu percepciju patnje, smrti, umiranja i života poslije smrti [18].

Viktor Frankl rekao je „*Kada čovjek shvati da je njegova sudbina da pati, tada mora prihvatiti patnju kao svoj zadatak, jedan i jedinstveni zadatak. Mora shvatiti činjenicu da je, čak i u patnji, on jedinstven i sam u svemiru. Nitko ga ne može osloboditi te patnje ili patiti umjesto njega. Čovjekove jedinstvene mogućnosti kriju se u načinu na koji on podnosi svoj teret. Ako postoji smisao života, onda mora postojati i smisao patnje. Patnja je neizostavni dio života, podjednako kao i sudbina i smrt. Bez patnje i smrti, ljudski život ne može biti potpun.*“ [16].



Usprkos tome, na patnju se većinom ne gleda na taj način. Patnja u terminalnoj fazi bolesti je gubitak mogućnosti planiranja, gubitak kontrole nad životom, čekanje, promatranje, osjećaj ranjivosti, neshvaćenosti i osamljenosti [16].

Katekizam Katoličke Crkve kaže „*Bolest i patnja su se uvijek ubrajali među najteža pitanja koja stavljaju na kušnju ljudski život. U bolesti čovjek doživljuje svoju nemoć, svoju ograničenost i privremenost. U svakoj bolesti možemo nazreti smrt. Bolest može čovjeka dovesti do tjeskobe, do zatvaranja u se, ponekad čak do očaja i do pobune protiv Boga. Ali može ga dovesti i do veće zrelosti, pomoći mu da u svom životu razluči ono što nije bitno te se okrene k onome što je bitno. Bolest čovjeka vrlo često izazove da Boga traži i da mu se vrati.*“ [19].

Kako će izgledati posljednji trenuci čovjekova života, uvelike ovisi o njegovu poimanju patnje. Ukoliko se suoči s patnjom, posljednja faza života omogućuje pozitivan osobni rast i razvoj [18].

Još u vrijeme antičke filozofije, Demokrit je rekao „*Ljudima priliči brinuti se više za dušu, nego za tijelo, jer savršenstvo duše ispravlja slabosti tijela, ali jakost tijela bez razboritosti, ne čini dušu ništa boljom.*“ „što znači da je, već u to doba bila poznata važnost duhovnog zdravlja, koje u periodima bolesti i slabosti čini čovjeka jačim [20].

Danas je poznato da je duhovnost potreba svakog čovjeka, pa tako i svakog bolesnika. Ona uvelike utječe na kvalitetu života i bolesnikova psihofizičkog zdravlja. Potvrđeno je sa više studija, poput Vachon i sur. (2009), Otis Green i sur. (1987) te Daaleman (2012), kako je duhovnost posebice važna u terminalnoj fazi života. Sve veća je zastupljenost tekstova unutar medicinske literature koji govore o pozitivnim učincima duhovno-religiozne prakse kod terminalnih bolesnika [3,21,22,23].

Dokazano je da duhovnost utječe na bolje razumijevanje samog sebe i lakše prihvaćanje bolesti. Duhovni rituali poboljšavaju unutarnje stanje bolesnika i omogućuju lakše umiranje. Primjena duhovnosti pozitivno utječe na kroničnu bol, smanjuje razinu depresije te poboljšava mentalno i psihičko zdravlje bolesnika. Na temelju tih dokaza, duhovna skrb postala je važan dio palijativne skrbi [3].

## **4. Duhovna zdravstvena skrb**

Duhovna zdravstvena skrb definirana je kao proces koji započinje prisutnošću medicinske sestre uz bolesnika u ljubavi i dijalogu, a kada je potrebno ona prerasta u terapijski orijentirane intervencije koje zauzimaju smjer bolesnikovih duhovnih i vjerskih uvjerenja [24].

Duhovna skrb je cjelovita, holistička skrb koja omogućuje bolesniku traganje za smislom i svrhom života. To je briga za bolesnika koja je utemeljena na poštovanju medicinske sestre prema čovjekovom dostojanstvu. Ona je prikaz bezuvjetnog prihvaćanja i ljubavi, pružanja nade i mira, te poštenog odnosa medicinske sestre i bolesnika. To je intuitivan, međuljudski, altruistički i integrativni proces koji ovisi o svijesti medicinske sestre o transcendentnoj dimenziji života, ali koji odražava bolesnikovu stvarnost [24].

Duhovnom skrbi smatraju se postupci poput zagrljaja, pružanja poštovanja, utjehe, slušanja bolesnika, ulijevanja nade, zajedničke molitve i držanja bolesnika za ruku [25].

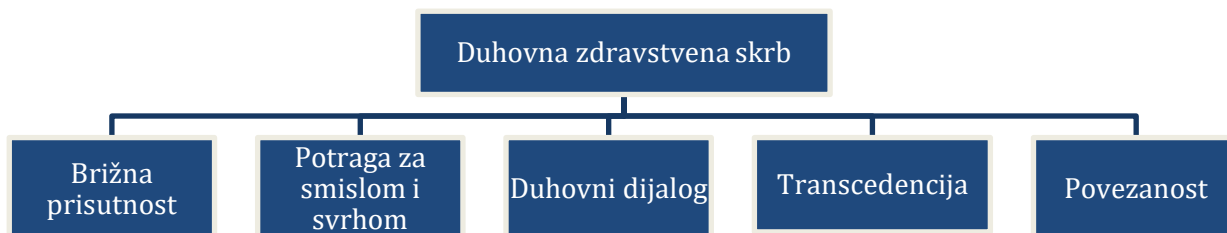
SZO je istaknula važnost prepoznavanja bolesnikovih duhovnih potreba te navodi kako je potrebno dodatno educirati medicinsko osoblje kako bi ono bilo u mogućnosti prepoznati bolesnikove duhovne potrebe. Kako bi se taj cilj ostvario, SZO preporuča da:

1. Duhovna skrb za bolesnika treba biti cjelovita i usmjerena bolesniku
2. Duhovna skrb treba promovirati dostojanstvo svake osobe
3. Duhovne i religiozne probleme bolesnika treba tretirati kao i sve ostale medicinske i socijalne tegobe koje su prisutne u terminalnom stadiju čovjekova života
4. Provedbu i primjenu bolesnikove duhovnosti potrebno je uključiti u palijativnu skrb
5. Duhovna skrb treba biti interdisciplinarna [3].

Vuletić, Juranić, Mikšić i Rakošec (2015) navode da su ciljevi duhovne skrbi „...pozvati sve bolesnike da podijele svoja religiozna uvjerenja i duhovna iskustva; proučiti bolesnikova vjerovanja i vrijednosti; pristupiti duhovnim nevoljama (bezzvoljnosti, besmislenosti, besciljnosti...) s duhovnim izvorima jakosti (nadam, smislom, svrhom); omogućiti empatijski i suosjećajni pristup; potaknuti bolesnika da pronade u sebi nutarnje snage iscjeljenja i/ili prihvaćanja; identificirati duhovne potrebe koje bi bile učinkovite itd.“ [3].

### **4.1. Karakteristike duhovne skrbi**

Karakteristike duhovne skrbi su brižna prisutnost uz bolesnika, potraga za smislom i svrhom života, duhovni dijalog, transcencija i povezanost [26].



Grafikon 4.1.1: Karakteristike duhovne skrbi

Izvor: L. V. Monareng: Spiritual nursing care: A concept analysis, Curations, vol. 35, listopad 2012., str. 1-9

Rad medicinske sestre koji sadrži svih navedenih pet karakteristika može se nazvati idealnom duhovnom skrbi bolesnika [26].

#### **4.1.1. Brižna prisutnost**

Brižna prisutnost ili eng. *caring presence* znači biti uz bolesnika kada mu je to potrebno, slušati ga, pružiti dodir i duhovnu podršku. Kroz pružanje brižne prisutnosti bolesniku vrijednosti poput suosjećanja, empatije, poštovanja, brige i nade postaju vidljive [26].

#### **4.1.2. Potraga za smislom i svrhom**

Ovaj dio duhovne skrbi usredotočuje se na ontološki značaj života, koji traži smisao u životnim situacijama i pronalazi svrhu u ljudskom postojanju [27]. Medicinske sestre koje pružaju duhovnu skrb trebaju pomoći svojim bolesnicima, bili oni religiozni ili ne, u traženju odgovora na njihova pitanja o značenju i svrsi njihove bolesti i patnje [26].

### **4.1.3. Duhovni dijalog**

Duhovna skrb uključuje duhovni dijalog s bolesnikom koji osjeća duhovni nemir i ima određene duhovne probleme. Dijalog podrazumijeva razgovor između ljudi, ili raspravu između predstavnika dviju skupina, ili razmjenu prijedloga .

Duhovni dijalog može se promatrati kao tok iznesenih zaključaka između dvoje ljudi uključenih u raspravu čiji je cilj steći novi vid u poimanju duhovnih problema i duhovne tematike. Kada bolesnik želi sudjelovati u duhovnom dijalogu, medicinska sestra treba pridonijeti tome da se bolesnik osjeća ugodno razgovarajući o željenoj temi, bez obzira na vjersku orijentaciju [26].

### **4.1.4. Transcedencija**

Transcedencija je proces nadilaska trenutnih ljudskih ograničenja i stjecanje šire perspektive sebe i svemira. Za ljudska bića, transcedencija je način na koji doživljavaju svijet [28]. Monareng (2012) govori da medicinske sestre koje pružaju duhovnu skrb doživljavaju milost koja im dopušta da budu svjesne beskrajne Božje pomoći za sebe i za svoje bolesnike u vrijeme patnje [26]. U tom odnosu bolesnici postaju svjesni postojanja više sile, Boga. Kroz vjeru dobivaju pomoć, utjehu. Transcedentne strategije uključuju molitvu, meditaciju i predano čitanje religioznih tekstova [29]. S druge strane, samotranscendencija se doživljava kao rast u neispunjeni potencijal. To je proces rasta iznutra u introspektivi sebe i prema van u odnosima s drugima. Samotranscendencija označava sposobnost nadilaska samog sebe, imati mogućnost susreti se s višim bićem ili drugim ljudskim bićima, kako bi se ispunila čovjekova svrha i značenje [30].

### **4.1.5. Povezanost**

Povezanost označava zdravi odnos s Bogom, sobom, drugima i okolinom. Harmonična međusobna povezanost koja se temelji na davanju i primanju ljubavi i oprosta, koja donosi smisao i ispunjenje života te daje svrhu življenju unatoč izazovima. Povezanost s okolinom pruža pojedincu način da se uživi i shvati ljepotu, snagu i nježnost prirode [26].

## **4.2. Procjena duhovnog stanja pojedinca**

Duhovne potrebe se teže primjećuju od fizičkih potreba, jer su višestruke i teško mjerljive. Često se tim neočitim potrebama pridaje manje važnosti, nego očitijim potrebama. Duhovne potrebe koje nisu religioznog karaktera, vrlo vjerojatno neće biti uočene. Stoga je za prepoznavanje

duhovnih potreba i pružanje duhovne skrbi potrebno razumjeti prirodu duhovnosti i kako je različiti pojedinci mogu izraziti. Kodeks Međunarodnog vijeća medicinskih sestara ili eng. *The International Council of Nurses' Code* (1973) identificira duhovni aspekt skrbi i prepoznaje pružanje duhovne skrbi kao ključnu odgovornost medicinskih sestara. Svaka medicinska sestra ima odgovornost biti na oprezu u pogledu duhovnih potreba bolesnika kao aspekta holističke skrbi bolesnika [25].

Kvalitativnom studijom provedenom od strane Grant i sur. (2004) otkriveno je da se duhovne potrebe bolesnika odnose na gubitak uloge i vlastitog identiteta, strah od smrti, a neki bolesnici nastoje živjeti s primjenom transcendencije [31]. Njihove duhovne potrebe odnosile su se također i na tjeskobu, nesanicu i očaj [31]. Murray (2004) je intervjuirao terminalno bolesne bolesnike s neoperabilnim rakom pluća i zatajenjem srca koji su izrazili potrebe za ljubavlju, značenjem, svrhom i ponekad transcendencijom [32]. Kvalitativna studija provedena od strane Raoula i sur. (2007) među 13 francuskih bolesnika na kraju života definirala je sljedeće potrebe: reinterpretacija života, potraga za smislom, potreba za povezanosti sa svijetom, voljenima i sobom, kontrolom, vitalnom energijom, ambivalentnost prema budućnosti, suočavanje sa smrću, odnos prema transcendenciji [33].

Moadel i sur. (1999) istraživali su duhovno-egzistencijalne potrebe oboljelih od raka u SAD-a i otkrili da bolesnici žele pomoć u prevladavanju strahova (51%), pronalaženju nade (42%), pronalaženju smisla života (40%), pronalaženju duhovnih resursa (39%), ili nekoga s kim će razgovarati o pronalaženju duševnog mira (43%), smislu života (28%), umiranju i smrti (25%) [34].

Yong i sur. (2008) identificirali su kod korejskih bolesnika oboljelih od raka pet skupina duhovnih potreba, a to su potrebe za ljubavlju i povezanosti, nadom i mirom, značenjem i svrhom, odnosom s Bogom i prihvaćanjem umiranja [35].

Dobar primjer kako otkriti bolesnikove duhovne potrebe jest primjena standardiziranog upitnika ili sličnog instrumenta koji pomaže u otkrivanju istih. Time se može započeti komunikacija s bolesnicima ili starijima o njihovoj duhovnosti i njihovim nezadovoljenim potrebama. Kada se prikupe informacije iz upitnika, može se konkretno, prema odgovorima bolesnika, pitati što se može učiniti kako bi se podržale njegove individualne potrebe i što treba biti prioritet u planu duhovne skrbi.

Primjer takvog upitnika je Upitnik za duhovne potrebe ili eng. *Spiritual Needs Questionnaire SpNQ*, kreiran od strane prof. dr. Arndt-a Büssing-a kao standardizirana mjera psihosocijalnih, egzistencijalnih i duhovnih potreba [36].

Bolesnika se u upitniku pita je li u posljednje vrijeme osjećao nešto od ponuđenih tvrdnji. Npr. jeste li u posljednje vrijeme osjetili potrebu da...

- razgovarate s drugima o svojim strahovima i brigama?
- za pronalaskom unutarnjeg mira?
- oprostite nekome iz udaljenog perioda života?
- Se povežete s vlastitom obitelji?
- Se obratite Bogu ili višoj sili?

Bolesniku je u upitniku ponuđeno 27 tvrdnji za koje on može označiti da li se slaže sa njima ili ne. Ukoliko se slaže, označava na skali od 1-3 koliko jako osjeća tu potrebu.

Upitnik se može koristiti ili kao dijagnostički alat s 27 pitanja (plus 3 slobodna tekstualna polja) za pokretanje terapijskog razgovora ili kao instrument za istraživanje koji se sastoji od 20 pitanja (SpNQ-20). SpNQ-20 odnosi se na četiri glavna čimbenika:

1. **Vjerske potrebe** – molitva s drugima, molitva u samoći, sudjelovanje u vjerskim obredima, čitanje duhovnih / vjerskih knjiga, obraćanje višoj sili ili Bogu
2. **Potrebe za unutarnjim mirom** – potreba za razrješenjem aktualnih životnih poteškoća, razgovor s nekim o smislu života / patnji, razgovor o mogućnosti života nakon smrti, oprost nekome iz udaljenog životnog razdoblja
3. **Egzistencijalne potrebe** – želja za mjestima tišine i mira, ljepotom prirode, pronalaženje unutarnjeg mira, razgovor s drugima o strahovima i brigama
4. **Davanje / Želja za doprinosom**- odnosi se na aktivnu i autonomnu namjeru da se nekome pruži utjeha, da se prenesu vlastita životna iskustva, da se nešto pokloni drugome, stjecanje sigurnosti da je život bio smislen i vrijedan [36]

Mnogo medicinskih sestara osjeća se nepripremljeno te osjeća manjak samopouzdanja, kompetencija i vještina u prepoznavanju, procjeni i rješavanju bolesnikovih duhovnih potreba. Stoga je važna edukacija medicinskih sestara o duhovnoj skrbi, kako bi se prepoznale i razriješile bolesnikove duhovne potrebe. Bolesnici s neprepoznatim duhovnim poteškoćama imaju povećan rizik od slabijih psiholoških ishoda, oslabjele kvalitete života i smanjenog osjećaja duhovnog mira [37].

## 5. Kompetencije medicinskih sestara u pružanju duhovne skrbi

Sestrinstvo je profesija, koja u svojoj prirodi, uključuje duhovnost i vodi do duhovnog pružanja skrbi bolesniku. Jedan od faktora koji tome posebno pridonosi je što medicinska sestra mora uvijek biti dostupna bolesniku, a to je i ključna točka duhovne skrbi – biti uz bolesnika i biti dostupan. Sestrinstvo se fokusira na ljudske doživljaje, ali ujedno i na njihove reakcije na iste. To uključuje životne događaje poput bolesti, smrti, žalovanja te održavanja i poboljšanja zdravlja. Duhovnost je intrinzični dio bića, što znači da je istu nemoguće odvojiti od važnih životnih događaja pojedinca [38].

U sestrijskoj profesiji usredotočenost na pojedince kao bio-psihološko-duhovna bića sve više dobiva na važnosti i to se temelji na pretpostavci da bi u čovjeku trebala postojati ravnoteža uma, tijela i duha. Narayanasamy i sur. (2008) ističu važnost duhovne skrbi u sestriinstvu i sugeriraju da postoji prostor za poboljšanje ove dimenzije skrbi kako bi se mnogim bolesnicima poboljšala kvaliteta života. Međutim, vrlo je malo dokaza o tome kako medicinske sestre odgovaraju na duhovne potrebe svojih bolesnika [39].

Prema SZO, duhovna podrška je vrlo važna i medicinska sestra treba biti spremna razgovarati o duhovnim pitanjima ako bolesnik to želi.

Kako bi se postigla adekvatna duhovna podrška medicinska sestra treba:

- naučiti slušati s empatijom
- razumjeti reakcije na gubitke u bolesnikovu životu – znati faze žalovanja prema E. Kübler-Ross
- biti spremna nositi se s bolesnikovim reakcijama, npr. projiciranim bijesom na zdravstvenog radnika.
- povezati se s duhovnikom ili pastorom, ovisno o religiji i želji bolesnika
- ne nametati vlastite stavove (npr. ukoliko medicinska sestra i bolesnik dijele vjerska uvjerenja, zajednička molitva je prikladna)
- zaštititi bolesnika od previše entuzijastičnih evangelista [40]

Na temelju pregleda sestrijske literature, formulirane su kompetencije koje bi medicinska sestra trebala imati za pružanje duhovne skrbi, to su :

- prikupljanje informacija o bolesnikovoj duhovnosti i prepoznati duhovnu potrebu bolesnika
- razgovor s bolesnicima i članovima tima o pružanju i planiranju duhovne skrbi te izvijestiti o provedenom
- sposobnost pružanja i procijene duhovne skrbi i članovima tima

- sposobnost zadržati vlastite vrijednostima, uvjerenja i osjećaje u sebi poradi profesionalnog odnosa s bolesnicima drugačijih uvjerenja i religija
- razgovor na temu duhovnosti s bolesnicima drugačijih uvjerenja i religija na brižan način
- doprinošenje osiguranju kvalitete i poboljšanju stručnosti glede duhovne skrbi u organizaciji [41]

Za pružanje podrške i holističke skrbi bolesniku na kraju života potrebno je vješto osoblje koje prepoznaje važnost duhovne skrbi i ima vještine da pomogne bolesniku u rješavanju duhovnih problema [37].



## **6. Istraživački rad**

### **6.1. Cilj istraživanja**

Cilj istraživanja bio je ispitati primjenjuju li medicinske sestre duhovnu skrb u praksi, koje su njihove sposobnosti u pružanju duhovne skrbi te je li u sestrinskoj profesiji potrebna dodatna edukacija o duhovnoj zdravstvenoj skrbi.

### **6.2. Istraživačka pitanja**

Istraživačka pitanja na koja se nastojalo odgovoriti ovim istraživanjem bila su:

1. Jesu li medicinske sestre upoznate s time što je duhovna skrb?
2. Smatraju li medicinske sestre da je duhovna skrb bolesnika njihova domena rada?
3. Uviđaju li medicinske sestre bolesnikove duhovne potrebe?
4. Jesu li medicinske sestre koje se smatraju praktičnim vjernicima bolje u prepoznavanju potreba za duhovnom skrbi?
5. Smatraju li medicinske sestre da je edukacija sestara o duhovnoj skrbi bitna te da im je potrebna?

### **6.3. Hipoteze**

H1: „Medicinske sestre smatraju da duhovna skrb za bolesnika nije njihova domena rada“.

H2: „Medicinske sestre koje se smatraju praktičnim vjernikom bolje opažaju potrebe bolesnika za duhovnom skrbi“.

H3: „Magistre sestrinstva/diplomirane medicinske sestre obraćaju više pažnje na bolesnikove duhovne potrebe“.

H4: „Više od polovice sudionika ima potrebu za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi“.

## **6.4. Metode istraživanja**

### **6.4.1. Metode i tehnike prikupljanja podataka**

Istraživanje je provedeno online putem aplikacije „Google obrasci“. Anketa je provedena u periodu od 6. rujna do 4. listopada 2020. godine. Anketa je bila objavljena na društvenim mrežama, a potencijalni sudionici mogli su je dobrovoljno i anonimno ispuniti.

### **6.4.2. Opis instrumenta**

Kako bi se prikupili potrebni podaci za provedbu istraživačkog rada koristio se anketni upitnik „Kompetencije medicinskih sestara u pružanju duhovne palijativne skrbi“ kreiran u svrhu pisanja završnog rada. Upitnik se sastojao od 3 skupine pitanja:

- četiri pitanja o sociodemografskim podacima sudionika (spol, obrazovanje, radno iskustvo, radi li na palijativnoj skrbi);
- šest pitanja o duhovnoj skrbi (vjeroispovijest, prakticiranje vjere, razgovara li s bolesnicima o duhovnim potrebama, potreba za dodatnom edukacijom u duhovnoj skrbi, smatra li se briga o duhovnim potrebama bolesnika domenom rada medicinske sestre, može li se u praksi brinuti o bolesnikovim duhovnim potrebama);
- 27 tvrdnji o pružanju duhovne skrbi bolesnicima preuzetih uz odobrenje autora iz skale Leeuwen i sur. (2009) za mjerenje duhovnih kompetencija „Spiritual Care Competence Scale (SCCS)“, za koje su sudionici trebali označiti odgovor na skali od 1 = u potpunosti se ne slažem do 5 = u potpunosti se slažem. Tvrdnje su svrstane u šest podskala, aspekata duhovne skrbi, a to su:

1. Procjena i implementacija duhovne skrbi u svakodnevnom radu
2. Profesionalizacija i poboljšanje duhovne skrbi unutar sestrinskog tima na odjelu
3. Osobna podrška i savjetovanje bolesnika
4. Upućivanje profesionalcima
5. Stav prema bolesnikovoj duhovnosti
6. Komunikacija [41]

Podskale označavaju koje su kompetencije medicinskih sestara iz određenog područja duhovne skrbi, a prosječno prihvaćanje tvrdnji daje ocjenu njihovih kompetencija iz određenog područja.

Pitanja u upitniku bila su zatvorenog tipa, isključivo sa jednim mogućim odgovorom od njih više ponuđenih.

### **6.4.3. Opis uzorka**

Istraživanjem kompetencija medicinskih sestara u pružanju duhovne palijativne skrbi obuhvaćen je 151 sudionik sa područja Hrvatske. Bio je korišten prigodni uzorak ( $n = 151$ ).

### **6.4.4. Statistička analiza podataka**

Podaci iz dobivene Microsoft Excel datoteke konvertirani su u SPSS datoteku. Na osnovu SPSS datoteke izvedene su statističke analize programom IBM SPSS Statistics 25, a grafički prikazi su izrađeni pomoću Microsoft Excela 2010. i SPSS programa.

Metode statističke analize koje su ovdje korištene su:

- a) deskriptivne metode (tablični i grafički prikazi, postoci, srednje vrijednosti, mjere disperzije te Spearmanov koeficijent korelacije ranga);
- b) inferencijalne metode (Kolmogorov-Smirnovljev test normalnosti distribucije, Mann-Whitneyev U test, Kruskal-Wallisov H test, test razlike proporcija za male nezavisne uzorke kao i neparametrijski testovi Welch i Brown-Forsythe);
- c) multivarijatne metode (analiza pouzdanosti).

Zaključci u vezi razlika i povezanosti među varijablama doneseni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95%.

Rezultati analize su izneseni i opisani u dva poglavlja:

- deskriptivna statistička analiza i
- inferencijalna statistička analiza [42].

### **6.4.5. Etički aspekt istraživanja**

Mogućim sudionicima istraživanja ponuđena je na društvenim mrežama anonimna anketa koju su mogli dobrovoljno ispuniti. Na početku ankete ispitanici su bili obaviješteni o svrsi provedbe istraživanja, a slanje ispunjene ankete smatra se informiranim pristankom na sudjelovanje u istraživanju. Svi sudionici istraživanja bile su punoljetne osobe. Poštivana su načela anonimnosti prikupljanja osobnih podataka sudionika. Podaci istraživanja korišteni su isključivo u znanstveno-istraživačke svrhe. Prikupljeni podaci analizirani su grupno te se ni na koji način ne mogu povezati s pojedincima.

## 6.5. Rezultati

### 6.5.1. Deskriptivna statistička analiza

Uzorak sudionika činilo je devetoro medicinskih tehničara (6%) i 142 medicinske sestre (94%). Bile su to osobe pretežno sa radnim iskustvom do 10 godina (njih 41%). U uzorku sudionika za potrebe ovog istraživanja bilo je 60% sudionika koji rade ili su radili u palijativnoj skrbi.

Varijabla i oblik varijable	Broj Ispit.	%
<b>Spol sudionika:</b>		
Muški	9	6
Ženski	142	94
<b>Ukupno</b>	<b>151</b>	<b>100</b>
<b>Stupanj obrazovanja:</b>		
medicinska sestra/tehničar opće njege	44	29
prvostupnik/ca sestrinstva	75	50
dipl.med. techn/magistra sestrinstva	32	21
<b>Ukupno</b>	<b>151</b>	<b>100</b>
<b>Radno iskustvo:</b>		
do 5 godina	32	21
6 – 10 godina	30	20
11 – 15 godina	22	15
16 – 20 godina	24	16
21 – 25 godina	13	9
26 i više godina	30	20
<b>Ukupno</b>	<b>151</b>	<b>100</b>
<b>Rade na palijativnoj skrbi ili su radili:</b>		
Da	90	60
Ne	61	40
<b>Ukupno</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

Tablica 6.5.1.1 Anketirane medicinske sestre/tehničari prema općim podacima o njima - u apsolutnim i relativnim frekvencijama (n = 151) Izvor: autor: D.K.

U tablici 6.5.1.1 su navedene frekvencije (apsolutne i relativne) odgovora sudionika na pojedina opća pitanja o njima, u tablici 6.5.1.2 su odgovori na pojedina općenita pitanja u vezi

duhovne skrbi, dok su u tablici 6.5.1.3 odgovori na 27 pitanja o duhovnoj skrbi na skali sa pet stupnjeva slaganja.

<b>Varijabla i oblik varijable</b>	<b>Broj ispit.</b>	<b>%</b>
<b>Vjeroispovijest:</b>		
<b>Katolik</b>	106	<b>70</b>
<b>Kršćanin</b>	5	<b>3</b>
<b>Ateist</b>	4	<b>3</b>
<b>Agnostik</b>	1	<b>1</b>
<b>Adventist</b>	1	<b>1</b>
<b>Pravoslavac</b>	1	<b>1</b>
<b>Protestant</b>	1	<b>1</b>
<b>bez odgovora</b>	32	<b>21</b>
<b>Ukupno</b>	151	<b>100</b>
<b>Smatra li se praktičnim vjernikom:</b>		
<b>Da</b>	94	<b>62</b>
<b>Ne</b>	40	<b>26</b>
<b>ne zna što to znači</b>	17	<b>11</b>
<b>Ukupno</b>	151	<b>100</b>
<b>Svakodnevni razgovor s bolesnikom ili njegovom obitelji o duh.potrebama:</b>		
<b>Da</b>	39	<b>26</b>
<b>da, ali samo na njihov zahtjev</b>	96	<b>64</b>
<b>izbjegava razgovor o tome</b>	9	<b>6</b>
<b>Ne</b>	7	<b>5</b>
<b>Ukupno</b>	151	<b>100</b>
<b>Potreba o dodatnoj edukaciji o duhovnoj skrbi:</b>		
<b>da, površna</b>	78	<b>52</b>
<b>da, opsežna</b>	38	<b>25</b>
<b>Ne</b>	35	<b>23</b>
<b>Ukupno</b>	151	<b>100</b>
<b>Smatra li da briga o duhovnim potrebama spada u domenu rada med.sestre:</b>		
<b>Da</b>	104	<b>69</b>
<b>Ne</b>	9	<b>6</b>
<b>nije sigurna</b>	38	<b>25</b>

<b>Ukupno</b>	<b>151</b>	<b>100</b>
<b>Slaganje sa sljedećom tvrdnjom:</b>		
medicinske sestre ne trebaju brinuti o bolesnikovim duhovnim potrebama	5	3
medicinske sestre nemaju dovoljno vremena za primjenu duhovne skrbi	53	35
briga o duhovnim potrebama iziskuje multidisciplinarnu suradnju	93	62
<b>Ukupno</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

Tablica 6.5.1.2 Anketirane medicinske sestre/tehničari prema odgovorima na pitanja o duhovnoj skrbi – u apsolutnim i relativnim frekvencijama (n = 151) Izvor: autor: D.K.

Tvrdnja	1 = uopće se ne	2 = uglavnom se	3 = niti se slažem, ni se ne slažem	4 = uglavnom se	5 = u potpunosti se slažem	Ukupno
8. Mogu izvijestiti usmeno i / ili pismeno o bolesnikovim duhovnim potrebama	17	9	31	45	49	151
9. Mogu prilagoditi zdravstvenu njegu prema bolesnikovim duhovnim potrebama, uz savjetovanje s bolesnikom	13	10	18	56	54	151
10. Mogu napraviti plan njege za bolesnikove duhovne potrebe uz konzultacije s multidisciplinarnim timom	15	11	24	56	45	151
11. Mogu zabilježiti komponentu duhovne skrbi bolesnika u plan zdravstvene njege	13	18	20	46	54	151
12. Mogu pismeno izvijestiti o bolesnikovom duhovnom funkcioniranju	12	17	30	42	50	151
13. Mogu usmeno izvještavati o bolesnikovom duhovnom funkcioniranju	14	7	27	45	58	151
14. Mogu pridonijeti osiguravanju kvalitete na području duhovne skrbi	10	15	32	49	45	151
15. Mogu pridonijeti profesionalnom razvoju na području duhovne skrbi	6	20	43	43	39	151
16. Mogu prepoznati probleme koji se odnose na duhovnu skrb u diskusijama s kolegama	10	13	31	60	37	151
17. Mogu podučiti druge djelatnike na području zdrav. njege o pružanju duhovne skrbi bolesnicima	12	22	39	46	32	151
18. Mogu dati preporuke rukovodstvu o tome kako poboljšati kvalitetu pružanja duhovne skrbi	12	17	42	46	34	151

19. Mogu provesti projekt poboljšanja duhovne zdravstvene skrbi	15	23	58	30	25	151
20. Bolesniku mogu pružiti duhovnu skrb	8	25	37	50	31	151
21. Mogu evaluirati kvalitetu duhovne skrbi koju sam pružio/la bolesniku uz savjetovanje s njime i/ili multidisciplinarnim timom	11	22	37	56	25	151
22. Bolesniku mogu dati podatke o religioznim i duhovnim sadržajima dostupnima unutar ustanove za palijativnu skrb	12	13	20	53	53	151
23. Mogu pomoći bolesniku da nastavi sa svojim svakodnevnim duhovnim aktivnostima (uključujući priliku za obred/misu, molitvu, meditaciju, čitanje Biblije, slušanje glazbe i sl.)	8	18	26	55	44	151
24. Mogu prisustvovati u duhovnosti bolesnika tijekom svakodnevne skrbi	15	23	41	39	33	151
25. Mogu uputiti članove obitelji bolesnika duhovniku/pastoru ukoliko me pitaju i/ili izraze potrebu	10	11	16	41	73	151
26. Učinkovito mogu dodijeliti skrb za duhovne potrebe bolesnika drugom pružatelju njege	11	24	51	34	31	151
27. Na zahtjev bolesnika s duhovnim potrebama u mogućnosti sam pravovremeno i učinkovito uputiti ga drugom radniku (npr. duhovniku/ bolesnikovom osobnom svećeniku / imamu)	9	12	24	48	58	151
28. Znam kada bih se trebao posavjetovati s duhovnikom u vezi s duhovnom skrbi za bolesnika	3	15	28	53	52	151
29. Ne osuđujem i iskazujem poštovanje prema bolesnikovim duhovnim i vjerskim uvjerenjima bez obzira na njegovu vjersku/duhovnu pozadinu	8	4	5	19	115	151
30. Otvoren/a sam prema bolesnikovim religioznim uvjerenjima čak i ukoliko se razlikuju od mojih	9	2	6	20	114	151
31. Ne pokušavam bolesniku nametati svoja vlastita duhovna/religiozna uvjerenja	10	2	3	18	118	151
32. Svjestan/na sam svojih osobnih ograničenja kada se bavim duhovnim / vjerskim uvjerenjima bolesnika	10	2	6	32	101	151
33. Mogu aktivno slušati bolesnikovu "životnu priču" u vezi s njegovom bolešću / hendikepom	9	3	9	39	91	151
34. U svom odnosu s bolesnikom imam prihvaćajući stav-iskazujem zabrinutost, suosjećanje, empatiju, motivaciju, povjerenje, ozbiljnost, nježnost, iskren i individualan pristup	8	5	6	35	97	151

\*Napomena: U tablici je u svakom retku deblje otisnuta najveća frekvencija.

Tablica 6.5.1.3 Učestalosti pojedinih odgovora na pitanja u upitniku (n = 151) Izvor: autor:  
D.K.

Od 27 pitanja u tablici 6.5.1.3 kod većine njih je najčešći odgovor pod 4 (uglavnom se slažem) ili pod 5 (u potpunosti se slažem). Samo je kod četiri pitanja najčešća ocjena 3 (niti se slažem, niti se ne slažem). Jasniju sliku manjeg ili većeg prihvaćanja pojedinih tvrdnji moguće je dobiti na osnovu aritmetičkih sredina što su navedene u tablici 6.5.1.4.

Tvrdnja	Broj sudionika	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Koefc.varij.
8. Mogu izvjestiti usmeno i / ili pismeno o bolesnikovim duhovnim potrebama	151	3,66	1,296	35
9. Mogu prilagoditi zdravstvenu njegu prema bolesnik. duhovnim potrebama, uz savjetovanje s bolesnikom	151	3,85	1,226	32
10. Mogu napraviti plan njege za bolesnikove duhovne potrebe uz konzultacije s multidiscipl.timom	151	3,70	1,249	34
11. Mogu zabilježiti komponentu duhovne skrbi bolesnika u plan zdravstvene njege	151	3,73	1,296	35
12. Mogu pismeno izvjestiti o bolesnikovom duhovnom funkcioniranju	151	3,67	1,263	34
13. Mogu usmeno izvještavati o bolesnikovom duhovnom funkcioniranju	151	3,83	1,251	33
14. Mogu pridonijeti osiguravanju kvalitete na području duhovne skrbi	151	3,69	1,190	32
15. Mogu pridonijeti profesionalnom razvoju na području duhovne skrbi	151	3,59	1,127	31
16. Mogu prepoznati probleme koji se odnose na duhovnu skrb u diskusijama s kolegama	151	3,67	1,136	31
17. Mogu podučiti druge djelatnike na području zdrav. njege o pružanju duhovne skrbi bolesnicima	151	3,42	1,202	35
18. Mogu dati preporuke rukovodstvu o tome kako poboljšati kvalitetu pružanja duhovne skrbi	151	3,48	1,188	34
19. Mogu provesti projekt poboljšanja duhovne zdravstvene skrbi	151	3,18	1,178	37
20. Bolesniku mogu pružiti duhovnu skrb	151	3,47	1,148	33
21. Mogu evaluirati kvalitetu duhovne skrbi koju sam pružio/la bolesniku uz savjetovanje s njime i/ili multidisciplinarnim timom	151	3,41	1,145	34
22. Bolesniku mogu dati podatke o religioznim i duhovnim sadržajima dostupnima unutar ustanove za palijativnu skrb	151	3,81	1,231	32



23. Mogu pomoći bolesniku da nastavi sa svojim svakodnevnim duhovnim aktivnostima (uključujući priliku za obred/misu, molitvu, meditaciju, čitanje Biblije, slušanje glazbe i sl.)	151	3,72	1,161	31
24. Mogu prisustvovati u duhovnosti bolesnika tijekom svakodnevne skrbi	151	3,34	1,255	38
25. Mogu uputiti članove obitelji bolesnika duhovniku/pastoru ukoliko me pitaju i/ili izraze potrebu	151	4,03	1,219	30
26. Učinkovito mogu dodijeliti skrb za duhovne potrebe bolesnika drugom pružatelju njege	151	3,33	1,182	35
27. Na zahtjev bolesnika s duhovnim potrebama u mogućnosti sam pravovremeno i učinkovito uputiti ga drugom radniku (npr. duhovniku/bolesnikovom osobnom svećeniku / imamu)	151	3,89	1,181	30
28. Znam kada bih se trebao posavjetovati s duhovnikom u vezi s duhovnom skrbi za bolesnika	151	3,90	1,050	27
29. Ne osuđujem i iskazujem poštovanje prema bolesnikovim duhovnim i vjerskim uvjerenjima bez obzira na njegovu vjersku/duhovnu pozadinu	151	4,52	1,057	23
30. Otvoren/a sam prema bolesnikovim religioznim uvjerenjima čak i ukoliko se razlikuju od mojih	151	4,51	1,064	24
31. Ne pokušavam bolesniku nametati svoja vlastita duhovna/religiozna uvjerenja	151	4,54	1,082	24
32. Svjestan/na sam svojih osobnih ograničenja kada se bavim duhovnim / vjerskim uvjerenjima bolesnika	151	4,40	1,097	25
33. Mogu aktivno slušati bolesnikovu "životnu priču" u vezi s njegovom bolešću / hendikepom	151	4,32	1,087	25
34. U svom odnosu s bolesnikom imam prihvaćajući stav- iskazujem zabrinutost, suosjećanje, empatiju, motivaciju, povjerenje, ozbiljnost, nježnost, iskren i individualan pristup	151	4,38	1,075	25

Tablica 6.5.1.4 Rezultati deskriptivne statističke analize (aritmetičke sredine, standardne devijacije i koeficijenti varijacije) za n = 151 Izvor: autor: D.K.

Aritmetičke sredine navedene u tablici 6.5.1.4 variraju između 3,18 i 4,52. Najmanje su prihvaćene tvrdnje:

19. Mogu provesti projekt poboljšanja duhovne zdravstvene skrbi (prosjeak je 3,18);

26. Učinkovito mogu dodijeliti skrb za duhovne potrebe bolesnika drugom pružatelju njege (prosj.3,33);

24. Mogu prisustvovati u duhovnosti bolesnika tijekom svakodnevne skrbi (prosjeak je 3,34).

Najveću prihvaćenost ima sedam tvrdnji (prosjeak iznad 4,00) među kojima su vodeće sljedeće tvrdnje:

30. Otvoren/a sam prema bolesnikovim religioznim uvjerenjima čak i ukoliko se razlikuju od mojih (4,51);

29. Ne osuđujem i iskazujem poštovanje prema bolesnikovim duhovnim i vjerskim uvjerenjima bez obzira na njegovu vjersku/duhovnu pozadinu (4,52) i

31. Ne pokušavam bolesniku nametati svoja vlastita duhovna/religiozna uvjerenja (4,54).

Disperzija odgovora na 27 tvrdnji je umjerena budući da su koeficijenti varijacije između 23% i 38% što znači da su sudionici relativno homogeni s obzirom na njihove stavove o duhovnim kompetencijama.

Kako bi se dobio sintetički izraz kompetencija pojedinih medicinskih sestara za duhovnu skrb izvršeno je zbrajanje odgovora na 27 pitanje i izračunavanje prosjeka na osnovu tih zbrojeva. Najmanji je dobiveni prosjeak kod neke medicinske sestre 1,22 a najveći 5,00 dok je opći prosjeak  $3,82 \pm 0,837$  (tablica 5, zadnja kolona).

Kompetencije duhovne skrbi iskazane su i po pojedinim podskalama (PS) kojih ima šest i to:

PS1: Procjena i implementacija duhovne skrbi u svakodnevnom radu (pitanja 8-13),

PS2: Profesionalizacija i poboljšanje duhovne skrbi unutar sestrinskog tima na odjelu (pit.14-19),

PS3: Osobna podrška i savjetovanje bolesnika (pitanja 20 – 25),

PS4: Upućivanje profesionalcima (pitanja 26 – 28),

PS5: Stav prema bolesnikovoj duhovnosti (pitanja 29 – 32) i

PS6: Komunikacija (pitanja 33 i 34).

Deskriptivni pokazatelji za ukupnu kompetenciju kao i za pojedine podvrste kompetencija navedene su u tablici 6.5.1.5. Prosječne kompetencije po pojedinim podskalama prikazane su grafički jednostavnim položenim stupcima na grafikonu 6.5.1.1.

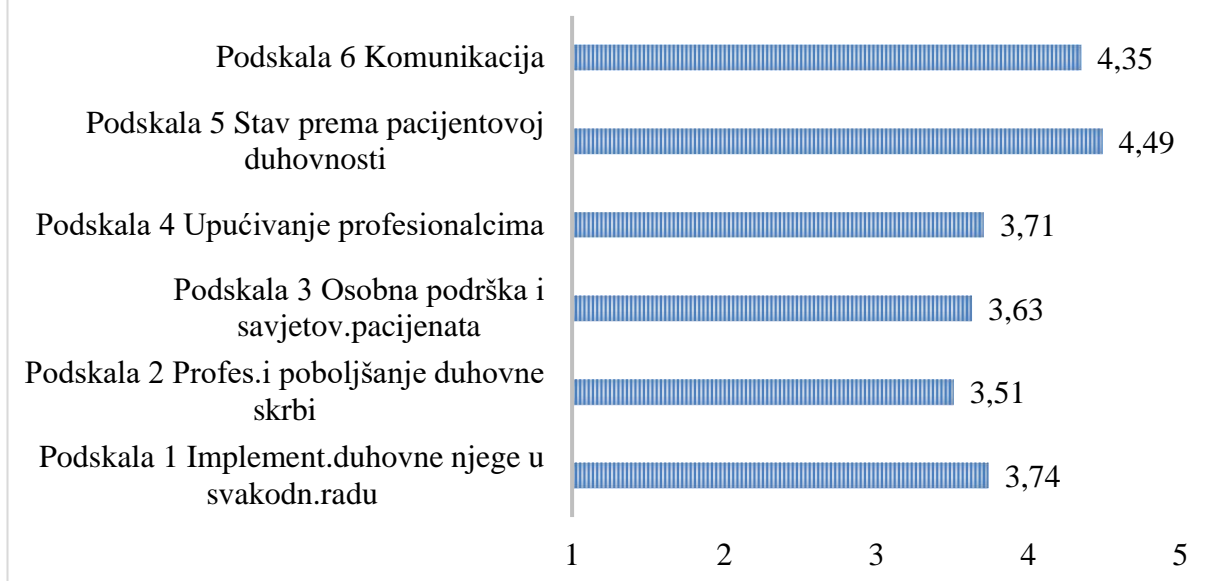
Karakteristika distribucije	Vrijednost na pojedinoj podskali						Vrijednost za sve podskale
	1	2	3	4	5	6	
<b>Srednje vrijednosti:</b>							
<b>aritmetička sredina</b>	3,74	3,51	3,63	3,71	4,49	4,35	3,82
<b>Medijan</b>	4,00	3,67	3,83	3,67	5,00	5,00	3,93

<b>Mjere disperzije:</b>							
najmanja vrijednost	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,22
najveća vrijednost	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
standardna devijacija	1,123	1,013	0,988	0,980	1,030	1,042	0,837
koeficijent varijacije	30%	29%	27%	26%	23%	24%	22%
<b>Mjera pouzdanosti:</b>							
Cronbach alfa	0,95	0,93	0,91	0,82	0,97	0,92	0,96
broj varijabli na skali	6	6	6	3	4	2	27
<b>Kolmogorov-Smirnov test:</b>							
z vrijednost u testu	0,150	0,085	0,117	0,179	0,312	0,270	0,131
p vrijednost u testu	<0,001	0,010	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
normalnost distribucije	Ne	ne	Ne	ne	ne	ne	Ne

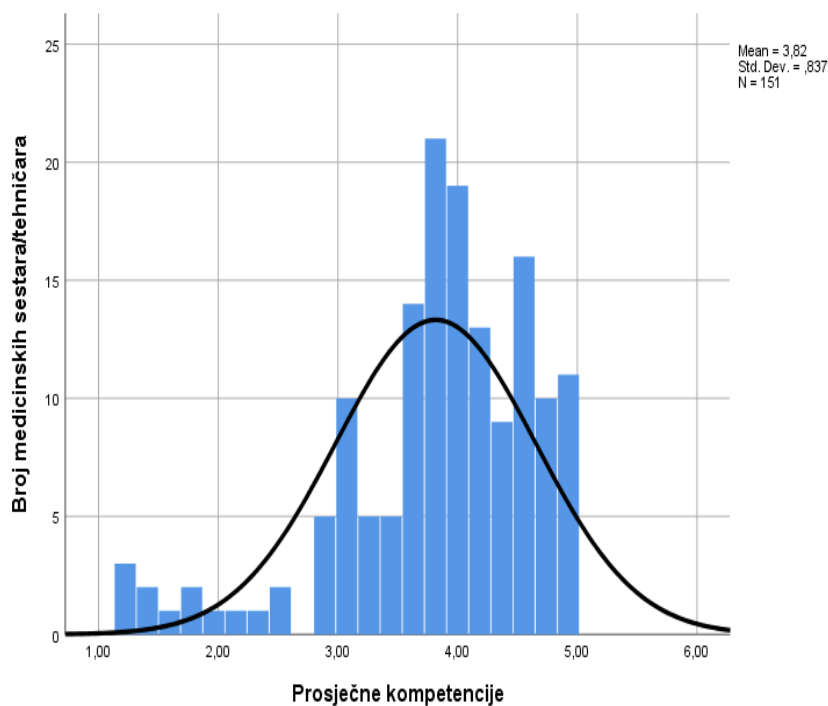
Tablica 6.5.1.5: Rezultati deskriptivne statističke analize prosjeka kompetencija medicinskih sestara /tehničara na pojedinim podskalama (n=151) Izvor: autor: D.K.

Svih 27 pitanja sa odgovorima na Likertovoj skali od 1 do 5 formulirano je pozitivno pa su odgovori zbrojivi bez potrebe prethodnog rekodiranja, okretanja ljestvice. **Analiza pouzdanosti** (*Reliability Analysis*) je izvedena na svakoj od šest podskala kao i na cjelokupnoj skali sa 27 čestica (tvrđnji, *ite MS*). Ta je analiza napravljena alfa modelom, njeni rezultati su prezentirani u tablici 6.5.1.5, a pokazuju visoku pouzdanost ( $\alpha > 0,9$ ). Dakle, odgovori na pojedine tvrdnje međusobno su **dobro usklađeni** po pojedinim podskalama kao i sveukupno. Kao što se iz rezultata Kolmogorov-Smirnovljevih testova vidi u tablici 6.5.1.5 sve su p vrijednosti manje od 0,05 pa na osnovu toga zaključujemo da niti jedna od navedenih sedam distribucija nije slična normalnoj. To onda znači da kod primjene inferencijalne statističke analize nije moguće koristiti parametrijske, već samo neparametrijske testove.

## PROSJEČNO PRIHVAĆANJE TVRDNJI NA POJEDINIM PODSKALAMA



Grafikon 6.5.1.1: Prosječno prihvaćanje tvrdnji sudionika o duhovnoj skrbi na pojedinim podskalama (n = 151) Izvor: autor: D.K.



Grafikon 6.5.1.2: Distribucija prosječnih kompetencija medicinskih sestara/tehničara za pružanje duhovne skrbi bolesnicima na palijativnoj skrbi (n = 151) Izvor: autor: D.K.

## 6.5.2. Inferencijalna statistička analiza

Ova je analiza napravljena različitim metodama pa su rezultati prezentirani u nekoliko skupina prema tome koja je metoda korištena.

**Prvu skupinu analiza** čine testovi razlike između proporcija. Te razlike između proporcija mogu biti slučajne ( $p > 0,05$ ) ili statistički značajne ( $p < 0,05$ ). Ovaj se test može koristiti neovisno o normalnosti distribucije promatrane varijable. Kod njegove primjene su uspoređivane dvije proporcije (t-test) ili tri proporcije (hi-kvadrat test) Rezultati testova navedeni su u tablici 6.5.2.1.

R b	Varijabla	Podgrupa sudionika	Broj ispit.	Proporcija odgov. „da“	t ili $\chi^2$	P
1.	Da li je duhovna skrb u domeni medicinskih sestara (pitanje 36)	rade u PS	90	0,711	0,716	0,475
		ne rade u PS	61	0,656		
2.	Da li je duhovna skrb u domeni medicinskih sestara (pitanje 36)	sred.str.spr.	44	0,591	0,977	0,614
		prvost.sestr.	75	0,747		
		dipl.med.ses.	32	0,688		
3.	Da li je duhovna skrb u domeni medicinskih sestara (pitanje 36)	do 5.g.staža	32	0,688	0,114	0,945
		6-25 godina	89	0,674		
		26 ili više g.	30	0,733		
4.	Da li je duhovna skrb u domeni medicinskih sestara (pitanje 36)	prakt.vjernik	94	0,766	2,592	0,010**
		nije pr.vjern.	57	0,561		

\*Napomena: \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%

PS = palijativna skrb; U predzadnjoj koloni tabele nalazi se t vrijednost kod usporedbe dviju proporcija, odnosno hi-kvadrat vrijednost kod usporedbe triju proporcija.

Tablica 6.5.2.1: Rezultati testova usporedbe dviju ili tri proporcije (n = 151) Izvor: autor:

D.K.

U testovima čiji su rezultati navedeni u tablici 6.5.2.1 (pod rednim brojevima 1 do 4) analiza je učinjena još dublje pa je provjereno postoje li statistički značajne razlike u toj proporciji između različitih podskupina medicinskih sestara. Zaključci su sljedeći:

1. Duhovna skrb je u domeni medicinskih sestara smatra 71,1% medicinskih sestara koje rade u palijativnoj skrbi, te 65,6% medicinskih sestara koje ne rade u palijativnoj skrbi. Razlika između ovih proporcija (0,711 i 0,656) nije statistički značajna ( $p = 0,716$ ).

2. Razlika između proporcija medicinskih sestara koje smatraju da je duhovna skrb je u njihovoj domeni (0,591 0,747 i 0,688 za SSS, VŠS odnosno VSS) nije statistički značajna ( $p = 0,614$ ).
3. Duhovna skrb je u domeni medicinskih sestara smatra 73,3% medicinskih sestara koje imaju 26 i više godina radnog staža. Ostale podskupine medicinskih sestara iskazuju manje postotke takvog stava (68,6% odnosno 67,4%). Razlika između ovih proporcija nije statistički značajna ( $p = 0,945$ ).
4. Duhovna skrb je u domeni medicinskih sestara smatra 76,6% medicinskih sestara koje su praktični vjernici, te 56,1% medicinskih sestara koje nisu praktični vjernici. Razlika između ovih proporcija (0,766 i 0,561) je statistički značajna ( $p = 0,010$ ).

**Prva hipoteza** u ovom radu je glasila: „Medicinske sestre smatraju da duhovna skrb za bolesnika nije njihova domena rada“. Prema podacima u tablici 6.5.1.2 navedeno je da 104 anketiranih medicinskih sestara odnosno njih **68,9%** smatra da je duhovna skrb u domeni njihova rada. Kako takvo mišljenje dijeli preko 2/3 anketiranih sestara, može se zaključiti da hipoteza **nije prihvaćena** kao istinita.

**Drugu skupinu analiza** čini neparametrijski Mann-Whitneyev U test i Kruskal-Wallisov H test koji se koriste kada nije primjenjiv t-test odnosno F-test zbog nenormalnost raspodjele. Testovi su provedeni zbog provjere ispravnosti druge i treće hipoteze u ovom radu. Rezultati su prikazani u tablici 6.5.2.2.

Testna kategorijalna (nezav.) varij.	Podskup sudionika	Broj ispit.	Sredine rangova	U odnosno H	z odnosno df	$p^{1)}$
1. Prakt.vjernik	praktič.vjernik	94	73,22	U = 1342,5	z = -2,626	0,009**
	nije prakt.vjer.	40	54,06			
2. Obrazovanje	sred.med.ses.	44	72,78	H = 6,471	df = 2	0,039*
	prvostup.sestr.	75	70,51			
	dipl.med.sest.	32	93,28			

\*Napomena: <sup>1)</sup> \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%

Tablica 6.5.2.2: Rezultati usporedbe vrijednosti medijana na podskali 1 pomoću Mann-Whitneyevog

U testa (za varijable sa dvije kategorije) i Kruskal-Wallisovog H testa (za varijable sa tri kategorije)  $n = 151$  Izvor: autor: D.K.

**Druga hipoteza** u ovom radu je glasila: „Medicinske sestre koje se smatraju praktičnim vjernikom bolje opažaju potrebe bolesnika za duhovnom skrbi“. Potrebe bolesnika za duhovnom skrbi iskazane su na podskali 1 (procjena i implementacija duhovne skrbi u svakodnevnom radu). Rezultati U testa što su navedeni u tablici 6.5.2.2. pod rednim brojem 1 pokazuju da one medicinske sestre koje su praktični vjernici imaju veću sposobnost prepoznavanja duhovnih potreba, nego što je to kod medicinskih sestara koje nisu praktični vjernici ( $73,22 > 54,06$ ). Razlika između tih dviju podskupina medicinskih sestara nije slučajna, već je statistički značajna ( $p = 0,009$ ). Stoga treba zaključiti da se navedena hipoteza **prihvaća** kao istinita.

**Treća hipoteza** u ovom radu je glasila: „Magistre sestrinstva/diplomirane medicinske sestre obraćaju više pažnje na bolesnikove duhovne potrebe“. Kao što je, već navedeno, potrebe bolesnika za duhovnom skrbi iskazane su na podskali 1 pa su vrijednosti medijana na toj podskali korištene u Kruskal-Wallisovom H testu. Rezultati tog testa su pokazali da postoji razlika u sredinama rangova ( $72,78 < 93,28$  kao što je i  $70,51 < 93,28$ ), dok na osnovu p vrijednosti od 0,039 zaključujemo da je ta razlika statistički značajna ( $p < 0,05$ ). Zbog toga treba zaključiti da se navedena hipoteza **prihvaća** kao istinita.

**Treću skupinu analiza** čine ponovno testovi razlike između proporcija. Te razlike između proporcija mogu biti slučajne ( $p > 0,05$ ) ili statistički značajne ( $p < 0,05$ ). Ovaj je test korišten u svrhu dublje analize četvrte hipoteze u ovom radu.

**Četvrta hipoteza** glasi: „Više od polovice sudionika ima potrebu za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi“. U tablici 6.5.1.2. navedeno je da potrebu za dodatnom edukacijom (površnom ili opsežnom) iskazuje 116 sudionika (**76,8%**). Dakle, preko  $\frac{3}{4}$  sudionika procjenjuje da im je dodatna edukacija potrebna pa to neosporno dokazuje da je iznesena hipoteza točna pa se ona **prihvaća**.

Da bi se analiziralo iskazuju li potrebu za dodatnom edukacijom više sudionice sa manjim radnim iskustvom, sudionice koje su niže razine obrazovanja, sudionice koje nisu praktični vjernici ili sudionice koje rade u palijativnoj skrbi provedeno je testiranje razlika u proporcijama. Rezultati četiri provedena testa navedeni su u tablici 6.5.2.3.

R b	Varijabla	Podgrupa sudionika	Broj ispit.	Proporcija odgov. „da“	t ili $\chi^2$	p
1.	Potreba za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi (pitanje 35)	rade u PS	90	0,800	1,105	<b>0,271</b>
		ne rade u PS	61	0,721		
2.	Potreba za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi (pitanje 35)	sred.str.spr.	44	0,682	0,698	<b>0,705</b>
		prvost.sestr.	75	0,787		
		dipl.med.ses.	32	0,844		

3.	Potreba za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi (pitanje 35)	do 5.g.staža	32	0,844	0,421	<b>0,810</b>
		6-25 godina	89	0,764		
		26 ili više g.	30	0,700		
4.	Potreba za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi (pitanje 35)	prakt.vjernik	94	<b>0,777</b>	0,311	<b>0,756</b>
		nije pr.vjern.	57	<b>0,754</b>		

\*Napomena: \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%

PS = palijativna skrb; U predzadnjoj koloni tabele nalazi se t vrijednost kod usporedbe dviju proporcija, odnosno hi-kvadrat vrijednost kod usporedbe triju proporcija.

Tablica 6.5.2.3: Rezultati testova usporedbe dviju ili tri proporcije (n = 151) Izvor: autor:

D.K.

Zaključci na osnovu rezultata u tablici 6.5.2.3 su sljedeći:

1. Potreba za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi iskazana je više kod sudionica koje rade u palijativnoj skrbi u odnosu na sudionice koje tamo ne rade ( $0,800 > 0,721$ ). No, ta je razlika slučajna odnosno nije statistički značajna ( $p = 0,271$ ).
2. Potreba za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi iskazana je više kod sudionica visoke stručne spreme ( $0,682 < 0,787 < 0,844$ ). Međutim, razlika u odnosu na sudionice sa ostala dva stupnja stručne spreme nije statistički značajna ( $p = 0,705$ ).
3. Potreba za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi iskazana je više kod sudionica koje imaju manje radnog iskustva ( $0,844 > 0,764 > 0,700$ ). Ipak, ta razlika nije statistički značajna u odnosu na sudionice za većim radnim stažem ( $p = 0,810$ ).
4. Potreba za dodatnom edukacijom o duhovnoj skrbi iskazana je nešto više kod sudionica koje su praktični vjernici ( $0,777 > 0,754$ ). No, ta je razlika slučajna u odnosu na one koje nisu praktični vjernici ( $p = 0,756$ ).

**Četvrta skupina** analiza se odnosi na ukupne kompetencije medicinskih sestara za pružanje duhovne skrbi bolesnicima na palijativnoj skrbi. Kako distribucija ukupnih kompetencija ne sliči normalnoj distribuciji to je bilo neophodno koristiti neparametrijske testove. Utvrđene su statistički značajne razlike kod dviju nezavisnih varijabli (obrazovanje i praktični vjernik) s obzirom na ukupne kompetencije.

Prva je statistički značajna razlika u ukupnim kompetencijama utvrđena kod obrazovanja medicinskih sestara gdje te prosječne ukupne kompetencije iznose:

- kod 44 medicinske sestre SSS 3,75



- kod 75 prvostupnica sestriinstva 3,72
- kod 32 dipl. medicinske sestre / mag. sestriinstva 4,13

Vidljiva je bitno veća kompetentnost kod diplomiranih medicinskih sestara, a razlika u odnosu na ostale dvije razine obrazovanja testirana je sa dva robusna testa jednakosti aritmetičkih sredina (tablica 6.5.2.4).

Neparametrijski test	Pokazatelj u testu	p vrijednost
<b>Welch test</b>	4,941	<b>0,009**</b>
<b>Brown-Forsythe test</b>	3,380	<b>0,037*</b>

\*Napomena: \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%

Tablica 6.5.2.4: Rezultati neparametrijskih testova kod usporedbe ukupnih kompetencija medicinskih sestara za pružanje duhovne skrbi (n = 151) Izvor: autor: D.K

Prema tome, oba testa pokazuju statistički značajno veću kompetenciju kod diplomiranih medicinskih sestara / magistra sestriinstva u odnosu na prvostupnice sestriinstva i medicinske sestre SSS ( $p < 0,05$ ).

Druga je statistički značajna razlika u ukupnim kompetencijama utvrđena kod praktičnih vjernika u odnosu na one koji nisu praktični vjernici i one koji ne znaju što znači taj pojam. Rezultati neparametrijskog H testa navedeni su u tablici 6.5.2.5.

Testna kategorijalna (nezav.) varij.	Podskup sudionika	Broj isp.	Sredine Rangova	H	df	p <sup>1)</sup>
<b>1.</b>	Prakt.vjernik	praktični vjernik	94	84,06		
		nije prakt.vjernik	40	63,28		
		<b>ne zna taj pojam</b>	<b>17</b>	<b>61,38</b>	<b>8,482</b>	<b>2</b>

Napomena: <sup>1)</sup> \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%

Tablica 6.5.2.5: Rezultati usporedbe vrijednosti medijana na ukupnoj skali kompetencija pomoću Kruskal-Wallisovog H testa (n = 151) Izvor: autor: D.K.

Tablica 6.5.2.5 pokazuje postojanje statistički značajno većih kompetencija za duhovnu skrb ( $p = 0,014$ ) kod sudionica koje su praktični vjernici za razliku od drugih dviju podskupina sudionica ( $84,06 > 63,28$  kao i  $84,06 > 61,38$ ).

**Petu skupinu analiza** čine bivarijatni Spearmanovi koeficijenti korelacije ( $r_s$ ). Koeficijenti korelacije mogu biti statistički značajni ( $p < 0,05$ ) ili ne ( $p > 0,05$ ). Ako su statistički značajni onda utvrđena povezanost ne vrijedi samo u promatranom uzorku, nego vrijedi i za čitavu populaciju (osnovni skup). Zbog nepostojanja sličnosti distribucija kompetencija medicinskih sestara za duhovnu skrb u palijativnoj skrbi bolesnika sa normalnom distribucijom nije moguće koristiti parametrijski Pearsonov koeficijent korelacije. Stoga je izračunat 21 Spearmanov koeficijent korelacije. Oni su prikazani u korelacijskoj matrici (tablica 6.5.2.6).

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5	PS6	UK
PS1	1	0,67**	0,63**	0,55**	0,40**	0,36**	0,87**
PS2		1	0,67**	0,57**	0,35**	0,36**	0,86**
PS3			1	0,59**	0,38**	0,42**	0,84**
PS4				1	0,24**	0,31**	0,69**
PS5					1	0,49**	0,48**
PS6						1	0,50**
UK							1

\*Napomene: n = broja parova vrijednosti; \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%;

Koeficijenti korelacije koji pokazuju statistički značajnu povezanost u tablici su deblje otisnuti.

Značenje pojedinih podskala je sljedeće:

PS1: Procjena i implementacija duhovne skrbi u svakodnevnom radu

PS2: Profesionalizacija i poboljšanje duhovne skrbi unutar sestriinskog tima na odjelu

PS3: Osobna podrška i savjetovanje bolesnika

PS4: Upućivanje profesionalcima

PS5: Stav prema bolesnikovoju duhovnosti

PS6: Komunikacija

Tablica 6.5.2.6: Rezultati korelacijske analize (n = 151) – Spearmanovi koeficijenti korelacije

Izvor: autor: D.K.

Svi koeficijenti korelacije između pojedinih podskala i ukupne skale kompetencija su pozitivni i statistički značajni ( $p < 0,01$ ). Od 21 koeficijenta korelacije:

- 1 koeficijent pokazuje vrlo slabu povezanost ( $r_s$  između 0 i 0,29) jer iznosi 0,24;
- 5 koeficijenata pokazuje slabu povezanost ( $r_s$  između 0,30 i 0,39);
- 12 koeficijenata pokazuje osrednju povezanost ( $r_s$  između 0,40 i 0,69);
- 3 koeficijenta pokazuju jaču povezanost ( $r_s$  iznad 0,70) jer iznose 0,87 0,86 i 0,84.

Najslabija je povezanost 4. podskale sa ostalim podskalama.

Najjača je povezanost (očekivano) između pojedinih podskala i ukupne skale kompetencija.

## 6.6. Rasprava

Istraživanjem kompetencija medicinskih sestara u pružanju duhovne palijativne skrbi obuhvaćen je ukupan broj od 151 sudionika. Većina sudionika (94%) bilo je ženskog spola. Polovica sudionika bili su prvostupnici/ce sestinstva (50%), čije je radno iskustvo najvećim dijelom bilo do 10 godina (41%). Većina sudionika (60%) radila je ili radi u palijativnoj skrbi. Velik broj sudionika, čak 70%, bio je katoličke vjeroispovijesti, dok 21% sudionika nije odgovorilo na to pitanje. Praktičnim vjernikom smatra se 62% sudionika, a 11% njih ne zna što znači taj pojam. Većina sudionika (64%) razgovara s bolesnikom ili njegovom obitelji o duhovnim potrebama, ali isključivo na njihov zahtjev, dok 11% medicinskih sestara izbjegava razgovor ili uopće ne razgovara o duhovnim potrebama bolesnika. Usprkos tome, veliki udio sestara (69%) smatra da briga za duhovne potrebe bolesnika spada u njihovu domenu rada, a četvrtina njih nije sigurno da li je to dio njihovog posla.

Medicinske sestre većinom (62%) smatraju da briga o duhovnim potrebama iziskuje multidisciplinarnu suradnju stručnjaka, dok 35% njih kaže da u praktičnom radu nemaju dovoljno vremena za primjenu duhovneskrbi, a 3% smatra da se medicinske sestre uopće ne trebaju brinuti o bolesnikovim duhovnim potrebama.

Rezultati dobiveni deskriptivnom statističkom analizom (prikazano u tablici 6.5.1.4.) daju do znanja da medicinske sestre imaju poštovanja prema bolesnikovim vjerskim uvjerenjima, pa čak ukoliko se ona razlikuju od njihovih, a to je osnova za pružanje dobre duhovne skrbi bolesniku. Najlošije prihvaćene tvrdnje se odnose na one kompetencije medicinskih sestara za koje je potreban veći stupanj edukacije. Kako bi medicinska sestra mogla provesti projekt poboljšanja duhovne skrbi potrebno joj je znanje o tome što je duhovna skrb, koje su bolesnikove potrebe te što nije u redu sa trenutačnom situacijom u duhovnoj skrbi.

Kaddourah i sur. (2018) proveli su istraživanje koje je otkrilo da su medicinske sestre orijentirane na duhovnost i cijene važnost duhovne skrbi. Međutim, navode da su potrebne učinkovite strategije i programi za jačanje njihove predanosti duhovnosti i duhovnoj skrbi. Rezultati su također pokazali da sudionici vjeruju da duhovnost postoji u svim religijama, a duhovna skrb znači pokazivanje zabrinutosti za bolesnikove probleme tijekom skrbi i istovremenu usredotočenost na poštivanje vjerskih uvjerenja bolesnika. Pokazalo se da je dužina radnog iskustva važna odrednica njihovog shvaćanja duhovnosti i duhovne skrbi [43].

Medicinska sestra mora znati prepoznati bolesnikove duhovne potrebe te način njihova rješavanja kako bi mogla brigu oko istih dodijeliti drugom članu tima ili preusmjeriti bolesnika drugom stručnjaku za duhovnu skrb. Kako bi medicinska sestra mogla sudjelovati u duhovnoj skrbi bolesnika tijekom svakodnevne skrbi, ona mora biti upućena u njegova osobna uvjerenja, za što je potrebno napraviti duhovni intervju. Također, ukoliko je bolesnik religiozan, medicinska sestra mora biti upućena u osnovne značajke i rituale njegove religije kako bi mogla bolesniku pomoći u realizaciji istih. Kada se to realizira, tada medicinska sestra može sudjelovati u bolesnikovoj duhovnosti tijekom svakodnevne skrbi, ukoliko je ona istih religioznih usmjerenja kao i on (prema preporuci SZO).

Hu i sur. (2019) proveli su istraživanje u Kini koje se baziralo također na SCCS upitniku kojim su ispitivali kompetencije medicinskih sestara za provođenje duhovne skrbi. Rezultati njihova istraživanja zanimljivi su pošto su suprotni dobivenim rezultatima ovog istraživanja. Rezultati istraživanja provedenog u Kini ukazuju na to da medicinske sestre/tehničari opće njege te prvostupnice/i sestrinstva imaju značajno veće kompetencije za pružanje duhovne skrbi od magistra sestrinstva ili medicinske sestre s još višim stupnjem obrazovanja [44].

Ista studija također je pokazala da medicinske sestre koje zarađuju više imaju slabije kompetencije za pružanje duhovne skrbi od medicinskih sestara s prosječnom plaćom. Navode da je mogući razlog tome što medicinske sestre s višim prihodima rade u gusto naseljenim gradskim područjima u kojima su razina posla i životni pritisci općenito veći, a to ukazuje da njihovi naizgled veći prihodi nisu razlog tome, već preopterećenost poslom [44].

Ranije studije provedene od strane Tuck i sur. (2001) te Cavendish i sur. (2004) pokazale su da su starije medicinske sestre, one u braku i s višom obrazovnom razinom imale više ocjene u pogledu duhovnosti i duhovne skrbi [45,46].

Više studija pokazalo je da medicinske sestre s dužim radnim iskustvom, imaju veće ocjene u pogledu duhovnosti i duhovne skrbi. Otkriveno je da, kako se dužina radnog staža medicinskih sestara povećavala, tako su i ocjene njihove duhovnosti i duhovne skrbi rasle u rezultatima [47,48,49,50].

Ovim istraživanjem dokazano je da statistički značajno veće kompetencije za duhovnu skrb imaju sudionice koje su praktični vjernici uspoređujući ih s druge dvije podskupine sudionica (onih koje nisu praktični vjernici i onih koje ne znaju što taj pojam označava).

Istraživanje provedeno od strane Ross i sur. (2016) također ukazuje na to da je vlastita duhovnost snažni prediktor sposobnosti pružanja duhovne skrbi. Sudionici koji su ostvarili bolje rezultate u anketi bili su religiozni, prakticirali su svoju vjeru, postizali su duhovno blagostanje i posjedovali su vlastiti duhovni stav [51].

## 7. Zaključak

Možemo zaključiti da duhovna skrb ima veliku važnosti u sveukupnoj skrbi za bolesnika. Ona pomaže bolesniku da postigne duhovno blagostanje, da osjeća duhovni mir. To je od izrazite važnosti kod palijativnih i terminalnih bolesnika koji se suočavaju sa raznim teškim, njima nepoznatim situacijama i nedaćama. Duhovna skrb pomaže im u lakšem suočavanju s bolesti, smanjuje depresiju, pomaže im da subjektivno odgovore na pitanja svrhe i smisla života te vodi lakšem umiranju i prihvaćanju smrti.

Duhovna skrb treba biti utemeljena na poštovanju medicinske sestre prema bolesniku. Duhovnom skrbi bolesniku treba pružiti utjehu, nadu, toplu riječ, dodir, pa i zagrljaj, ukoliko je to prikladno. Bolesniku treba omogućiti da primjenjuje vlastitu duhovnost, osigurati mu da može provesti vjerske rituale svoje religije, a medicinska sestra u tome može i sudjelovati, ukoliko dijeli religijska uvjerenja s bolesnikom.

Za pružanje duhovne skrbi palijativnim bolesnicima potrebno je vješto i kompetentno osoblje. Kompetencije za pružanje duhovne skrbi ovise uvelike i o edukaciji medicinskih sestara. Istraživanjem provedenim u ovom radu dokazano je da su kompetentnije u pružanju duhovne skrbi medicinske sestre koje su višeg stupnja obrazovanja te one koje su praktični vjernici. Većina medicinskih sestara koje su sudjelovale u istraživanju i sama primjećuje da im je potrebna dodatna edukacija o duhovnoj skrbi.

Edukacija medicinskih sestara o duhovnoj skrbi je potrebna te bi bilo dobro da se ista uvrsti u kurikulum obrazovanja medicinskih sestara. Time bi se pridonijelo većoj kompetentnosti osoblja, a isto bi bilo od velike koristi za bolesnike, posebice palijativne i terminalne.

## 8. Literatura

- [1] M. Stanhope, J. Lancaster: Foundations of Nursing in the Community: Community oriented practice, 4th edition, Mosby Elsevier, St. Louis, 2013
- [2] S.E. Lowely: Nursing care at the end of life: What every clinician should know, Open SUNY Textbooks, Milne Library, Geneseo, NY, 2015, str. 7-40
- [3] S. Vuletić, S. Juranić, Š. Mikšić: Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika, Bogoslovska smotra, Vol.84 No.4, Veljača 2015., str. 881-906.
- [4] <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, dostupno 13.10.2020
- [5] V. Đoršević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb – brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb, 2014., str. 7-24
- [6] K. J. Doka, J. D. Morgan: Death and spirituality, Routledge, New York, 2016
- [7] B. M Dossey.,L. Keegan, C. E. Guzzella: Holistic nursing: A handbook for practice (4th ed.), Frederick, Aspen, 2004.
- [8] H. G. Koenig., M. E. McCullough, D. B. Larson,: Handbook of religion and health. Oxford University Press, New York, 2001.
- [9] <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/svjetski-dan-mentalnog-zdravlja/>, dostupno 20.10.2020.
- [10] [https://hr.wikipedia.org/wiki/Mens\\_sana\\_in\\_corpore\\_sano](https://hr.wikipedia.org/wiki/Mens_sana_in_corpore_sano), dostupno 20.10.2020.
- [11] N. Salihefendić, M. Zildžić, M. Jašić: Promocija zdravih stilova života školske djece: uloga lokalne zajednice (Pregled rezultata Projekta „Vratimo djecu u sportske sale“), Hrana u zdravlju i bolesti: znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku, Vol. 2. Specijalno izd. No. 8. Štamparovi dani, 2016., str. 8-9
- [12] <https://www.lhsfna.org/index.cfm/lifelines/september-2016/spiritual-wellness-what-is-your-meaning-and-purpose/>, dostupno 20.10.2020.
- [13] T. Phenwan, T. Peerawong, K. Tulathamkij: The Meaning of Spirituality and Spiritual Well-Being among Thai Breast Cancer Patients: A Qualitative Study, Indian Journal of Palliative Care, vol.25(1), siječanj-ožujak 2019., str. 119-123
- [14] F. Chirico: Spiritual well-being in the 21st century: it's time to review the current WHO's health definition, Journal of Health and Social Sciences, vol.1, ožujak 2016., str. 11-16
- [15] R. Harrad, C. Cosentino, R. Keasley, F. Sulla: Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses, Acta Biomed, vol. 90, ožujak 2019., str. 44-55
- [16] [https://journals.lww.com/journalofchristiannursing/Fulltext/2007/01000/What\\_Are\\_the\\_Spiritual\\_Needs\\_of\\_Terminally\\_Ill.16.aspx](https://journals.lww.com/journalofchristiannursing/Fulltext/2007/01000/What_Are_the_Spiritual_Needs_of_Terminally_Ill.16.aspx) , dostupno 14.10.2020.

- [17] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
- [18] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [19] Hrvatska biskupska konferencija: Katekizam Katoličke Crkve, Glas Koncila, Zagreb, svibanj, 2016, str.408, br.1500, 1501
- [20] <https://nova-akropola.com/covjek-i-svijet/aktualno/zdrav-duh-u-zdravom-tijelu/>, dostupno 21.10.2020.
- [21] M. Vachon, L. Fillon , M. Achille: A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life, Journal of Palliative Medicine, br. 12, siječanj 2009, str. 53-59
- [22] S. Otis Green, B. Ferrel et al.: Integrating Spiritual Care within Palliative Care. An Overview of Nine Demonstration Projects, Journal of Palliative Medicine, br. 15, veljača 2012, str. 154–162
- [23] T. Daaleman: A Health Services Framework of Spiritual Care, Journal of Nursing Management, br. 8, listopad 2012, str. 1021–1028
- [24] R. Sawatzky, B. Pesut: Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. Journal of Holistic Nursing, vol.23, ožujak 2005, str. 19-33.
- [25] B. Kaddourah, A. Abu-Shaheen, M. Al-Tannir: Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care at Five Tertiary Care Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study, Oman Medical Journal, vol. 33, ožujak 2018., str. 154-158
- [26] L. V. Monareng: Spiritual nursing care: A concept analysis, Curations, vol. 35, listopad 2012., str. 1-9
- [27] L.R. Villagomez: 'Spiritual distress in adult cancer patients: Toward conceptual clarity, Holistic Nursing Practice, vol.19(6), studeni/prosinac 2005., str. 285–294.
- [28] <https://positivepsychology.com/self-transcendence/>, dostupno 21.10.2020
- [29] T. A. Touhy, C. Brown, C. J. Smith: Spiritual caring: end of life in a nursing home, Journal of Gerontological Nursing, vol. 31, rujan 2005, str. 27–3
- [30] K. A. Skalla: Spiritual assessment of patients with cancer: The moral authority, vocational, aesthetic, social and transcendent model, Oncology Nursing Forum, vol.33, srpanj 2006., str. 745–751
- [31] E. Grant, S. A. Murray, M. Kendall et al.: Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study, Palliative and supportive care, vol. 2, prosinac 2004, str. 371-378

- [32] S.A. Murray, M. Kendall, K. Boyd et al.: Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers, *Palliativemedicine*, vol. 18, siječanj 2004., str. 39-45
- [33] M. Raoul, C. Rougeron: Spiritual needs of end of life home care patients: a qualitative study with 13 patients, *Journal international de bioethique*, vol. 18, rujan 2007., str. 63-83
- [34] A. Moadel, C. Morgan, A. Fatone et al.: Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population, *Psycho-oncology*, vol.8, rujan-listopad 1999., str. 378-85
- [35] J. Yong, J. Kim, S.Han, C. M. Puchalski: Development and validation of a scale assessing spiritual needs for Korean patients with cancer, *Journal of palliative care*, vol.24, zima 2008., str. 240-246
- [36] A. Büssing, D. R. Recchia, H. Koenig, K. Baumann, E. Frick: Factor Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases, Elderly and Healthy Individuals, *Religions* , vol. 9, 2018., str. 13
- [37] M. R. O'Brien, K. Kinloch, K. E. Groves, B. A. Jack: Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training, *Journal of clinical nursing*, vol. 28, kolovoz 2018., str. 182-189
- [38] D. A. Westera: *Spirituality in Nursing Practice: The Basics and Beyond*, Springer publish company, New York, 2017.
- [39] A. Narayanasamy: A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients, *Journal of advanced nursing*, vol. 33, veljača 2001., str. 446-455
- [40] <https://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf?ua=1>, dostupno 22.10.2020.
- [41] R. V. Leeuwen, L. J. Tiesinga, L. J. Middel, et al.: An instrument to measure nursing competencies in spiritual care: validity and reliability of Spiritual Care Competence Scale (SCCS), *Journal of clinical nursing*, vol. 18, listopad 2009., str. 2857-.69
- [42] I. Šošić, V. Serdar: *Uvod u statistiku*, Školska knjiga, Zagreb, 1981.
- [43] B. Kaddourah, A. Abu-Shaheen, M. Al-Tannir: Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care at Five Tertiary Care Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study, *Oman Medical Journal*, vol. 33, ožujak 2018., str 154-158
- [44] Y. Hu, R. V. Leeuwen, F. Lee: Psychometric properties of the Chinese version of the spiritual care competency scale in nursing practice: a methodological study, *BMJ Open*, vol. 9, listopad 2019, str. 10



- [45] I. Tuck, L. Pullen, D. Wallace: A comparative study of the spiritual perspectives and interventions of mental health and parish nurses, *Issues in mental health nursing*, vol. 22, rujan 2001., str. 593-605
- [46] R. Cavendish, B. K. Luise, D. Russo i sur.: Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice, *West Journal Of Nursing Research*, vol. 26., ožujak 2004., str. 196-212
- [47] K. F. Wong, L. Y. K. Lee, J. K. L. Lee: Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care, *International Nursing review*, vol. 55, rujan 2008., str, 333-340
- [48] M. Yilmaz, N. Okyay: Nurses' views concerning spiritual care and spirituality, *Journal of Research and Development in Nursing*, vol. 3, ožujak 2009., str. 41-52
- [49] K. D. Oswald: Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care, *Doktorska disertacija*, Drake University, 2004.
- [50] B. Centinkaya, A. Azak, S. A. DüNDAR: Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care, *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, rujan 2013., str. 5-10
- [51] L. Ross, T. Giske, R. V. Leeuwen i sur.: Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care, *Nurse Education Today*, vol. 36, siječanj 2016., str. 445-451

## Popis tablica

Tablica 6.5.1.1 Anketirane medicinske sestre/tehničari prema općim podacima o njima - u apsolutnim i relativnim frekvencijama (n = 151) Izvor: autor: D.K. ....	17
Tablica 6.5.1.2 Anketirane medicinske sestre/tehničari prema odgovorima na pitanja o duhovnoj skrbi – u apsolutnim i relativnim frekvencijama (n = 151) Izvor: autor: D.K. ....	19
Tablica 6.5.1.3 Učestalosti pojedinih odgovora na pitanja u upitniku (n = 151) Izvor: autor: D.K. ....	21
Tablica 6.5.1.4 Rezultati deskriptivne statističke analize (aritmetičke sredine, standardne.....	22
Tablica 6.5.1.5: Rezultati deskriptivne statističke analize prosjeka kompetencija medicinskih sestara /tehničara na pojedinim podskalama (n=151) Izvor: autor: D.K. ....	24
Tablica 6.5.2.1: Rezultati testova usporedbe dviju ili tri proporcije (n = 151) Izvor: autor: D.K.	26
Tablica 6.5.2.2: Rezultati usporedbe vrijednosti medijana na podskali 1 pomoću Mann-Whitneyevog.....	27
Tablica 6.5.2.3: Rezultati testova usporedbe dviju ili tri proporcije (n = 151) Izvor: autor: D.K.	29
Tablica 6.5.2.4: Rezultati neparametrijskih testova kod usporedbe ukupnih kompetencija medicinskih sestara za pružanje duhovne skrbi (n = 151) Izvor: autor: D.K. ....	30
Tablica 6.5.2.5: Rezultati usporedbe vrijednosti medijana na ukupnoj skali kompetencija pomoću Kruskal-Wallisovog H testa (n = 151) Izvor: autor: D.K. ....	30
Tablica 6.5.2.6: Rezultati korelacijske analize (n = 151) – Spearmanovi koeficijenti korelacije Izvor: autor: D.K. ....	31

## Popis grafikona

Grafikon 4.1.1: Karakteristike duhovne skrbi Izvor: L. V. Monareng: Spiritual nursing care: A concept analysis, Curations, vol. 35, listopad 2012., str. 1-9 .....	8
Grafikon 6.5.1.1: Prosječno prihvaćanje tvrdnji sudionika o duhovnoj skrbi na pojedinim .....	25
Grafikon 6.5.1.2: Distribucija prosječnih kompetencija medicinskih sestara/tehničara za pružanje duhovne skrbi bolesnicima na palijativnoj skrbi (n = 151) Izvor: autor: D.K.....	25

## Prilozi

### Anketa „Kompetencije medicinskih sestara u pružanju duhovne palijativne skrbi“

#### 1. Vaš spol je:

- a) muški
- b) ženski

#### 2. Stupanj obrazovanja:

- a) Medicinska sestra/tehničar opće njege
- b) Prvostupnik/ca sestrinstva
- c) Diplomirana medicinska sestra/magistra/ar sestrinstva
- d) Doktor/ica znanosti

#### 3. Trenutno radite ili ste radili na palijativnom odjelu ili u mobilnom palijativnom timu

- a) da
- b) ne

#### 4. Radno iskustvo

- a) ≤5 godina
- b) 6-10 godina
- c) 11- 15
- d) 16 do 20
- e) 21 do 25
- f) Iznad 25 godina radnog iskustva

#### 5. Ukoliko želite, navedite koje ste vjeroispovijesti:

(kratak odgovor)

#### 6. Smatrate li se praktičnim vjernikom?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam što to znači

#### 7. Na radnom mjestu:

- a) Svakodnevno razgovaram sa bolesnicima i njegovom obitelji o duhovnim potrebama
- b) razgovaram sa bolesnicima i njegovom obitelji o duhovnim potrebama samo na njihov zahtjev
- c) izbjegavam razgovarati s bolesnicima i njihovim obiteljima o duhovnim potrebama
- d) Ne razgovaram s bolesnicima jer to niti ne očekuju od mene

## **Procjena i implementacija duhovne skrbi**

### **U svakodnevnom radu:**

(5 - U potpunosti se slažem, 4 - Pretežno se slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem, 2 - Uglavnom se ne slažem, 1 - U potpunosti se ne slažem)

8. Mogu izvijestiti usmeno i / ili pismeno o bolesnikovim duhovnim potrebama

9. Mogu prilagoditi zdravstvenu njegu prema bolesnikovim duhovnim potrebama, uz savjetovanje s bolesnikom

10. Mogu napraviti plan njege za bolesnikove duhovne potrebe uz konzultacije s multidisciplinarnim timom

11. Mogu zabilježiti komponentu duhovne skrbi bolesnika u plan zdravstvene njege

12. Mogu pismeno izvijestiti o bolesnikovom duhovnom funkcioniranju

13. Mogu usmeno izvještavati o bolesnikovom duhovnom funkcioniranju

## **Profesionalizacija i poboljšanje kvalitete duhovne skrbi**

### **Unutar sestrinskog tima na odjelu:**

(5 - U potpunosti se slažem, 4 - Pretežno se slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem, 2 - Uglavnom se ne slažem, 1 - U potpunosti se ne slažem)

14. Mogu pridonijeti osiguravanju kvalitete na području duhovne skrbi

15. Mogu pridonijeti profesionalnom razvoju na području duhovne skrbi

16. Mogu prepoznati probleme koji se odnose na duhovnu skrb u diskusijama s kolegama

17. Mogu podučiti druge djelatnike na području zdravstvene njege o pružanju duhovne skrbi bolesnicima

18. Mogu dati preporuke rukovodstvu o tome kako poboljšati kvalitetu pružanja duhovne skrbi

19. Mogu provesti projekt poboljšanja duhovne zdravstvene skrbi

## **Osobna podrška i savjetovanje bolesnika**

(5 - U potpunosti se slažem, 4 - Pretežno se slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem, 2 - Uglavnom se ne slažem, 1 - U potpunosti se ne slažem)

20. Bolesniku mogu pružiti duhovnu skrb

21. Mogu evaluirati kvalitetu duhovne skrbi koju sam pružio/la bolesniku uz savjetovanje s njime i/ili multidisciplinarnim timom

22. Bolesniku mogu dati podatke o religioznim i duhovnim sadržajima dostupnima unutar ustanove za palijativnu skrb

23. Mogu pomoći bolesniku da nastavi sa svojim svakodnevnim duhovnim aktivnostima (uključujući priliku za obred/misu, molitvu, meditaciju, čitanje Biblije, slušanje glazbe i sl.)

24. Mogu prisustvovati u duhovnosti bolesnika tijekom svakodnevne skrbi

25. Mogu uputiti članove obitelji bolesnika duhovniku/pastoru ukoliko me pitaju i/ili izraze potrebu

### **Upućivanje profesionalcima**

(5 - U potpunosti se slažem, 4 - Pretežno se slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem, 2 - Uglavnom se ne slažem, 1 - U potpunosti se ne slažem)

26. Učinkovito mogu dodijeliti skrb za duhovne potrebe bolesnika drugom pružatelju njege

27. Na zahtjev bolesnika s duhovnim potrebama u mogućnosti sam pravovremeno i učinkovito uputiti ga drugom radniku (npr. duhovniku/ bolesnikovom osobnom svećeniku / imamu)

28. Znam kada bih se trebao posavjetovati s duhovnikom u vezi s duhovnom skrbi za bolesnik

### **Stav prema bolesnikovoj duhovnosti**

(5 - U potpunosti se slažem, 4 - Pretežno se slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem, 2 - Uglavnom se ne slažem, 1 - U potpunosti se ne slažem)

29. Ne osuđujem i iskazujem poštovanje prema bolesnikovim duhovnim i vjerskim uvjerenjima bez obzira na njegovu vjersku/duhovnu pozadinu

30. Otvoren/a sam prema bolesnikovim religioznim uvjerenjima čak i ukoliko se razlikuju od mojih

31. Ne pokušavam bolesniku nametati svoja vlastita duhovna/religiozna uvjerenja

32. Svjestan/na sam svojih osobnih ograničenja kada se bavim duhovnim / vjerskim uvjerenjima bolesnika

### **Komunikacija**

(5 - U potpunosti se slažem, 4 - Pretežno se slažem, 3 - Niti se slažem niti se ne slažem, 2 - Uglavnom se ne slažem, 1 - U potpunosti se ne slažem)

33. Mogu aktivno slušati bolesnikovu "životnu priču" u vezi s njegovom bolešću / hendikepom

34. U svom odnosu s bolesnikom imam prihvaćajući stav- iskazujem zabrinutost, suosjećanje, empatiju, motivaciju, povjerenje, ozbiljnost, nježnost, iskren i individualan pristup

Izvor: Leeuwen, René & Tiesinga, L.J. & Middel, L.J. & Joche MS en, H. & Post, D.. (2009). An instrument to measure nursing competencies in spiritual care: validity and reliability of Spiritual Care Competence Scale (SCCS). Journal of Clinical Nursing 18 (2009) 20.

### **35. U svakodnevnom radu:**

a) Potrebna mi je površna dodatna edukacija o duhovnoj skrbi

b) Potrebna mi je vrlo opsežna edukacija o duhovnoj skrbi

c) Nije mi potrebna dodatna edukacija o duhovnoj skrbi

**36. Smatrate li da briga o duhovnim potrebama bolesnika ulazi u domenu rada medicinske sestre?**

a) Da

b) Ne

c) Nisam siguran/na

**37. Označite tvrdnju s kojom se najviše slažete:**

a) Medicinske sestre ne trebaju brinuti o bolesnikovim duhovnim potrebama

b) U praktičnom radu medicinske sestre nemaju dovoljno vremena za primjenu duhovne skrbi

c) Briga o duhovnim potrebama bolesnika iziskuje multidisciplinarnu suradnju u koju su uključene medicinske sestre, psiholog, duhovnik i drugi stručnjaci



**IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, DORA KUČA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DUHOVNOST U PALIJATIVNOJ SKRBI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Dora Kuča  
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, DORA KUČA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DUHOVNOST U PALIJATIVNOJ SKRBI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Dora Kuča  
(vlastoručni potpis)